

Rheumatologische Versorgung in Österreich

Analyse der Preise für Leistungen in der Rheumatologie im stationären, krankenhausbambulanten und niedergelassenen Bereich

Wien, Juli 2008

Version 2.2

K:\Projekte\Laufende Projekte\Rheuma ÖRG\Bericht\ÖGR_Bericht_V2.2.doc

Inhalt

1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Zielsetzung und Rahmenbedingungen	4
2.1.	Zielsetzung der Studie	4
2.2.	Versorgungsfeld.....	4
3.	Preisanalyse stationärer Bereich	7
3.1.	Honorierungsstruktur Krankenanstalten	9
3.2.	Relevante Diagnosen Rheumatologie und verrechenbare LKF-Pauschale.....	12
3.3.	LKF-Scoring Rheuma-Patienten.....	15
3.4.	Gewichtung	20
3.5.	Vergleich Deutschland.....	21
4.	Preisanalyse krankenhausbambulanter Bereich.....	23
5.	Preisanalyse niedergelassener Bereich.....	24
5.1.	Sozialversicherungsbereich.....	24
5.2.	Wahlarztsystem	27
5.3.	Bedarfskalkulation Rheumatologie im ambulanten Setting	28

1. Zusammenfassung

Im Rahmen der Analyse wurden Angebote und die Leistungspreise für Leistungen in der Rheumatologie im stationären, krankenhausa-ambulanten und niedergelassenen Bereich erhoben und deren Varianz in Abhängigkeit von den Kostenträgern dargestellt worden.

Für die einzelnen Versorgungsbereiche lassen sich folgende Feststellungen in Bezug auf die Leistungsfinanzierung ableiten:

- im stationären Bereich besteht eine unspezifische Vergütung im Rahmen des LKF Systems, anzustreben wäre eine spezifische an Qualitätskriterien gebundene Leistungsvergütung
- durch die gedeckelte Pauschalvergütung im Bereich der Krankenhausambulanzen werden die Kosten für spezifische rheumatologische Leistungen (insb. Biologika) nicht abgedeckt
- in den Honorierungssystemen der Sozialversicherungen wird die rheumatologische Betreuung relativ schlecht bewertet.

Bezogen auf die Versorgungsabdeckung zeigt die Analyse eine relativ gute Abdeckung im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich bestehen sowohl quantitativ als auch in Bezug auf die regionale Versorgungsabdeckung große Defizite.

2. Zielsetzung und Rahmenbedingungen

2.1. Zielsetzung der Studie

Im Rahmen der Analyse sollen die Preise für Leistungen in der Rheumatologie im stationären, krankenhausbambulantem und niedergelassenen Bereich erhoben und deren Varianz in Abhängigkeit von den Kostenträgern dargestellt werden.

Grundlage der Analyse ist eine grobe Darstellung der Versorgungslandschaft in der Rheumatologie.

2.2. Versorgungsangebote

Basierend auf der Rheumalandkarte 2007¹ wurde das Versorgungsfeld für folgende Bereiche analysiert:

- Kernbereich Rheumatologie
 - Niedergelassene Rheumatologen / Innere Medizin
 - Krankenhausambulanzen
 - Ambulatorien
- Weitere Versorgungsangebote
 - Niedergelassene Ärzte Orthopädie
 - Niedergelassene Ärzte Physikalische Medizin

¹ Rheumalandkarte 2007 (Österreichische Rheumaliga und Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation)

2.3. Niedergelassene Rheumatologen / Innere Medizin

Es sind 77 Niedergelassene Internisten mit rheumatologischer Expertise ausgewiesen, davon besitzen 12 einen §2-Kassenvertrag. In der Steiermark, in Tirol und in Vorarlberg gibt es keine entsprechenden

Ärzte mit Kassenvertrag, im Burgenland gar keine. Besonders dünn ist die Versorgungsstruktur im Westen (siehe Abbildung 1). In der Abbildung sind jeweils die Postleitzahlen markiert, an denen Versorgungsstrukturen bestehen.

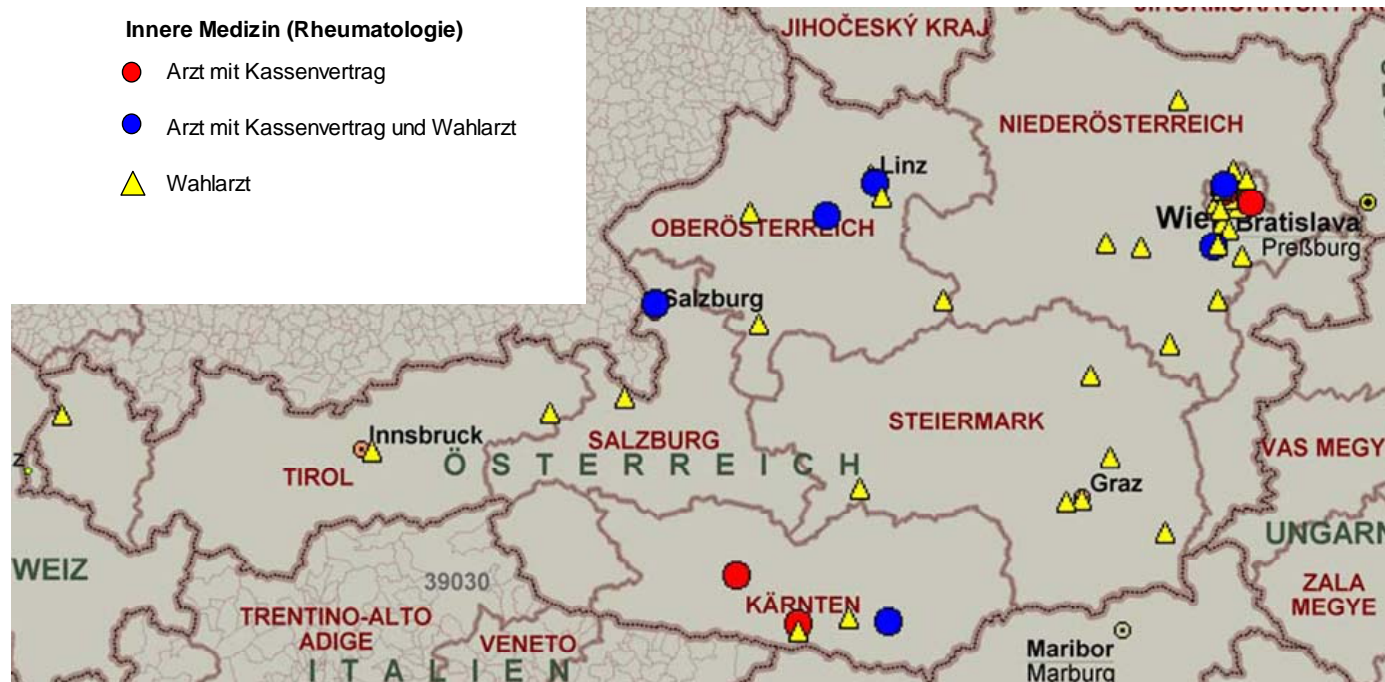


Abbildung 1: Orte mit niedergelassenen Ärzten / Innere Medizin mit rheumatologischer Expertise²

² Rheumalandkarte 2007, eigene Berechnungen

2.4. Krankenhausambulanzen und Ambulatorien

Es bestehen 27 internistische Krankenhausambulanzen (in öffentlichen Krankenanstalten mit rheumatologischer Expertise, wobei es zu einer

hohen räumlichen Konzentration kommt (10 Ambulanzen in Wien).

