

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) zur Reform der Krankenhausvergütung – Stand 08/2023

Präambel

5 Die Rheumatologie ist aufgrund ihrer nicht organbezogenen Spezialisierung auf rheumatische, vor
allem entzündlich-rheumatische und immunologische Systemerkrankungen durch vielfältige
Schnittstellen zu anderen Fachgebieten der Inneren Medizin und zu Neurologie, Dermatologie, Or-
thopädie gekennzeichnet. Sie weist einen geringen (proprietären) Technisierungsgrad auf und ist
ein durch Expertenwissen hinsichtlich Diagnostik und Therapie („denkendes und sprechendes
10 Fach“) geprägter Schwerpunkt der Inneren Medizin mit inzwischen hoch-selektiven immunologi-
schen Therapieverfahren. Andererseits ist die Rheumatologie an den bundesdeutschen medizini-
schen Fakultäten aber nur gering vertreten. Dies hat einen regional unterschiedlich ausgeprägten
Mangel an rheumatologischen Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis zur Folge, wie er unter
anderem in der Bedarfsplanung des G-BA festgestellt wurde. Obwohl die Prävalenz und die volks-
15 wirtschaftliche Bedeutung ob der Krankheitslast rheumatischer Erkrankungen groß sind, besteht
eine Unterversorgung ambulanter und akutstationärer rheumatologischer Strukturen in Deutsch-
land.

Die Rheumatologie weist historisch und strukturell bereits jetzt einen sehr hohen Anteil ambulanter
Behandlungen auf, der nur durch Beteiligung nahezu aller vorhandenen klinischen akutstationären
20 Einrichtungen an der ambulanten Versorgung möglich wurde. Der Anteil rheumatologischer Fach-
abteilungen ist in Akutkrankenhäusern im Vergleich zu anderen Fachgebieten dennoch eher unter-
repräsentiert. Bezogen hierauf weist die Rheumatologie einen relativ hohen Anteil an rheumatolo-
gischen Fachkliniken auf. Insgesamt ist aber auch die akutstationäre Versorgung am unteren Rande
des benötigten Bedarfs. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und der Verband
25 Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) fordern von der geplanten Reform der Krankenhausvergü-
tung eine Verbesserung einer unseres Erachtens derzeit unbefriedigenden akutstationären und uni-
versitären Versorgungssituation für Rheumakranke in Deutschland, was sich ohne Korrekturmecha-
nismen allein schon aufgrund des demographischen Wandels in Zukunft noch verschärfen wird. Die
deutsche Rheumatologie sieht ihre Situation in diesem Szenario als derart besonders an, dass all-
gemeingültige Strategien anderer Fachgebiete für die akutstationäre Rheumatologie keine Lösung
30 sein können. Neben der konstruktiven Mitarbeit an gemeinsamen Anstrengungen aller Fachgesell-
schaften, z. B. in der AWMF wird die DGRh und der VRA weiterhin versuchen, die speziellen Belange
und Bedürfnisse der Rheumatologie im Rahmen der Krankenhausreform transparent zu machen
und an Lösungen konstruktiv mitzuwirken.

35 Akutstationäre Rheumatologie im NRW-Leistungsgruppenmodell

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich in ihren Eckpunkten auf das Leistungsgruppen-Modell aus
NRW als Basis des neuen bundesweiten Leistungsgruppen-Systems verständigt [1]. Dabei ist noch
nicht ersichtlich, welche Anteile des NRW-Leistungsgruppenmodells tatsächlich in das bundesweite
System übernommen werden und wo noch Anpassungen erfolgen sollen.

Namen und Anzahl der Leistungsgruppen

40 Sicher ist, dass weitere fünf Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie) gebildet werden sollen, die als „fachlich geboten“ angesehen werden. Ob ggf. eine weitere Sub-Differenzierung der NRW-Leistungsgruppen vorgenommen werden soll, ist unklar. Ebenso bleibt abzuwarten, wo die Kinder- und Jugendrheumatologie verortet werden soll. Die DGRh und der VRA gehen davon
45 aus, dass es zunächst bei einer einzigen Leistungsgruppe für die Rheumatologie bleiben wird (Tabelle 1), zumal die Abgrenzung der unterschiedlichen Spezialisierungen innerhalb der Rheumatologie eine Herausforderung darstellen dürfte [2].

