

Fallpauschalierte Vergütung in der Rheumatologie

Die Gastherausgeber freuen sich, den Lesern mit dem vorliegenden Heft die sehr komplexen Aspekte zur fallpauschalierten Vergütung in der Rheumatologie vorstellen und transparent machen zu können. Hierbei gilt der Dank den Autoren aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens.

Mit Herrn Dr. **Jaeger** von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wie auch Frau Dr. **Haas** und Herrn Dr. **Leber** vom GKV-Spitzenverband haben Institutionen Beiträge erstellt, die ganz entscheidend an der Entwicklung des fallpauschalierten Entgeltsystems im Krankenhaus mitgewirkt haben.

Herr Dr. **Fiori** von der DRG-Research-Group als verlässlicher und kompetenter Wegbegleiter bei der sachgerechten Anpassung der fallpauschalierten Vergütung für die Rheumatologie gibt einen Rückblick auf die vielfältigen Aktivitäten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) bei der Implementierung fachspezifischer Vergütungsstrukturen.

Mit Herrn Prof. **Roeder** als langjährigem Leiter der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster nimmt ein DRG-Experte zur Orientierung im Wettbewerb im Kontext des fallpauschalierten Entgeltsystems und den veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen Stellung. Er hat nicht nur über ein Jahrzehnt viele Fachrichtungen auf ihrem Weg in das DRG-System zielführend unterstützt, sondern auch die Entscheidung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für die Übernahme des australischen DRG-Systems durch seine Analysen verschiedener DRG-Systeme vorbereitet.

Schließlich nehmen Herr RA **Robbers** als langjähriger Geschäftsführer der DKG und heutiger Geschäftsführer des VRA wie auch Herr Prof. **Lakomek** als langjähriges Vorstandsmitglied des VRA zur ambulanten Öffnung der akutstationären Rheumatologie Stellung und geben hier einen Ausblick, was die Rheumatologie möglicherweise hinsichtlich der Neugestaltung des § 116b SGB V erwartet und beschreiben in diesem Zusammenhang die Position der akutstationären Rheumatologie.

Abschließend wird durch Herrn Dr. **Ro-chell** von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sehr kompetent ein Einblick in die Finanzierungsstruktur der Vertragsärzte vermittelt. Beschriebene Parallelen zwischen dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und dem DRG-System spiegeln zudem ähnliche Herausforderungen wie auch die Notwendigkeit der sachgerechten Vergütung mit Berücksichtigung von Morbidität, Alter und weiteren Umständen der Versorgung wider.

Die Publikation von Jaeger stellt sehr strukturiert die Entwicklung des G-DRG-Systems vor und bringt den Bezug zum entsprechenden Gesetzgebungsverfahren. Mit der Beschreibung der Entwicklung des Klassifikationssystems wird deutlich, dass das heutige deutsche fallpauschalierte Entgeltsystem ein eigenes Erscheinungsbild hat und sich damit bezogen auf das System selbst aber auch bezogen auf die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen deutlich von seinen Wurzeln, dem australischen DRG-System, unterscheidet. Mit der Einführung von Zusatzentgelten ab 2005 und insbesondere durch die Möglichkeit der jährlichen Anpassungsvorschläge ab 2004 durch Fachgesellschaften und Verbände wurden die Voraussetzungen geschaffen, in 2011 ein G-DRG-System verfügbar zu haben, das durch eine hohe Abbildungsqualität der Behandlungswirklichkeit in deutschen Krankenhäusern und seinem internationalen Vorbildcharakter charakterisiert ist.