Zusätzlich sind in der Rheumalandkarte 9 Ambulatorien mit

Sozialversicherungsvertrag mit rheumatologischer Expertise angeführt.

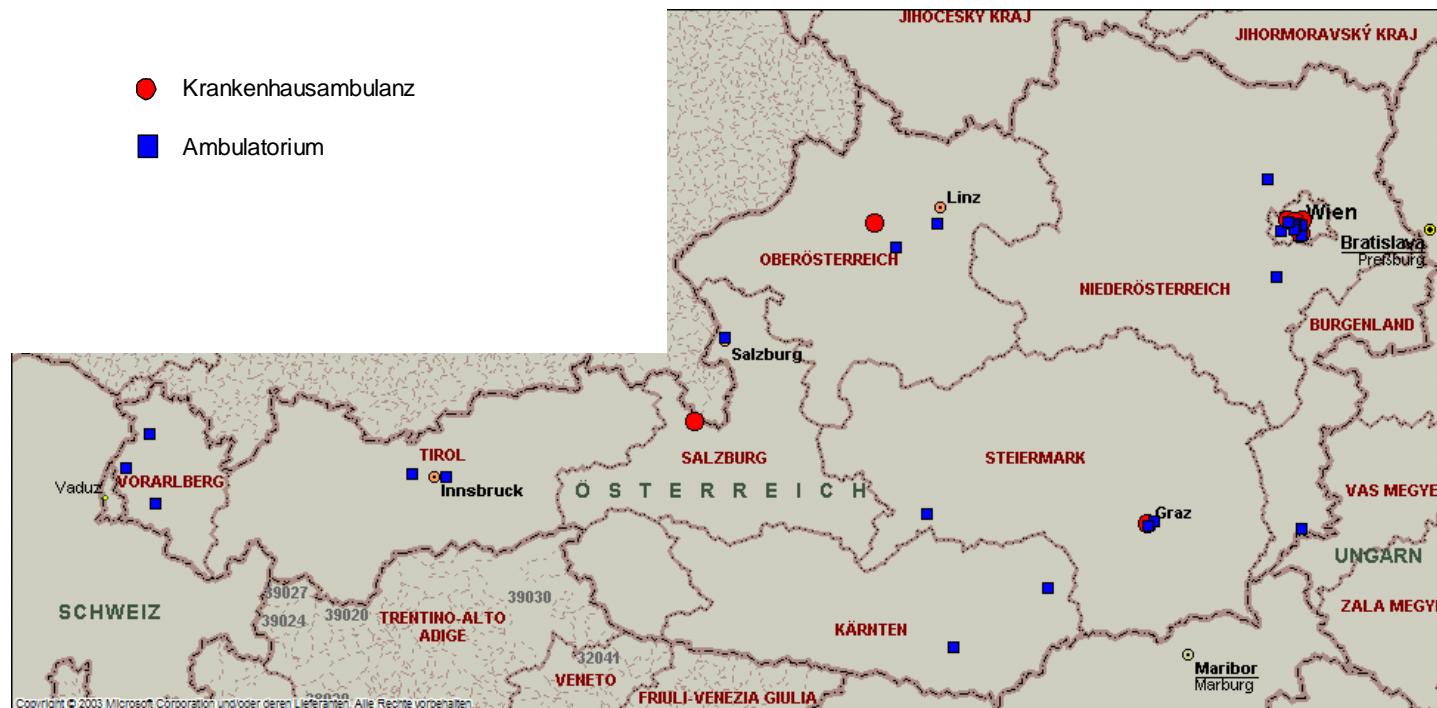


Abbildung 2: Orte mit Krankenhausambulanzen / Ambulatorien mit rheumatologischer Expertise³

³ Rheumalandkarte 2007, eigene Berechnungen

2.5. Weitere Versorgungsangebote

Niedergelassene Ärzte / Orthopädie

Es sind 40 Niedergelassene Orthopäden mit rheumatologischer Expertise ausgewiesen, davon besitzen 4 einen §2-Kassen-vertrag.

Ärzte mit Kassenvertrag gibt es nur im Raum Wien und in Linz.

Insgesamt ist die Versorgungsstruktur mit Ausnahme des Raumes Wien dünn (siehe Abbildung 3).

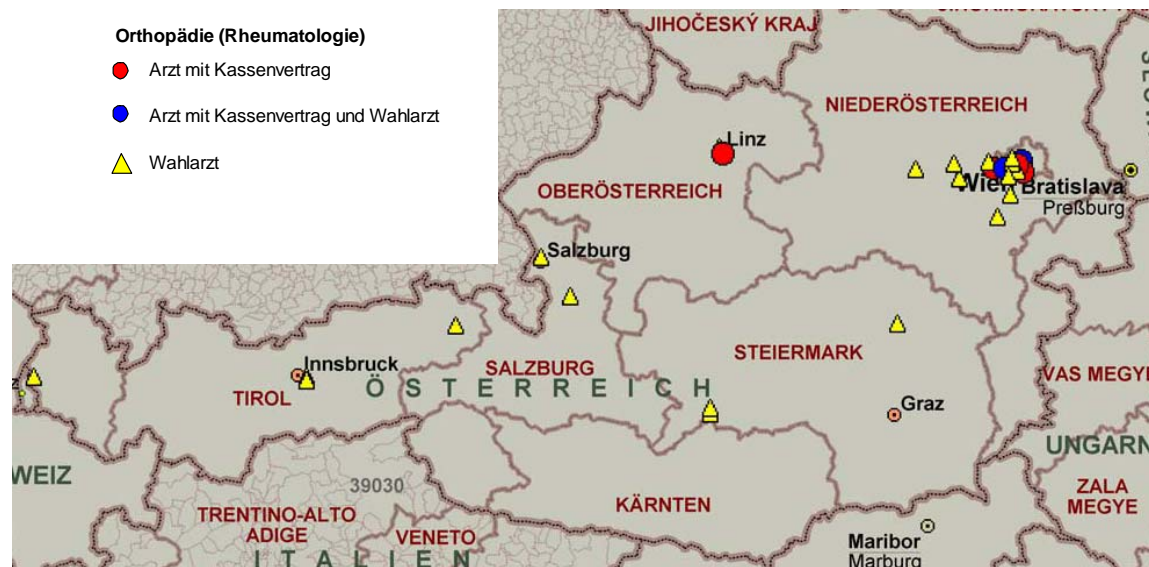


Abbildung 3: Orte mit niedergelassenen Ärzten / Orthopädie mit rheumatologischer Expertise⁴

⁴ Rheumalandskarte 2007, eigene Berechnungen

Niedergelassene Ärzte / Physikalische Medizin

Es sind 13 Niedergelassene Physikalische Ärzte mit rheumatologischer Expertise ausgewiesen, davon besitzen zwei einen §2-Kassenvertrag (siehe Abbildung 4).