Tabelle 1: Qualitätskriterien und Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe/Leistungsbereich Rheumatologie nach Krankenhausplan NRW

Leistungsgruppe und Definition:	LG 6.1: Komplexe Rheumatologie. Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie (WBO), allgemeine Leistungsgruppe ohne Falldefinition und quantitative Bepanung
Existierende spezifische Fachabteilungsschlüssel:	0109 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie, 0900 Rheumatologie, 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie, Fälle mit Entlassung aus Fachabteilungen mit diesen Fachabteilungsschlüsseln werden quantitativ der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet.
Geräte:	Sonographiegerät, Osteodensitometrie
Fachärzte:	FA Innere Medizin und Rheumatologie
Verfügbarkeit:	3 FÄ (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7
Sonstige Struktur- und Prozesskriterien:	G-BA/Bund: Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV (derzeit 1:13 tagsüber; 1:30 nachts). Land-NRW: Interdisziplinäre Fallkonferenzen, physiotherapeutische, ergotherapeutische, schmerztherapeutische Kompetenz am Standort

⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ in „Rheumatologie“ umzubenennen.**

50 Die NRW-Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ steht weder nach ihrer Definition noch nach den geforderten Mindeststrukturkriterien in Bezug zu einer Erbringung von besonders „komplexen“ rheumatologischen Leistungen am Standort. Sofern es keine Sub-Differenzierung der Leistungsgruppen geben wird, sollte nicht suggeriert werden, dass bei Vorhandensein der Leistungsgruppe eine besondere Subspezialisierung auf komplexe rheumatologische Fälle am Standort erfolgt. Da
55 die Leistungsgruppen nach Wunsch des BMG auch zu einer „Qualitätstransparenz“ beispielsweise im Rahmen eines Transparenzverzeichnis beitragen sollen, sollten erklärungsbedürftige Bezeichnungen vermieden werden. Auch bei anderen internistischen Facharztkompetenzen wurden Leistungsgruppen ähnlich verwirrend benannt.

Definition der Leistungsgruppen

In der NRW-Krankenhausplanung definiert sich die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“
60 über die Weiterbildungsordnung (Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie). Eine Falldefinition, wie sie unter dem Punkt 3.1 des Eckpunktepapiers vom 10.07.2023 [3] gefordert wird, existiert im NRW-Modell nicht. Die DGRh und der VRA haben ausführlich dargestellt, dass eine Falldefinition – selbst unter Nutzung des Fachabteilungsschlüssels – schwer realisierbar sein dürfte [2]. Die Zürcher Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), die eine Falldefinition nutzen, sind nicht
65 geeignet, die akutstationäre Rheumatologie in Deutschland zu beschreiben [2].

- ⇒ Die DGRh und der VRA empfehlen zunächst von einer Falldefinition der Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“ Abstand zu nehmen und wie in NRW die quantitative Planung über die allgemeine Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ vorzunehmen. Diese Empfehlung steht unter dem Vorbehalt, dass sich die geplante neue „Vorhaltefinanzierung“ nicht nachteilig auf die Spezialisierungen in der Inneren Medizin auswirkt.

Die Entwicklung von trennscharfen Leistungsgruppenelementen in Fachgebieten, die keine exklusiven Prozeduren nutzen, stellt eine große Herausforderung dar und ist mit einem hohen Fehlsteuerungspotenzial verbunden. Um den Zeitplan der Reform nicht zu gefährden und Fehlallokationen zu vermeiden, sollte der Abgrenzung der konservativen internistischen Leistungsgruppen genug Zeit gewidmet werden. Aufgrund der hohen Bedeutung für eine abstrakte und mit vielen Automatismen versehenen Finanzierungslogik müssen Fehler vermieden werden. Das Ziel der Reform ist eine Erhöhung der Qualität der Versorgung. Werden qualitativ hochwertige und funktionale Versorgungsstrukturen aufgrund von Automatismen bei technischen Unzulänglichkeiten in der Methodik gefährdet, läuft dies den Zielen der Reform zuwider.

- ⇒ Die DGRh und der VRA empfehlen die Rheumaorthopädie aus der Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“ auszugliedern.

