

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



Start ins Jahr 2019

Der VRA feierte 2018 sein 20-jähriges Bestehen. Die Gründung des Verbandes im Jahre 1998 erfolgte zur Qualitäts-Sicherung und -Verbesserung der Patientenversorgung in den akutstationären rheumatologischen Einrichtungen der Mitgliedskliniken.

Was wurde erreicht?

Am Anfang stand die Festlegung der Strukturqualität, um das Rahmenkonzept einer Akut-rheumatologie für das geplante fallpauschalierte Entgeltsystem (optional ab 2003) transparent darzustellen.

Auf der Basis eines DRG-Evaluationsprojektes gemeinsam mit der DRG-Research-Group Anfang des vergangenen Jahrzehnts gelang es dem VRA, die sachgerechte Abbildung der akutstationären Rheumatologie im G-DRG-System zu unterstützen. Neben der Implementierung der DRG I79Z (Fibromyalgie) ab 2005 gelang ab 2006 z. B. auch die Verankerung der DRG I97Z (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung).

Gemeinsam mit der DRG-Research-Group erfolgte zudem ab 2002 bis zum heutigen Tag die jährliche Erstellung eines Kodierleitfadens Rheumatologie, um über eine einheitliche Kodierung eine sachgerechte Weiterentwicklung, Kalkulation und Abrechnung der Fallpauschalen möglich zu machen.

Mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Qualitätsprojekt „obra“ haben über 25 Mitgliedskliniken von 2003 bis 2006 rheumatologische Qualitätsstandards in den Kliniken erarbeitet und implementiert, die bis zum heutigen Tag Relevanz haben. Seit 2012 können Kliniken, die erfolgreich am „KOBRA-Projekt“ teilnehmen und die aktualisierte Strukturqualität (von 2011) vorhalten, für zwei Jahre ein Gütesiegel erlangen.

Projekte zur Prozessqualität wurden in den ersten 10 Jahren der Verbandstätigkeit zusätzlich umgesetzt.

Der VRA hat sich seit 2007 nachdrücklich in die Einführung der § 116b-Ambulanzen und in die Erarbeitung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung Rheumatologische Erkrankungen (ASV-RL) eingebracht, die am 19.04.2018 vom G-BA verabschiedet wurde. Aktuelle gesundheitspolitische Themen zur Zentrenbildung in der Rheumatologie und zur Umsetzung von Patientenschulungen im ambulanten wie auch stationären Setting einer Klinik konnten 2018 fachlich begleitet werden.

Mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie verbindet uns von Beginn an eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit hinsichtlich der Abstimmung in gesundheitspolitischen Fragen und der Formulierung gemeinsamer Stellungnahmen. Gleiches gilt für die äußerst konstruktive Zusammenarbeit mit der Deutschen Rheuma-Liga als größte Patientenorganisation in Deutschland in den Themen akutstationäre Patientenversorgung und Partizipation im Rahmen der obra-/Kobra-Qualitätsprojekte ab 2003 wie auch im Rahmen der Erarbeitung von Patientenschulungen ab 2016.

Was gibt es Neues für die Krankenhausfinanzierung ab 2019?

Mit dem Ende 2018 verabschiedeten Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) wurde vermutlich die grundlegendste Reform der Krankenhausfinanzierung seit Einführung der DRG-Fallpauschalen angestoßen. Für 2020 sollen die Kosten für die „Pflege am Krankenbett“ aus den DRG-Fallpauschalen herausgelöst und in ein eigenes Pflegebudget überführt werden. Alle den Krankenhäusern entstehenden Kosten für die „Pfle-

ge am Krankenbett“ sollen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert werden. Die Verteilung des Budgets soll über einen eigenständigen Pflegeerlöskatalog tagesbezogen erfolgen. Es werden daher zwei Abrechnungssysteme parallel zu pflegen sein.