Außerhalb von des Wiener Raumes gibt es keine Versorgung §2-Verträgen.



Abbildung 4: Orte mit Niedergelassenen Ärzten / Physikalische Medizin⁵

⁵ Rheumalandkarte 2007, eigene Berechnungen

3. Preisanalyse stationärer Bereich

3.1. Honorierungsstruktur Krankenanstalten

Das Finanzierungssystem der Krankenanstalten ist auf die für den stationären Patienten erbrachten medizinischen / pflegerischen Leistungen bzw. die beim Patienten festgestellten Krankheiten abgestellt. Basis dafür ist eine einheitliche medizinische Dokumentation der Diagnosen (ICD 10-Katalog) und medizinischen / pflegerischen Leistungen (MEL-Leistungskatalog).

Ziel ist es dabei, das zu bezahlende Entgelt über die Krankheit (Diagnose) und/oder die Therapie (Leistung) zu bestimmen. Neben Diagnose und Therapie werden bei bestimmten Erkrankungen auch das Alter, die Nebendiagnosen und die Zusatzleistungen des Patienten als Entgeltfaktor durch das System anerkannt. Manche medizinische Leistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie an bestimmte Einrichtungen (Strukturqualität) gebunden sind, z.B. Intensivbehandlung, Akutgeriatrie, psychiatrische Behandlung.

Jede LKF-Fallgruppe (Erklärung siehe weiter unten) ist durch eine Punktezahle charakterisiert. Es ergibt sich so eine Art „Basispunktwert“. Dieser ist für alle Krankenanstalten gleich.

Die LKF-Fallgruppenbildung erfolgt nach folgendem Schema

(siehe Abbildung 5):

1. Liegt eine abrechenbare medizinische Einzelleistung vor, so wird diese zur Leitdifferenz, ansonsten ist die Hauptdiagnose die Leitdifferenz.
2. Anhand der medizinischen Einzelleistung bzw. der Hauptdiagnose erfolgt die Zuteilung zur MHG-Gruppe. Diese Gruppen haben das Format MELXX.XX oder HDGXX.XX.
3. Die MHG-Gruppen werden auf Basis von weiteren Parametern (v.a. Nebendiagnosen, Zusatzleistungen oder Patientenalter) weiter differenziert. Dabei werden die LDF-Gruppen gebildet. Diese bilden die Verrechnungsbasis.

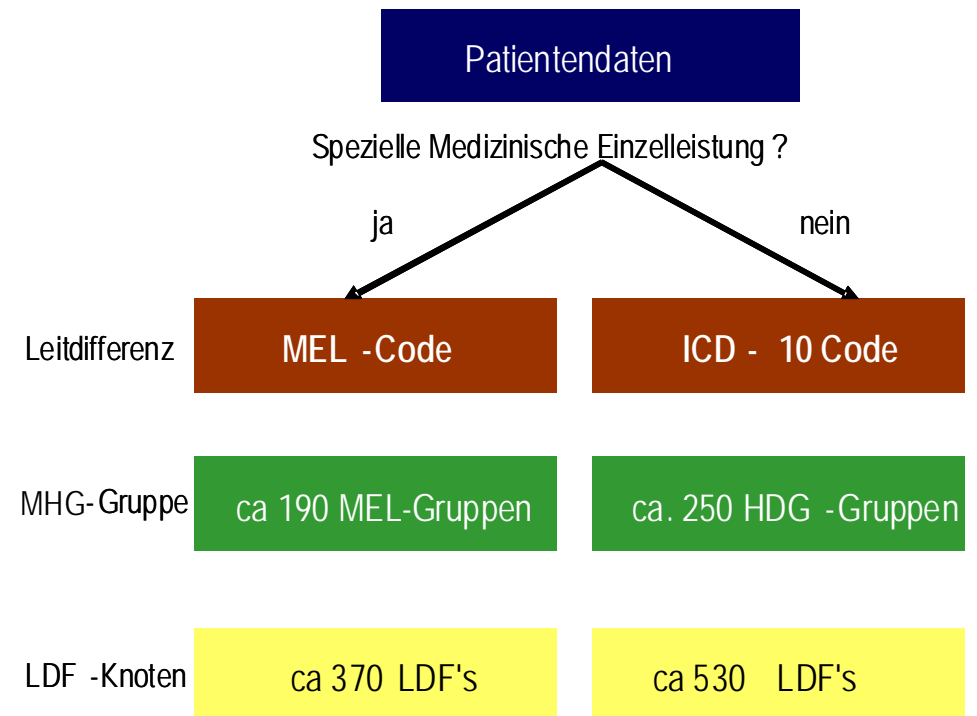


Abbildung 5: Gruppenbildung im LKF-System

Neben dem, auf Basis der LDF-Gruppen ermittelten, Pauschalwert kommt es unter bestimmten Voraussetzungen zu gesonderten Zusatzbepunktungen:

- *Zusatzpunkte für längere Aufenthalte*
Übersteigt bei einem Fall die Verweildauer die festgelegte Verweildauerobergrenze (VDO), so werden je Tag über dieser Grenze Zusatzpunkte zur Fallpauschale zugeschlagen. Dieser tägliche Zuschlag nimmt aber mit der Zahl der über der VDO liegenden Tage ab. Dadurch wird einem Anreiz, Patienten länger in stationärer Pflege zu belassen, entgegengewirkt.
- *Punkteabschläge für kurze Aufenthalte*
Fälle mit einer Verweildauer unter der festgelegten Verweildaueruntergrenze (VDU) werden in Bezug auf die Leistungskomponente in gleicher Höhe abgegolten, so als wäre der Fall kein „Ausreißer“ nach unten. Bei der Tageskomponente gibt es aber eine lineare Kürzung.

- *Mehrleistungszuschläge*
Werden an einem Patienten während eines Aufenthaltes zwei oder auch mehrere abrechnungsrelevante Leistungen erbracht, so wird primär jene Fallpauschale bestimmt, die in Summe die meisten Punkte erbringt. Diesem Punktwert werden dann die Leistungskomponenten der Mehrleistungen zugeschlagen.
- *Tagesklinik*
Bei der Abwicklung tagesklinischer Fälle über eine definierte Tagesklinik mit einer verrechenbaren Leistung laut Tagesklinik-Katalog, kann die volle Leistungspauschale und ein Großteil der Tagespauschale verrechnet werden.
- *Sonderbereiche*
Für Aufenthalte in Sonderbereichen (v.a. Intensivbehandlung und Intensivüberwachung, Akutgeriatrie, Palliativmedizin, Psychiatrie oder Neurorehabilitation) werden Tagespauschalen verrechnet.