Wie dargestellt definiert sich die NRW-Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ sinnvollerweise über die Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie. Widersprüchlicherweise werden aber auch Fälle, die aus einer Fachabteilung für Rheumaorthopädie (Fachabteilungsschlüssel 2309 „Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie“) dieser Leistungsgruppe bzw. der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet. Auch bei den fachärztlichen Vorgaben wird die Qualifikation „FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie“ alternativ zur fachärztlichen Qualifikation der Inneren Medizin und Rheumatologie zugelassen. Formal könnte daher in NRW auch eine reine Orthopädie die Leistungsgruppe zugewiesen bekommen, wenn drei Vollzeitäquivalente mit der Zusatzweiterbildung vorgehalten werden. Ein Zusammenhang mit einer fach-rheumatologischen Behandlung muss nicht bestehen. Der Fachabteilungsschlüssel 2309 sollte daher nicht mehr der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet werden.

Gegenseitige Abhängigkeiten von anderen Leistungsgruppen

Im NRW-Modell wird die Erbringung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ oder einer Leistungsgruppe aus dem Bereich des Leistungsbereichs „Orthopädie und Unfallchirurgie“ (d.h. mindestens eine der endoprothetischen Leistungsgruppen oder die Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“) am Standort gefordert. Mittelbar wird damit auch die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“, die wiederum Voraussetzung für die unmittelbar geforderten Leistungsgruppen ist, vorausgesetzt.

- ⇒ Die DGRh und der VRA empfehlen ausschließlich die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ als Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“ zu fordern. Für Fachkliniken, die keine internistische Grundversorgung anbieten, muss es - wie in NRW - Ausnahmen geben. Von Fachkliniken sind lediglich die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zu fordern, die zur Erbringung der rheumatologischen Versorgung auch medizinisch erforderlich sind. In Bezug auf den Leistungsbereich „Orthopädie und Unfallchirurgie“ ist eine Kooperation ohne Qualitätseinbuße ausreichend. Ein ausschließliches orthopädisches Leistungsangebot unter der Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“ ist irreführend und nicht sachgerecht.

110 Die Vorhaltung einer Leistungsgruppe aus dem Leistungsbereich „Orthopädie und Unfallchirurgie“ in einer ODER-Verknüpfung zur Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ ist der widersprüchlichen Konstruktion als gemeinschaftliche Leistungsgruppe der Inneren Medizin mit der Orthopädie geschuldet (s.o.). Dennoch erscheint es medizinisch sinnvoll, eine Kooperation mit einem Standort, der (rheuma-)orthopädische Leistungen anbietet, zu pflegen. Am Standort selbst, ist dies jedoch nicht erforderlich, da die notwendigen orthopädischen Leistungen elektiv erbracht werden können.

115 Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ selbst ist im NRW-Modell keine Voraussetzung für die Erbringung anderer Leistungsgruppen. Auch wenn viele Erkrankte von der Einbindung rheumatologischen Sachverständes in unterschiedlichen Kontexten profitieren würden, wäre die Forderung nach der Vorhaltung der Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“, die in der Regel mit einer eigenständigen Fachabteilung einherginge, überzogen und aufgrund des Mangels an fachärztlichen Ressourcen auch gar nicht realisierbar. Allerdings könnte es sinnvoll sein, beispielsweise in
120 der Onkologie eine Kooperation mit einem Standort, der die Leistungsgruppe „[Komplexe] Rheumatologie“ vorhält zu fordern, um die Möglichkeit der Einbindung von rheumatologischem Sachverständ bei rheumatologischen Immunreaktionen im Rahmen onkologischer Therapien sicherzustellen. In den seltensten Fällen wird dabei die direkte Anwesenheit eines Facharztes oder Fachärztin für Rheumatologie erforderlich sein, so dass sowohl konsiliarische als auch telemedizinische Lösungen über weitere Entfernungen zulässig sein sollten.
125

Mindestvoraussetzungen (Qualitätskriterien) und Auswahlkriterien

Die Mindestvoraussetzungen sollen für sämtliche 65 Leistungsgruppen über den Medizinischen Dienst (MD) geprüft werden. Damit ist ein erheblicher bürokratischer Aufwand verbunden und Streitigkeiten über die Auslegung nicht präziser Qualitätskriterien wahrscheinlich. Aufgrund der Relevanz für komplexe Verteilungsmechanismen (Berechnung und Verteilung des Vorhaltebudgets auf Landesebene) sollten langwierige Rechtstreitigkeiten über die Ergebnisse der Prüfungen vermieden werden. Die Interpretation der Strukturkriterien der OPS-Komplekkodes in den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V durch den MD lassen befürchten, dass diese streng formalistisch ausgelegt und neben der Nichterfüllung der Qualitätskriterien selbst auch auf vereinzelte Dokumentationslücken in längeren Prüfabschnitten (z.B. 3-Monatszeiträume) abzielen.
130
135

⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen daher ausschließlich Qualitätskriterien zu nutzen, die**

- 1. wirklich für die Versorgung in der Leistungsgruppe relevant sind,**
 - 2. zwischen qualitativ hochwertiger und qualitativ minderwertiger Versorgung unterscheiden helfen und**
 - 3. klar operationalisierbar sind.**
- 140

Im Folgenden werden die Mindestvoraussetzungen des NRW-Modells für die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ anhand dieser Kriterien überprüft.

Vorhaltekosten sind abhängig von Mengen und Synergieeffekten. Da Vorhaltekosten damit allenfalls marginal mit den Mindestvoraussetzungen korrelieren dürften [2], enthalten die folgenden Ausführungen der DGRh und des VRA keine Bewertung, ob die Mindestvoraussetzungen des NRW-Modells für eine sachgerechte Vorhaltevergütung nützlich sind. Die Bildung von vorhaltekostenhomogenen Fallgruppen ist keine Aufgabe, welche die DGRh und der VRA ohne datenbasierte Hilfestellungen übernehmen könnte.
145

Vorhaltung Geräte

Die akutstationäre Rheumatologie weist einen geringen proprietären Technisierungsgrad auf. Die
150 notwendige Labordiagnostik und Bildung dürften an jedem Standort verfügbar sein.

⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen die Vorhaltung eines „Sonographiegeräts“ und einer „Osteodensitometrie“ aus den Mindestvoraussetzungen zu streichen.**

Beide Voraussetzungen an die vorzuhaltenden Geräte sind weder präzise (Was für ein Sonographie-
155 gerät? Welche Art der Osteodensitometrie?) noch diskriminierend. Wäre tatsächlich an einem Standort die Leistungsgruppe wegen fehlender Geräte gefährdet, könnten diese ohne große Investitionen beschafft werden. Dass diese tatsächlich genutzt werden (können), wird nicht gefordert. Handlungskompetenzen in Zusammenhang mit bildgebenden Verfahren (Ultraschall von Gelenken, Weichteilen und Blutgefäßen, Osteodensitometrie und Kapillarmikroskopie) sind Bestandteil der Weiterbildungsordnungen und der rheumatologischen Praxis. Entsprechende Expertise wird daher
160 bereits über die fachärztlichen Mindestvorgaben abgesichert.

Aus den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist bekannt, dass der MD bei Geräten teilweise mi-
nutiös die Einhaltung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) überprüft. Dies führt zu erheblichem Prüfaufwand, dem häufigen Nachweis von Dokumentationslücken und damit auch zu einer Gefährdung der rheumatologischen Versorgung, wenn diese wegen Dokumentations-
165 lücken in der Anwendung der MPBetreibV für ein „Sonographiegerät“ krankhausplanerisch in Frage gestellt wird. Nachlässigkeiten bei der Einhaltung der MPBetreibV wären sinnvollerweise durch Verbesserungsmaßnahmen zu beheben und nicht durch Schließungen von rheumatologischen Standorten wegen vermeintlicher Qualitätsdefizite in der Patientenversorgung.

Fachärztliche Vorgaben

⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen die Qualifikation „FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie“ zu streichen.**

Die Anrechnung orthopädischer fachärztlicher Qualifikation ist der widersprüchlichen Konstruktion
als gemeinschaftliche Leistungsgruppe der Inneren Medizin mit der Orthopädie geschuldet (s.o.). Im Rahmen der Ausgliederung der Orthopädie aus der Leistungsgruppe sind auch die fachärztlichen Vorgaben entsprechend zu bereinigen. Die Vorhaltung von drei Vollzeitäquivalente erscheint
175 sinnvoll. So kann eine tägliche Verfügbarkeit auch bei Krankheiten und anderen Abwesenheiten sichergestellt werden.

Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen die „Interdisziplinären Fallkonferenzen“ zu streichen.**

Regelmäßige interdisziplinären Fallkonferenzen sind in der akutstationären Rheumatologie weder
180 medizinisch notwendig noch sinnvoll. Die Forderung würde zum Aufbau medizinisch nicht notwendiger Prozesse und deren aufwändigen Überprüfung (der MD prüft regelhaft Teilnehmerlisten) führen. Dies bedeutet nicht, dass interdisziplinäre Besprechungen bei bestimmten rheumatologischen Krankheitsbildern (wie z. B. bei Nieren- oder Lungenbeteiligung) nicht wichtig sein können. Die rein muskulo-skelettal betroffenen Rheumakranken profitieren hiervon jedoch nicht. Zudem ist nicht definiert, welche Fachdisziplinen an den regelmäßigen Fallkonferenzen teilnehmen sollten. Medi-
185 zinisch wäre diese Frage an das jeweilige Behandlungsspektrum des Standortes mit der rheumato-

logischen Leistungsgruppe anzupassen. Fallkonferenzen sind ohnehin ein Prozess- und kein Strukturmerkmal und eignen sich damit kaum für krankenhauplanerische Fragestellungen, bei denen der Bedarf und die adäquate strukturelle Ausstattung von bedarfsnotwendigen Standorten im Vordergrund stehen.

190 ⇒ **Die DGRh und der VRA empfehlen die „schmerztherapeutische Kompetenz am Standort“ zu streichen.**

Die Vorhaltung von schmerztherapeutischer Kompetenz am Standort ist zweifelsfrei von essenzieller Bedeutung in der akutstationären Rheumatologie. Schmerztherapeutische Kompetenz ist aber eine Kernkompetenz der fachärztlichen Qualifikation in der Rheumatologie. Daher ist der Nachweis
195 der schmerztherapeutischen Kompetenz bereits ausreichend durch die Vorhaltung der drei Vollzeitäquivalente fachärztlicher rheumatologischer Qualifikation abgesichert und bedarf somit keiner redundanten Aufführung unter den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien. Die Aufführung ohne klare Operationalisierung könnte sonst den Schluss zulassen, dass zusätzlich zur rheumatologischen schmerztherapeutischen Kompetenz auch noch eine weitere, nicht-rheumatologische schmerztherapeutische Kompetenz gefordert wäre. Dies wäre aber weder aus medizinisch-qualitativen Gründen
200 notwendig noch aus Aspekten der Ressourcenallokation sinnvoll.

Da die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ in NRW nicht quantitativ beplant wird, sondern die besondere fachärztliche Kompetenz am Standort darstellt, sind Auswahlentscheidungen in NRW nicht notwendig. Konsequenterweise wurden daher in NRW auch keine Auswahlkriterien formuliert. In den Eckpunkten vom 10. Juli [3] finden sich keinerlei Hinweise auf Auswahlentscheidungen und -kriterien. Möglicherweise soll dies den einzelnen Bundesländern und ihren Krankenhausgesetzen überlassen werden, die auch verfassungsrechtlich zur konkreten Krankenhausplanung und der Ausgestaltung der dafür erforderlichen Regelungen bestimmt sind. Da derzeit von einer Unterversorgung mit akutstationären rheumatologischen Versorgungsangeboten ausgegangen
205 werden muss, dürften Auswahlentscheidungen selten notwendig werden.

210 ⇒ **Die DGRh und der VRA verzichten daher zum jetzigen Zeitpunkt, spezielle Auswahlkriterien zu empfehlen.**

Hierarchisierung der Leistungsgruppen

Das NRW-Modell nutzt spezifische Leistungsgruppen mit Falldefinition und allgemeine Leistungsgruppe, bei denen die Fallzuordnung über den Fachabteilungsschlüssel der entlassenden Fachabteilung erfolgt. Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“, die selbst nicht quantitativ beplant wird, wird in diesem Kontext der allgemeinen Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet. Da Behandlungsfälle häufig die Definition mehrere Leistungsgruppen erfüllen, bedarf es einer klaren Hierarchie („Grouper“), um Fälle eindeutig einer Leistungsgruppe zuzuordnen. Im NRW-Modell werden Fälle nur dann einer allgemeinen Leistungsgruppe zugeordnet, wenn sie
215 keiner spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden können. Kann ein Fall beispielsweise über den OPS der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ zugeordnet werden, wird er nicht noch einmal der Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ zugeordnet, auch wenn er aus einer entsprechenden Fachabteilung entlassen wurde. Für die 41 spezifischen Leistungsgruppen wurde nochmals eine Hierarchie aufgebaut, die sich überwiegend am Casemix-Index der Fälle orientiert. Fälle, die eine rheumatologische Behandlung erfahren haben, werden in NRW daher nur dann der Leistungsgruppe
220 „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet, wenn sie nicht die Definition einer spezifischen Leistungs-