Der Beitrag von Haas und Leber spiegelt datenbasiert die Entwicklung wie auch die Herausforderungen der sektorübergreifenden Patientenversorgung mit Bezug auf die Rheumatologie in Deutschland wider. Die geplante Einrichtung eines spezialärztlichen Sektors wird positiv kommentiert. Hier steht einmal die akutstationäre Rheumatologie im Fokus, die – wie auch andere Fachgebiete in Deutschland – bis heute ein Potenzial von Fällen (z. B. die 1-Tages-DRGs) vorhält, das in einem bestimmten Umfang zukünftig über eingerichtete § 116b-Ambulanzen der Krankenhäuser abgebildet werden sollte. Die Substitution dieser § 116b-Ambulanzen durch



Prof. Dr. Norbert Roeder



Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek

Kurzliegerfälle wie auch die Abbildung von Rheumapatienten mit schweren Krankheitsverläufen in den 116b-Ambulanzen wird zu einer weiteren Harmonisierung der Schnittstelle stationär/ambulant beitragen. Die Finanzierung der § 116b-Praxen durch die Krankenkassen erfolgt in Zukunft möglicherweise durch eine Verlagerung stationärer Budgetanteile. Mit der Zulassungsmöglichkeit für Vertragsärzte ergibt sich die Herausforderung der Abgrenzung der fachärztlichen von der spezialärztlichen Versorgung. Die umzusetzenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen wie auch die notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen bedürfen noch weiterer Klärung. Vergleichbare Qualitätsmaßstäbe für Vertragsärzte wie auch für Krankenhäuser bei Vorhaltung einer § 116b-Ambulanz müssen im Rahmen der vom G-BA zu erstellenden Richtlinien noch

festgelegt werden. Der Beitrag setzt sich kritisch mit der sektorübergreifenden Patientenversorgung in der Rheumatologie auseinander, besticht durch seine sehr kompetente Darstellung der Thematik und beschreibt Lösungswege für eine erfolgreiche zukünftige Etablierung des spezialärztlichen Sektors.

Mit seinem Beitrag nimmt Fiori umfangreich zur Abbildungsqualität von Rheumatologie, Kinderrheumatologie und Orthopädie im fallpauschalierten Entgeltsystem Stellung. Zu Beginn wird die Entwicklung des G-DRG-Systems beschrieben. Hierbei verweist er auf das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das sich zu deren Weiterentwicklung der fachlichen Expertise der DRG-Anwender und Fachgesellschaften im Rahmen eines sogenannten „strukturierten Dialogs“ bedient. In diesem Zusammenhang verweist der Autor auf den VRA, der die Herausforderungen der sachgerechten Abbildung der akutstationären Rheumatologie frühzeitig erkannt hat und sich bereits vor der verbindlichen Einführung des G-DRG-Systems auf mehreren Ebenen konstruktiv in die Entwicklung und die Weiterentwicklung eingebracht hat. Es werden auch die Herausforderungen der orthopädischen Versorgung von Rheumapatienten beschrieben, indem z. B. eine verlängerte Rekonvaleszenzzeit wie auch z. T. höherpreisige Implantate in der fallpauschalierten Vergütung Berücksichtigung finden sollten. In den Kapiteln „Aufbau und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“, „Sachgerechte Abbildung der akutstationären Rheumatologie“ und „Bedeutung der Kodierung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ werden wichtige Aspekte zur Rheumatologie und Orthopädie umfassend und anschaulich beleuchtet. Im Kapitel „Kodierqualität und Fallprüfung“ fordert Fiori, die Effizienz des Gesamtsystems zu fördern, indem z. B. die Konkretisierung strittiger Kodierfragen wie auch die Entschärfung von Kodieralternativen durch Anpassung des G-DRG-Systems minimiert werden.

Mit seinen Ausführungen zum Wettbewerb um Patienten verweist Roeder auf die Wichtigkeit z. B. der medizinischen Qualität wie auch des Services am Patienten und gibt Beispiele für die Umsetzung im klinischen Alltag. Der Stellenwert der Kommunikation wie auch der Information des Patienten wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben. In den sich anschließenden

Kapiteln wird klar strukturiert zum „Wettbewerb um Qualität“ wie auch um Zuweiser und weitere Wettbewerbsaspekte Stellung genommen. Auch für internistisch-rheumatologische Fachabteilungen gilt, die Patientenorientierung im Sinne des Benchmarking kontinuierlich weiterzuentwickeln. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern wie auch zwischen Fachabteilungen ist eine Entwicklung, die sich seit der Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems deutlich verstärkt hat. Diese These vertritt der Autor Roeder und zeigt hierzu verschiedene Facetten des Wettbewerbs auf. Wie für alle Fachrichtungen gilt auch für die Rheumatologie, das Behandlungsziel in möglichst kurzer Verweildauer zu erreichen und gleichzeitig die Fallzahl zu steigern. Nur auf diesem Weg gelingt die Refinanzierung der vorgehaltenen Infrastruktur wie auch des notwendigen Personals. Roeder verweist hier auf das Interesse der Krankenhäuser, die Diagnostik und Therapie weiterhin auf hohem medizinischen Niveau aber zu Kosten auf Wettbewerbsebene zu erbringen.