3.2. Relevante Diagnosen Rheumatologie und verrechenbare LKF-Pauschale

Im ersten Schritt wurden in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft Diagnosen definiert, auf deren Ebene der Preisvergleich erfolgen soll. Diese Diagnosen wurden auf Basis des ICD 9 Schlüssels zur Verfügung gestellt, die auf Basis der LKF-Vorgaben in die ICD-10-Systematik übergeleitet wurden.

Damit konnten verrechnungsrelevante LDF-Gruppen im LKF-System abgeleitet werden. Diese sind in der folgenden Tabelle im Detail aufgelistet, wobei dargestellt ist, wie hoch (abgeleitet aus Benchmarks der Ebner Hohenauer HC Consult) jeweils der Anteil an Patienten ist, die über die jeweilige LDF-Gruppe abgerechnet werden.

Entscheidend ist jedenfalls, dass ca. *2/3 der Patienten* mit der Rheumatologie zuordenbaren Diagnose über 2 Gruppen abgerechnet werden, nämlich über die HDG14.04 *Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat* (33%) und die HDG01.32 *Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule* (32,4%). Ansonsten ist noch die Gruppe HDG01.31 *Sonstige Erkrankungen – Nervensystem* mit ca 9% relevant.

LDF	ICD 10	Aufn
HDG14.04 Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat		33,0%
	M02.- Reaktive Arthritiden	0,5%
	M03.- Postinfektiöse und reaktive Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M05.- Seropositive chronische Polyarthritiden	2,9%
	M06.- Sonstige chronische Polyarthritiden	4,0%
	M07.- Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	0,1%
	M08.- Juvenile Arthritis]	0,4%
	M09.- Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M11.- Sonstige Kristall-Arthropathien	0,1%
	M12.- Sonstige näher bezeichnete Arthropathien	0,4%
	M13.- Sonstige Arthritis	1,6%
	M14.- Arthropathien bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M15.- Polyarthrose	1,4%
	M16.- Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1,6%
	M17.- Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2,1%
	M18.- Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	0,0%
	M19.- Sonstige Arthrose	2,5%
	M24.- Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	0,2%
	M35.- Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	0,0%
	M36.- Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M42.- Osteochondrose der Wirbelsäule	0,5%
	M46.- Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,1%
	M48.- Sonstige Spondylopathien	0,0%
	M49.- Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M72.- Fibromatosen	0,2%
	M79.- Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	1,0%
	M81.- Osteoporose ohne pathologische Fraktur	10,2%
	M82.- Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M83.- Osteomalazie im Erwachsenenalter	0,1%
	M85.- Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	0,0%

LDF	ICD 10	Aufn
	M87.- Knochennekrose	2,3%
	M89.- Sonstige Knochenkrankheiten	0,0%
	M92.- Sonstige juvenile Osteochondrosen	0,0%
	M93.- Sonstige Osteochondropathien	0,4%
	M94.- Sonstige Knorpelkrankheiten	0,2%
	M96.- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,1%
HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule		32,4%
	M43.- Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	0,9%
	M46.- Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,1%
	M47.- Spondylose	6,3%
	M48.- Sonstige Spondylopathien	4,0%
	M49.- Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%
	M50.- Zervikale Bandscheibenschäden	0,1%
	M51.- Sonstige Bandscheibenschäden	1,2%
	M53.- Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	0,6%
	M54.- Rückenschmerzen	19,1%
HDG01.31 Sonstige Erkrankungen - Nervensystem		9,1%
	M54.- Rückenschmerzen	4,4%
	M79.- Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	0,7%
	R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität	3,7%
	R29.- Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	0,3%
HDG14.01 Maligne Neoplasien von Knochen, Bindegewebe und Weichteilen		5,2%
	C40.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten	0,0%
	C41.- Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	0,2%
	C45.- Mesotheliom	0,1%
	C46.- Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]	0,0%
	C47.- Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	0,0%
	C49.- Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,5%

LDF	ICD 10	Aufn
	C79.- Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen	3,2%
	D48.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	1,0%
HDG14.07 Andere Affektionen am Bewegungsapparat		4,4%
	B90.- Folgezustände der Tuberkulose	0,0%
	M20.- Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	0,0%
	M21.- Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	0,1%
	M25.- Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	3,6%
	M84.- Veränderungen der Knochenkontinuität	0,2%
	M85.- Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	0,0%
	M89.- Sonstige Knochenkrankheiten	0,2%
	M94.- Sonstige Knorpelkrankheiten	0,2%
	Q79.- Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert	0,0%
HDG19.09 Kollagenosen und Sarkoidose		3,6%
	M32.- Systemischer Lupus erythematoses	1,1%
	M33.- Dermatomyositis-Polymyositis	0,6%
	M34.- Systemische Sklerose	1,3%
	M35.- Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	0,6%
HDG14.05 Affektionen der Weichteile am Bewegungsapparat		2,7%
	M35.- Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	1,6%
	M60.- Myositis	0,2%
	M61.- Kalzifikation und Ossifikation von Muskeln	0,1%
	M62.- Sonstige Muskelkrankheiten	0,2%
	M67.- Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	0,0%
	M70.- Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	0,0%
	M72.- Fibromatosen	0,3%
	M76.- Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	0,0%
	M77.- Sonstige Enthesopathien	0,2%
	M79.- Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	0,1%
HDG07.02 Entzündliche Affektionen der Arterien		1,6%
	I77.- Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	0,5%

LDF	ICD 10	Aufn
	M30.- Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	0,2%
	M31.- Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	0,9%
HDG07.01 Nichtentzündliche Affektionen der Arterien, außer Aorta		1,3%
	I73.- Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	0,9%
	I77.- Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	0,3%
	I79.- Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,1%
	M31.- Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	0,0%
HDG19.07 Komplizierte Affektionen der Haut		1,3%
	L40.- Psoriasis	0,7%
	L93.- Lupus erythematodes	0,4%
	L94.- Sonstige lokalisierte Krankheiten des Bindegewebes	0,1%
HDG01.16 Mononeuropathien		1,1%
	G56.- Mononeuropathien der oberen Extremität	1,1%
	G57.- Mononeuropathien der unteren Extremität	0,0%
HDG01.34 Chronische Schmerzsyndrome		1,1%
	M96.- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	1,1%
HDG14.03 Osteomyelitis und akute Arthritis		0,9%
	A54.- Gonokokkeninfektion	0,0%
	M00.- Eitrige Arthritis	0,6%
	M01.- Direkte Gelenkinfektionen bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	0,0%
	M02.- Reaktive Arthritiden	0,1%
	M35.- Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	0,2%
	M46.- Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,1%
HDG14.02 Benigne Neoplasien von Knochen, Bindegewebe und Weichteilen		0,7%
	D16.- Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	0,3%
	D21.- Gutartige Neubildung - Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,4%
HDG14.06 Anomalien und Deformitäten des Bewegungsapparates		0,5%
	M21.- Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	0,1%
	Q65.- Angeborene Deformitäten der Hüfte	0,3%