gruppe erfüllen. Wird beispielsweise während des stationären Aufenthalts eine invasive kardiologische Diagnostik (Herzkatheteruntersuchung) durchgeführt, wandert der Fall in die Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“, auch wenn der Behandlungsschwerpunkt in der Rheumatologie lag.

230 Ob die Hierarchisierung aus NRW, die für die Krankenhausplanung einen pragmatischen Ansatz darstellt, auch für das bundesweite Leistungsgruppen-System übernommen wird, ist dem Eckpunktepapier [3] nicht zu entnehmen. Die hierarchisch höher platzierten Leistungsgruppen enthalten immer auch Anteile von Vorhaltekosten niedriger priorisierter Leistungsgruppen. Bei der Verteilung von Vorhaltebudgets ist dies zwingend zu berücksichtigen.

235 ⇒ **Die DGRh und der VRA fordern eine sachgerechte Kalkulation und Verteilung der Vorhaltebudgets. Nicht sachgerechte Auswirkungen bei der Nutzung eines Leistungsgruppen-Groupers sind ggf. zu korrigieren.**

Fall- und Leistungsgruppenzuordnung zum Standort bei krankenhausernen Verlegungen

Grundsätzlich besteht eine Diskrepanz zwischen der Ebene der Krankenhausplanung, die sich stets auf einen einzelnen Standort bezieht (der entsprechend auch die Mindestvoraussetzungen erfüllen muss), und der Abrechnungs- und Budgetebene, die stets das gesamte Krankenhaus (Institutsken-
240 nzeichen) betrachtet. Sollen krankenhausernen verlegte Behandlungsfälle mit ICD- und OPS-Kodes im Abrechnungsdatensatz, Leistungsgruppen und diese dann einem einzelnen Standort zugeordnet werden, so müssen hierfür Regeln erstellt werden. Bei der Krankenhausplanung in NRW wurden Fälle mit ihrer Leistungsgruppe stets dem entlassenen Standort zugeordnet, auch wenn die Leistungen,
245 die zur Leistungsgruppenzuordnung geführt haben, gar nicht am entlassenden Standort erbracht (und entsprechend dort meist auch nicht die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppe erfüllt waren) wurden. Was bei einer groben Krankenhausplanung mit erheblichen Schwankungsbreiten und vielen Ausnahmemöglichkeiten akzeptabel erscheint, ist bei einer automatisierten Umverteilung von „Vorhaltebudgets“ mit der Gefahr von Fehlallokationen verbunden. Den Eck-
250 punkten vom 10. Juli [3] ist nicht zu entnehmen, wie die Diskrepanz zwischen Krankenhäusern und ihren Standorten aufgehoben werden soll. Krankenhaus und Krankenhausstandort werden – wie bereits in der 3. Stellungnahme der Regierungskommission – häufig synonym verwendet. So ist beispielsweise zu erwarten, dass die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ an mehreren unterschiedlichen Standorten eines Krankenhauses (mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten und Vorhaltekosten) vorgehalten wird.
255

⇒ **Die DGRh und der VRA fordern eine sachgerechte Zuordnung von Leistungsgruppen zu Standorten und die zielgerichtete Verteilung der Vorhaltebudgets.**

Versorgungsqualität in der akutstationären Rheumatologie

Das Eckpunktepapier formuliert drei zentrale Ziele, die mit der Krankenhausreform verfolgt werden sollen [3]: 1. Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), 2. Sicherung und Stei-
260 gerung der Behandlungsqualität sowie 3. Entbürokratisierung. Der DGRh und dem VRA erschließt sich nicht, wie diese drei Ziele durch die geplante Krankenhausreform in Bezug auf die akutstationäre Rheumatologie erreicht werden sollen. Die Eckpunkte geben hierzu keine Hinweise. Insbesondere bleibt unklar, wie es durch die bei den Leistungsgruppen hinterlegte Qualitätsvoraussetzungen
265 zu einer nennenswerten qualitativen Verbesserung der akutstationären rheumatologischen Versorgung kommen soll.