Der Beitrag von Robbers und Lakomek beschreibt die Vielfalt der gesetzlich geregelten ambulanten Zugangsformen für Krankenhäuser, z. B. als MVZ und § 116b-Ambulanzen wie auch für Vertragsärzte mit der sektorübergreifenden Tätigkeit im Krankenhaus, z. B. als Belegärzte und in Praxiskliniken. Am Beispiel des seit 1993 nach § 115b SGB V geregelten ambulanten Operierens wird darauf verwiesen, dass hier seit fast zwei Jahrzehnten unabhängig von ambulanten Bedarfskriterien ein Leistungs- und Qualitätswettbewerb vollzogen wird, dem sich Krankenhausärzte ebenso wie die niedergelassenen Vertragsärzte zu stellen haben. Die Flexibilisierung der Schnittstelle ambulant/stationär durch Vertragsärzte wie auch Krankenhausärzte wird anhand des 2007 verabschiedeten Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes noch verstärkt. Schließlich führen Robbers und Lakomek im zweiten Teil der Stellungnahme die Rahmenbedingungen für die mit dem Versorgungsstrukturgesetz ab 2012 geplante Neuordnung der § 116b-Ambulanzen aus. In dem hier neu gestalteten spezialärztlichen Sektor als Drittem neben dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich sollen Vertragsärzte wie auch Krankenhausärzte in diesem sektorverbindenden Versorgungsbereich zukünftig tätig

sein. Die schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen gehören weiterhin dazu. Die Autoren stellen heraus, dass die gemeinsame Ausgestaltung des Versorgungsstrukturgesetzes durch den Gesundheitsausschuss des Bundesrates bei Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen war. Robbers und Lakomek vertreten die Auffassung, dass mit einer Harmonisierung der Schnittstelle ambulant/stationär die ambulante Versorgung besonders schwer verlaufender Rheumaerkrankungen nachhaltig gestärkt wird. Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird hierzu die Rahmenbedingungen in 2012 anpassen. Nach Ansicht der Autoren wird sich der Qualitätswettbewerb im spezialärztlichen Versorgungsbereich auf die Behandlungsqualität für die an Rheuma Erkrankten positiv auswirken.

Die Publikation von Rochell und Mitautoren beschreibt sehr anschaulich und übersichtlich den EBM in seiner Anwendung wie auch die sich ergebenden Herausforderungen in der Rheumatologie. Nach einer allgemeinen Einführung betrachten die Autoren kritisch die Auswirkungen der Budgetierung und Honorarverteilung auf die Vergütungswerte, insbesondere auch für internistisch-rheumatologische Leistungen. Hierbei wird auch auf den Umstand verwiesen, dass die Preisentwicklung in den vertragsärztlichen Praxen bei der Weiterentwicklung des Orientierungswertes bisher nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Im abschließenden Kapitel verweisen Rochell und Mitautoren auf die Problematik der zunehmenden Pauschalierung auch rheumatologischer Leistungen im EBM und fordern daher als KBV eine sachgerechte Differenzierung des EMB, z. B. hinsichtlich einer veränderten Morbidität und notwendiger Einzelleistungen.

Wir hoffen, Ihnen viele Anregungen und Einblicke zu diesem wichtigen Themenkanon gegeben und Ihr Interesse für die zukünftige Entwicklung der Rheumatologie gestärkt zu haben.

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Gastherausgeber
Münster, im Oktober 2011

Prof. Dr. med. H.-J. Lakomek
Herausgeber
Minden, im Oktober 2011