LDF	ICD 10	Aufn
	Q77.- Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule	0,0%
	Q78.- Sonstige Osteochondrodysplasien	0,1%
HDG17.06 Andere Erkrankungen des Blutes		0,5%
	D69.- Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	0,5%
HDG18.10 Stoffwechselstörungen		0,4%
	M10.- Gicht	0,4%
HDG15.05 Kniegelenkschädigungen		0,1%
	M22.- Krankheiten der Patella	0,1%
HDG06.06 Herzklappenfehler und Kardiomyopathie		0,1%
	I05.- Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	0,0%
	I06.- Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,0%
	I08.- Krankheiten mehrerer Herzklappen	0,0%
HDG18.06 Sekretionsstörungen der Hypophyse und Nebenniere		0,1%
	E22.- Überfunktion der Hypophyse	0,0%
	E34.- Sonstige endokrine Störungen	0,0%
HDG09.04 Nephropathie		0,0%
	M10.- Gicht	0,0%
	N25.- Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion	0,0%
HDG06.09 Aortenaneurysmen, andere Affektionen der Aorta		0,0%
	M31.- Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	0,0%
HDG06.01 Akute rheumatische Herzerkrankung, außer Herzklappen		0,0%
	I01.- Rheumatisches Fieber mit Herzbeteiligung	0,0%
	I09.- Sonstige rheumatische Herzkrankheiten	0,0%
HDG12.04 Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett		0,0%
	O26.- Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	0,0%
HDG22.05 Schädigungen durch äußere Einflüsse		0,0%
	T70.- Schäden durch Luft- und Wasserdruck	0,0%
HDG05.07 Diffuse Lungenparenchymerkrankungen		0,0%
	J99.- Krankheiten der Atemwege bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,0%

3.3. LKF-Scoring Rheuma-Patienten

Grundsätzlich können in der rheumatologischen Behandlung keine LKF-relevanten Einzelleistungen verrechnet werden. Dementsprechend wird allein die Diagnose zur ausschlaggebenden Leitdifferenz.

HDG14.04 Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat

Die Honorierung stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 6):

- Bei Vorliegen einer Diagnose aus der Hauptgruppe 27 (ICD10: M05-M012) Zuordnung zur Knoten 2, ansonsten Knoten 3
- Die zweite Splitbedingung ist das Alter der Patienten, wobei bei einem Alter über 69 Jahren jeweils die höhere Vergütung anfällt

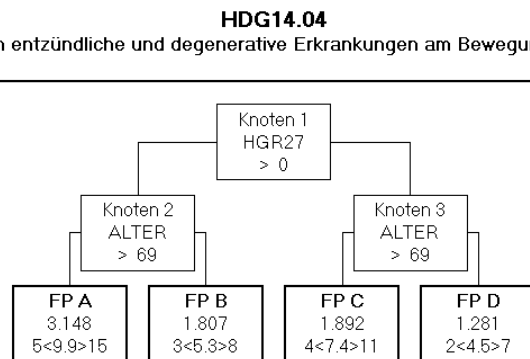


Abbildung 6: Baumdarstellung LKF Gruppe HDG14.04

HDG14.04 Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat

Anteil an den Gesamtaufnahmen 33%

Knoten 1 Bedingung HGR 27

8% Anteil an Gesamt

24% Anteil an HDG14.04

<u>HDG14.04A</u>	Bedingung	Alter >69		
<i>Scoring</i>		3.148	Punkte	
<i>VDU</i>	5,0	Bel.Tage	630	Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	9,9	Bel.Tage	318	Punkte/Bel.Tag
<u>HDG14.04A</u>	Bedingung	Alter < 70		
<i>Scoring</i>		1.807	Punkte	
<i>VDU</i>	3,0	Bel.Tage	602	Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	5,3	Bel.Tage	341	Punkte/Bel.Tag

Knoten 2 andere Diagnose

25% Anteil an Gesamt

76% Anteil an HDG14.04

<u>HDG14.04C</u>	Bedingung	Alter >69		
<i>Scoring</i>		1.892	Punkte	
<i>VDU</i>	4,0	Bel.Tage	473	Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	7,4	Bel.Tage	256	Punkte/Bel.Tag
<u>HDG14.04D</u>	Bedingung	Alter < 70		
<i>Scoring</i>		1.281	Punkte	
<i>VDU</i>	2,0	Bel.Tage	641	Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	4,5	Bel.Tage	285	Punkte/Bel.Tag

VDU Verweildauer Untergrenze (LKF-Modell)

VDMW Verweildauer Mittelwert (LKF-Modell)

HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule

Die Honorierung stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 7):

- Einzige Splitbedingung ist das Alter der Patienten, wobei bei einem Alter über 69 Jahren jeweils die höhere Vergütung anfällt (Fallpauschale A)

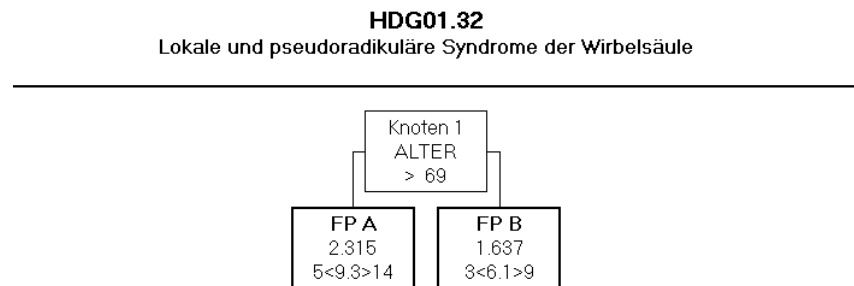


Abbildung 7: Baumdarstellung LKF Gruppe HDG 01.32

HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule

Anteil an den Gesamtaufnahmen (Rheumatologische Diagnosen) 32%

Knoten 1	HDG01.32A	Bedingung	Alter >69	
	<i>Scoring</i>		2.315 Punkte	
	<i>VDU</i>	5,0 Bel.Tage	463 Punkte/Bel.Tag	
	<i>VDMW</i>	9,3 Bel.Tage	249 Punkte/Bel.Tag	
	HDG01.32A	Bedingung	Alter < 70	
	<i>Scoring</i>		1.637 Punkte	
	<i>VDU</i>	3,0 Bel.Tage	546 Punkte/Bel.Tag	
	<i>VDMW</i>	6,1 Bel.Tage	268 Punkte/Bel.Tag	

VDU Verweildauer Untergrenze (LKF-Modell)
VDMW Verweildauer Mittelwert (LKF-Modell)

HDG19.09 Kollagenosen und Sarkoidose

Die Honorierung stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 8):

- Bei Vorliegen der Diagnose I.00 Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung, akute und subakute Arthritis bei rheumatisches Fieber Zuordnung zu Fallpauschale A
- Bei MEL 6404 Bronchoskopie Zuordnung zu Fallpauschale B
- Bei Hauptdiagnose aus der Hauptgruppe 25 (L94.4; M32.0 bis M36.8) Zuordnung zu Fallpauschale C
- Ansonsten Zuordnung zur Fallpauschale D