Durch die Ausgliederung der Pflegekosten, die einen Großteil der verweildauerabhängigen Kosten darstellen, wird das G-DRG-System eine erhebliche Umgestaltung gerade für die Rheumatologie erfahren. Die Notwendigkeit von DRGs, deren Kosten sich – wie die G-DRG I97Z für die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung – eher über eine längere Verweildauer als über hohe Kosten pro Belegungstag definieren, wird auf den Prüfstand kommen. Das Gleiche gilt für die Mehrzahl der ICD-Kodes, die sich in der Schweregradmatrix (CCL-Matrix) für den PCCL befinden. Auch diese sind tendenziell mit längeren Verweildauern assoziiert und weniger mit hohen variablen Personal- und Sachkosten. Ebenso werden bisherige Kondensationen von medizinischen Fallkollektiven mit einerseits hohen Tageskosten und/oder Sachkosten und andererseits langen Verweildauern in einer gemeinsamen DRG aufgelöst werden müssen. Hiervon dürfte in besonderem Maß auch die Kinderheilkunde betroffen sein, die u. a. aufgrund der hohen Kosten der pflegerischen Betreuung in höher bewerteten DRGs abgebildet wurde. Konsekutiv wird sich auch die Abfrageihenfolge von DRGs im Gruppierungsalgorithmus ändern müssen, was wiederum einen Einfluss auf die Zusammensetzung von DRGs haben wird. Last but not least ist die Zukunft der pflegekostenlastigen Zusatzentgelte (z. B. PKMS, Pflegegrade) fraglich.

Bereits 2019 wirft die Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab 2020 seinen Schatten voraus. Bis Ende Januar 2019 sollen die Selbstverwaltungspartner definieren, was unter der „Pflege am Krankenbett“ und unter „Intensivmedizin“ zu verstehen

ist. Dies hat nicht nur einen Einfluss auf die Ausgliederung der Kosten, sondern auch auf die Anwendung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen und eines Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis von Vollkräften zu einem vom DRG-Institut (InEK) zu berechnenden Pflegeaufwand (derzeit vom InEK noch als „Pflebelast“ bezeichnet) abbilden soll. Bislang ist die Rheumatologie noch nicht von den Pflegepersonaluntergrenzen betroffen, weil sie nicht als „pflegesensitiver Bereich“ klassifiziert wurde. Geplant ist jedoch die jährliche Ausweitung der pflegesensitiven Bereiche auf neue Fachabteilungen mit dem im Koalitionsvertrag verankerten Ziel, am Ende alle bettenführenden Stationen zu erfassen.

Die neuen Maßnahmen können (je nach konkreter Ausgestaltung) zu erheblichen Personalverlagerungen – auch innerhalb der Krankenhäuser – führen. Sicher ist, dass sich der Wettbewerb um Pflegepersonal weiter verstärken wird – zumal bereits 2019 jede weitere Stelle in der Pflege über die gemittelte Zahl der Vollkräfte 2018 hinaus von den Kostenträgern im Rahmen der Fortführung der Ausweitung des Pflegestellen-Förderprogramms vollständig refinanziert wird. Neben der Personalgewinnung sollten sich Krankenhäuser daher auch Gedanken über ihre Attraktivität für ihr Personal machen, um Abwanderungen im Wettbewerb zu verhindern. Auch das Aufstocken eigener Ausbildungskapazitäten kann gefördert werden und könnte eine sinnvolle Option darstellen.

Das nun auch im Gesetz verankerte Ziel der Politik ist, bei Nichterfüllung der nach den neuen Instrumenten festgelegte Mindestpersonalausstattung die Leistungsmenge und damit in Folge auch das Budget zu kürzen. Außer den Aspekten der Patientensicherheit wird durch diese „Pflegeoffensive“ damit auch implizit die Mengensteuerung adressiert.

Neben den Neuerungen in der Krankenhausfinanzierung erscheinen die Änderungen am DRG-Fallpauschalenkatalog geringfügig. Wesentliche Änderungen ergeben sich für 2019 durch die Verpflichtung vieler neuer Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation. Zudem wurden durch sehr komplexe Systemumbauten die Fälle in den „Sonstigen DRGs“, d. h. DRGs mit operativen Prozeduren ohne passende Hauptdiagnose reduziert. Durch den Verlust der für die Rheumatologie relativ spezifischen ehemaligen G-DRG I69A (Bewertungsrelation 2018 0,831) und Abbildung in der undifferenzierten G-DRG I69Z (Bewertungsrelation 2019 0,734) sind für 2019 negative Katalogeffekte in rheumatologischen Einrichtungen nicht unwahrscheinlich.

RA Jörg Robbers,
Geschäftsführer VRA
Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek,
Vorstandsvorsitzender VRA

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle
Herr Jörg Robbers (Geschäftsführer)
Schumannstr. 18, 10177 Berlin
Tel.: 030/20 62 98-79, Fax:
030/20 62 98-82
E-Mail: gf-vra@gmx.de, gf@vraev.de
Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek,
Direktor, Klinik für Rheumatologie und Geriatrie,
Johannes Wesling Klinikum Minden;
Jörg Robbers, Rechtsanwalt,
Geschäftsführer VRA