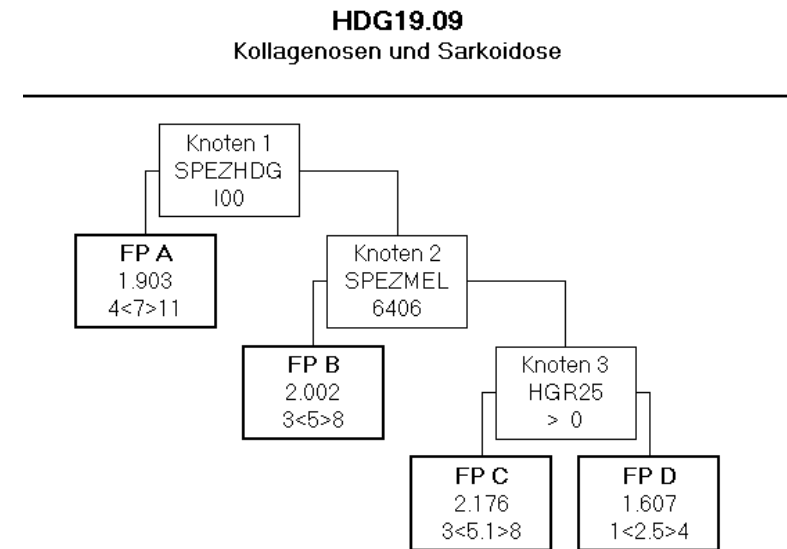


Abbildung 8: Baumdarstellung LKF Gruppe HDG19.09

HDG19.09 Kollagenosen und Sarkoidose

Anteil an den
Gesamtaufnahmen 4%

Knoten 1 Bedingung Diagnose I.00

HDG19.09A

<i>Scoring</i>	1.903 Punkte
<i>VDU</i>	4,0 Bel.Tage 476 Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	7,0 Bel.Tage 272 Punkte/Bel.Tag

Knoten 2 Bedingung MEL 6404

HDG19.09B

<i>Scoring</i>	2.002 Punkte
<i>VDU</i>	3,0 Bel.Tage 667 Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	5,0 Bel.Tage 400 Punkte/Bel.Tag

Knoten 3 HDG01.31C Bedingung HGR 25

<i>Scoring</i>	2.176 Punkte
<i>VDU</i>	5,0 Bel.Tage 435 Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	10,4 Bel.Tage 209 Punkte/Bel.Tag

HDG01.31D

<i>Scoring</i>	1.607 Punkte
<i>VDU</i>	1,0 Bel.Tage 1607 Punkte/Bel.Tag
<i>VDMW</i>	2,5 Bel.Tage 643 Punkte/Bel.Tag

HDG07.02 Entzündliche Affektionen der Arterien

Die Honorierung stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 7):

- Einzige Splitbedingung ist das Vorliegen einer diagnostischen Leistung, wofür die die höhere Vergütung anfällt (Fallpauschale A)

HDG07.02
Entzündliche Affektionen der Arterien

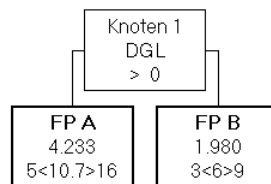


Abbildung 9: Baumdarstellung LKF Gruppe HDG07.02

HDG07.02 Entzündliche Affektionen der Arterien

Anteil an den Gesamtaufnahmen 2%

Knoten 1	HDG01.32A	Bedingung	Diagnostische Einzelleistung
	<i>Scoring</i>	4.233	Punkte
	<i>VDU</i>	5,0 Bel.Tage	847 Punkte/Bel.Tag
	<i>VDMW</i>	10,7 Bel.Tage	396 Punkte/Bel.Tag
	HDG01.32A	Bedingung	Alter < 70
	<i>Scoring</i>	1.980	Punkte
	<i>VDU</i>	3,0 Bel.Tage	660 Punkte/Bel.Tag
	<i>VDMW</i>	6,0 Bel.Tage	330 Punkte/Bel.Tag

Bewertung

Die relevanten LDF-Gruppen im Bereich des Bewegungsapparates weisen zum Großteil, bezogen auf die Punkte pro Belagstag am Verweildauermittelwert, mit unter 400 recht niedrige Scoring-Bewertungen auf. Einzig der Knoten HDG01.31 weist (bei Vorliegen einer diagnostischen oder therapeutischen Einzelleistung) mit 969 Punkten einen markant höheren Wert auf.

Höhere tagbezogene Fallpauschalen gibt es für die Leistungen im Bereich Kollagenosen, Sarkoidose und entzündliche Affektionen der Arterien. Diese spezialisierten Leistungen weisen aber einen sehr geringen Anteil am Gesamtleistungsvolumen aus.

In allen Bereichen liegt der Anteil der Tageskomponente mit über 80% am Gesamt-Scoring sehr hoch. Patienten mit einer kürzeren Liegedauer als die Verweildaueruntergrenze sind dementsprechend wirtschaftlich ungünstig.

3.4. Gewichtung

Gewichtung nach Krankenanstalten

Das Scoring kann bundesländerspezifisch mit einer Gewichtung für spezifische Krankenanstalten unterlegt werden. Diese Gewichtung zielt aber immer auf die Leistungen der gesamten Krankenanstalt ab (z.B. erhalten Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten eine Gewichtung von etwa 1,1 bis 1,3) und bildet nicht die Schwerpunktbildungen einzelner Abteilungen ab. Damit erhält eine Schwerpunktabteilung Rheumatologie in einer Krankenanstalt der Normalversorgung keine Gewichtung für die erbrachten Leistungen.

Gewichtung nach Krankenhaushäufigkeit

Ziel der Gewichtung nach Krankenhaushäufigkeit ist eine Steuerung (Reduktion) der in Österreich überdurchschnittlichen Krankenhausaufnahmeraten. Diesbezügliche Modelle sind in den Bundesländern Kärnten und Steiermark etabliert. In diesen Modellen werden differenziert nach LDF-Gruppen Leistungen an Patienten mit überdurchschnittlicher Krankenhaushäufigkeit mit einem Abschlagsfaktor versehen.

Dies kann dann problematisch sein, wenn keine trennscharfe Differenzierung zwischen spezialisierten und unspezifischen Krankenanstaltenleistungen vorliegt. Dies kann in der Rheumatologie der Fall sein, da gerade die LDF-Gruppe HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule oft regional stark erhöhte Krankenhaushäufigkeiten aufweist, die aber zu einem beträchtlichen Teil durch Krankenanstalten ausgelöst werden, die keine entsprechende Spezialisierung in der Rheumatologie aufweisen. Der Abschlagsfaktor kommt aber dann für alle Patienten der Region zur Anwendung (also auch für jene, die in der spezialisierten Abteilung behandelt werden).

3.5. Vergleich Deutschland

Ab 2005 ist die fachrheumatologische Komplexbehandlung als Operationenschlüssel *8-983* (Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im DRG-Fallpauschalensystem berücksichtigt. Mit dieser für die Rheumatologie spezifischen Prozedur gelingt eine sachgerechtere Abbildung der Behandlungswirklichkeit der rheumatologischen Fachkliniken/-abteilungen im vollpauschalierten Entgeltsystem. Die

multimodale Komplextherapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sowie bei nicht-entzündlichen Schmerzsyndromen spiegelt den rheumatologischen Behandlungsstandard wider.

Mindestkriterien für die Durchführung und Verrechnung der OPS 8-983:

- Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (FA für Rheumatologie, für Innere mit Schwerpunkt Rheumatologie oder für Orthopädie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie)
- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/ Physikalische Therapie, Ergotherapie, Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Prozessorientiertes Behandlungsmanagement mit standardisierter Befunderhebung, Bestimmung der Krankheitsaktivität, der Funktionseinschränkung und des Schmerzausmaßes zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes
- Beurteilung der Krankheitsintensität (diagnosebezogen) durch: Disease activity score 28 (DAS 28), Funktionsfragebogen Hannover, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) od. Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

- Beurteilung der Schmerzintensität durch die Numerische Rating-Skala/Visuelle Analog-Skala(NRS/VAS) als Schmerzscore
- Der unmittelbare Beginn der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie muss gewährleistet sein

Insgesamt führen diese Anpassungen im DRG-Fallpauschalensystem zu einer ökonomischen Besserstellung der rheumatologischen Leistungen.⁶

3.6. Finanzierungsforderung im Stationären Bereich

Im LKF-System wären spezialisierte Leistungen der Rheumatologie besonders zu bewerten. Diese Honorierung sollte in Anlehnung an das deutsche DRG-Modell, dann zur Anwendung kommen, wenn Strukturqualitätskriterien (v.a. Facharzt für Rheumatologie) erfüllt werden und entsprechende Leistungsbündel zur Anwendung kommen.

Auf diese Weise könnte eine leistungsgerechte Finanzierung der spezialisierten Abteilungen erfolgen.

⁶ Vgl. Lakomek, HJ et al: Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983); in: ZS für Rheumatologie Vol. 64 (8) 2005

4. Preisanalyse krankenhausambulanter Bereich

Aktuelle Ambulanzfinanzierung

Grundsätzlich erfolgt im krankenhausambulanten Bereich keine leistungsbezogene Finanzierung, eine Preisanalyse des krankenhausambulanten Bereiches ist daher nicht zielführend, da hier keine sinnvollen Leistungspreise gezahlt werden.

Die Ambulanzfinanzierung weist im Detail deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf, basiert aber auf einer gemeinsamen Logik:

- Die Finanzierung stellt eine primär leistungsunabhängige Sockelfinanzierung dar (ausgehend von einem Basiswert z.B. Ambulanzentgelte 1997 [sic!], der inflationsangepasst wird).
- Der Ausgangswert hat historisch schon eine deutliche Unterdeckung aufgewiesen.
- Die Ausweitungen der ambulanten Leistungen (weder bezogen auf die Leistungsmenge noch Kostensteigerungen durch innovative Therapieformen) werden in der Finanzierung nicht abgebildet und gehen daher zu Lasten der Krankenanstalten Träger (Abgang).

Ausblick

In Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ist die Einführung einer leistungsbezogenen Ambulanzfinanzierung geplant, die idealer Weise eine Gleichstellung von Krankenhausambulanzen mit niedergelassenen Ärzten erreichen sollte. Auf Basis einer fairen Leistungsfinanzierung könnten dann auch die Leistungen der Krankenanstalten entsprechend honoriert werden.

Eine Umstellung in diesem Bereich erscheint mittel- bis langfristig unumgänglich, ein Zeithorizont für die Einführung der Reform der ambulanten Finanzierung kann nicht angegeben werden, da die bisherigen Modellversuche noch kein befriedigendes Ergebnis aufweisen können und eine politische und föderalistische Willensbildung einer solchen Reform zeitlich nicht anzuschätzen ist.

In jedem Fall sollte eine entsprechende Finanzierung rheumatologischer Leistungen (insb. Diagnostik und Biologikaabgabe) verbunden mit Struktur- und Prozessqualitätskriterien in einem neuen Modell verankert werden.

5. Preisanalyse niedergelassener Bereich

5.1. Sozialversicherungsbereich

Datenerhebung

Da ein Vergleich der Unterschiede im Honorarordnungsbereich nicht im primären Interesse der Sozialversicherungen liegt, war eine direkte Preiserhebung seitens der Ebner Hohenauer HC Consult bei den Kostenträgern mangels Kooperation nicht möglich. Daher wurde eine Erhebung bei den Leistungserbringern (niedergelassenen Fachärzte) durchgeführt. Dazu wurden seitens der Fachgesellschaft für alle Bundesländer Ansprechpartner (möglichst mit §-2 Verträgen) genannt. Die verrechenbaren Leistungen der jeweiligen Honorarordnung wurden dann durch die Ebner Hohenauer HC Consult in Absprache mit den regionalen Ansprechpartnern erhoben.

Erhebungsergebnis

Das Ergebnis der Analyse ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

Land	Bezeichnung	§2 GKK	
Niederösterreich	1. Ordination pro Monat (45 min.)	€ 17,00	
	Jede weitere Ordination	€ 7,00	
	Diagn.-therap. Aussprache	€ 10,60	
	Injektion intravenös	€ 5,00	
	Infusion	€ 14,60	
	Injektion intramusculär	€ 2,50	
	Injektion großes Gelenk	€ 19,50	
	Injektion kleines Gelenk	€ 9,80	
	Injektion Wirbelsäule	€ 9,80	
	Injektion Nervenwurzel	€ 27,00	
	Blutabnahme	€ 4,00	
	Blutsenkung	€ 1,20	
	Blutzucker (isoliert)	€ 4,70	
	EKG	€ 39,00	
	Schriftlicher Befundbericht an Zuweiser	€ 7,70	
	Wien	1. Ordination pro Quartal (45 min.)	€ 20,70
		Jede weitere Ordination	€ 1,95
Diagn.-therap. Aussprache (ca. 15 min)		€ 11,10	
Injektion intravenös		€ 3,65	
Infusion		€ 12,20	
Schriftlicher Befundbericht an Zuweiser		€ 13,40	
Blutabnahme (alle 3 Monate)		€ 4,30	
Blutabnahme + Blutsenkung		€ 5,50	
Blutzucker (isoliert)		€ 3,00	
EKG		€ 20,10	
Injektion intramusculär		€ 2,45	

Land	Bezeichnung	§2 GKK
Wien	Injektion großes Gelenk	€ 12,20
	Injektion kleines Gelenk	€ 9,15
	Injektion Nervenwurzel	€ 9,15
Oberösterreich	Eingehende psychologische Betreuung	€ 6,70
	1. Ordination pro Monat (30 min.)	€ 15,00
	Jede weitere Ordination (15 min.)	€ 5,00
	Diagnostische Aussprache	€ 11,00
	Injektion	€ 1,80
	Infusion	€ 7,40
	Schriftlicher Befundbericht an Zuweiser	€ 6,80
	Medizinisches Beratungsgespräch	€ 8,50
	Gelenkspunktion	€ 5,00
	Salzburg	1. Ordination (45 min.)
Blutabnahme		€ 1,31
EKG		€ 19,62
Oberbauch-Sono		€ 39,24
Nieren-Sono		€ 19,62
Herz-Echo		€ 46,00
Herz-Doppler		€ 33,30
Ergometer		€ 60,00
Tirol	1. Ordination	€ 5,11
	Jede weitere Ordination	€ 2,27
	Therapeutische Aussprache	€ 10,95
	Medikamentverrechnung	€ 4,00

Land	Bezeichnung	§2 GKK
Kärnten	1. Ordination pro Monat (45 min.)	€ 17,64
	Jede weitere Ordination	€ 8,82
	Ordination für organ. Leistungen	€ 2,94
	Injektion intravenös	€ 1,36
	Injektion Nervenstamm	€ 6,79
	Injektion großes Gelenk	€ 10,19
	Injektion kleines Gelenk	€ 6,79
	Infusion	€ 10,19
	Infiltration	€ 5,09
	Schriftlicher Befundbericht an Zuweiser	€ 3,40
	Blutabnahme	€ 2,04
	Blutsenkung	€ 2,72
	EKG	€ 10,19

Für die Gebietskrankenkassen, für die ausreichende Daten erhoben werden konnten, erfolgt eine Analyse auf Basis von Leistungsbündeln für Erst- und Folgeordinationsbesuche. Das Honorar für die Erstordination der GKKs liegt zwischen 45,20 € (WGKK) und 17,64 € (KGKK), für Folgeordinationen zwischen 26,45 € (WGKK) und 8,82 € (KGKK). Die Sonderversicherungsträger (BVA und KFA) weisen höhere Tarife aus.

Geht man idealtypisch von 45 Minuten für eine Erstordination mit eingehender Anamnese und von 30 Minuten für die Folgeordination aus, kommt man auf Einnahmen pro Leistungsstunde von 40-80 €. Damit erscheint die rheumatologische Leistung gegenüber einem SOLL-Ordinationsumsatz von 150-200 € pro Stunde deutlich unterfinanziert.

<i>Kernleistungen</i>	Leistungstarif GKK					BVA	KFA Wien
	W	NÖ	K	OÖ	T		
1. Ordination	20,70 €	17,00 €	17,64 €	15,00 €	15,00 €	32,36 €	27,30 €
Jede weitere Ordination	1,95 €	7,00 €	8,82 €	5,00 €	2,27 €	17,80 €	9,90 €
Diagn.-therap. Gespräch	11,10 €	10,60 €		11,00 €	10,95 €	13,30 €	10,60 €
Schriftlicher Befundbericht an Zuweiser	13,40 €	7,70 €		6,80 €		14,56 €	8,10 €
ang. Leistungsbündel 1. Ordination	45,20 €	35,30 €	17,64 €	32,80 €	25,95 €	60,22 €	46,00 €
ang. Leistungsbündel Folgeordination	26,45 €	25,30 €	8,82 €	22,80 €	13,22 €	45,66 €	28,60 €
<i>weitere Leistungen</i>							
Injektion intravenös	3,65 €	5,00 €	1,36 €	1,80 €			
Infusion	12,20 €	14,60 €	10,19 €	7,40 €			

5.2. Wahlarztsystem

Da es keine flächendeckende Versorgung mit Rheumatologen mit Kassenvertrag gibt, kommt der wahlärztlichen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Nominell wird davon ausgegangen dass eine Kostenrefundierung im Ausmaß von 80% (d.h. 20% Abschlag für den Wahlarzt) erfolgt. Hierbei ist aber zu beachten, dass dieser Abschlag auf Basis der (siehe oben) unterfinanzierten Kassenverträge erfolgt. Damit ergibt sich eine Kostenbeteiligung des Patienten im Ausmaß von über zwei Drittel des Honorars (siehe nebenstehende Modellrechnung).

	Erstordination	Folgeordination
Dauer	(45 min.)	(30 min.)
Honorarnote	€ 130,00	€ 80,00
Kassentarif	€ 40,00	€ 30,00
Refundierung Kasse <i>80%</i>	€ 32,00	€ 24,00
Kosten Patient	€ 98,00	€ 56,00
<i>Kostenanteil Patient</i>	<i>75%</i>	<i>70%</i>

5.3. Optimierungsforderung

Eine Erhöhung der Kassentarife (und analog des Finanzierungsbeitrages der Wahlärzte) für spezialisierte rheumatologische Versorgung unter der Bedingung von Struktur- und Prozessqualitätskriterien ist anzustreben.

5.4. Bedarfskalkulation Rheumatologie im ambulanten Setting

Diese Kalkulation basiert auf Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie⁷, die für das österreichische Setting adaptiert worden sind. Zunächst wird dabei eine Kapazitätsbedarfsschätzung in Stunden pro Jahr pro 100.000 Einwohner für Fachärzte mit Schwerpunkt Rheumatologie erstellt.

		Fälle p.a. je 100.000 Ew.	Kontakte je Fall und Jahr	Kontakte pro Jahr	Zeitbedarf je Kontakt	Stunden- bedarf p.a.
Gruppe 1	Undifferenzierte Arthritiden, Rheumatoide Arthritis, Spondyloarthritiden, Kollagenosen, Vaskulitiden	2.000	4	8.000	20 min	2.700 h/J
Gruppe 2	Neuerkrankungen Gruppe 1	80	1	80	40 min	100 h/J
Gruppe 3	Polyarthrosen, Kristallarthropathien, V. a. entzündliche Rückenschmerzen, polytope Schmerzsyndrome (aufwändige Abklärung)	400	1	400	40 min	300 h/J
Gruppe 4	Polyarthrosen, Kristallarthropathien, V. a. entzündliche Rückenschmerzen, polytope Schmerzsyndrome (einfache Abklärung)	800	1	800	15 min	200 h/J
Gesamt		3.280		9.280		3.300 h/J

⁷ Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie: Kommission Versorgung Juni 2008 (www.dgrh.de)

Ausgehend von dieser Bedarfsschätzung lässt sich der Strukturbedarf für Österreich ableiten.

Stundenbedarf je 100.000 Einwohner	3.300 h/J
Vollzeitäquivalent Arzt	1.620 h/J
<hr/>	
Bedarf Vollzeitäquivalente je 100.000 Einwohner	2 Ärzte
Einwohner Österreich über 18 Jahre	7,10 Mio.
<hr/>	
Bedarf Vollzeitäquivalente Österreich	142 Ärzte