Der VRA ist seit vielen Jahren aktiv bemüht, die Qualität in Rheumakliniken zu verbessern. Es wurden neben Projekten zur Strukturqualität auch Projekte zur Prozess- und Ergebnisqualität mit entsprechenden Maßnahmen zur realen Qualitätsverbesserung angestoßen und durchgeführt [4,5,6,7]. Die Aktivitäten, die aus Peer-Groups entstammen, sind im Vergleich zu den Reformplänen deutlich konkreter und stellen aus Perspektive der Erkrankten einen realen Qualitätszuwachs dar.

Anders als möglicherweise bei hoch-komplexen Eingriffen ist in der Rheumatologie und ihren Subspezialisierungen nicht die Größe des Krankenhauses oder der Klinik das aussagefähigste Qualitätskriterium.

⇒ **Die DGRh und der VRA lehnen für die Rheumatologie die simple Verknüpfung von Mindestanforderungen sowie Krankenhausgröße einerseits und Behandlungsqualität andererseits ab. Diese würde die Versorgungsrealität außer Acht lassen und weder einer sinnvollen Patientensteuerung dienen, noch die Motivation von medizinischem Personal in hierdurch „herabgestuften“ Kliniken fördern.**

Bedenklich stimmen in diesem Kontext die derzeitigen Planungen für ein Krankenhaustransparenzgesetz. Die für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ - mit viel bürokratischem Aufwand in Krankenhäusern - auf Standortebelegbaren Variationen in Fallzahl, Versorgungsstufe, personeller Ausstattung (Pflege/ärztliches Personal) und Leistungsumfang haben keinen erkennbaren Bezug zu Qualitätsunterschieden, sondern repräsentieren unterschiedliche fachliche Ausrichtungen und unvermeidbare methodische Unzulänglichkeiten aufgrund der Leistungsgruppen- und Standortzuordnung. Das Gleiche würde für eine Leistungsgruppe „~~Komplexe~~ Rheumatologie“ gelten, wenn tatsächlich das InEK für diese eine standortbezogene Fallzuordnung entwickeln würde. Selbst wenn eine trennscharfe Falldefinition für diese rheumatologische Leistungsgruppe gelänge, würden weiterhin unterschiedliche Subspezialisierungen und Strukturen der Rheumatologie (z.B. hinsichtlich vorwiegender Behandlung von Gelenk- oder immunologischen Systemerkrankungen) unter dieser Leistungsgruppe subsummiert [2]. Unterschiede in Fallzahl, Versorgungsstufe, personeller Ausstattung und Leistungsumfang wären primär Ausdruck der unterschiedlichen fachlichen Ausrichtung und des damit einhergehenden, aus bereits rein medizinischen Gründen unterschiedlichen Personalbedarfs. Ohne Adjustierung im Hinblick auf Subspezialisierung und Strukturen wäre eine Veröffentlichung der Daten im Rahmen eines „Transparenzverzeichnis“, das sich eine Aufklärung der Bevölkerung zum Ziel setzt, fragwürdig und unwissenschaftlich. Patientinnen und Patienten würden Qualitätsunterschiede suggeriert, die einer objektiven Überprüfung niemals standhalten würden. Es ist zu befürchten, dass Patientinnen und Patienten auf diese Weise für Sie nicht optimal geeignete Krankenhausstandorte auswählen.

Literatur

- 1 Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html>
- 2 Fiori W, Lakomek HJ, Specker C, Bessler F, Held J, Klemann A, Kötter I, Krause A, Noack R, Strunk J, Roeder N. Die akutstationäre Rheumatologie im Kontext der grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung. Das Krankenhaus 07/2023:602-615
- 3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunkt-papier_Krankenhausreform.pdf

-
- 4 Lakomek HJ, Neeck G, Lang B, Jung J. Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken--Projektgruppenarbeit des VRA. *Z Rheumatol.* 2002 Aug;61(4):405-14. doi: 10.1007/s00393-002-0429-z. PMID: 12426846.
 - 5 Lakomek HJ, Braun J, Gromnica-Ihle E, Fiehn C, Claus S, Specker C, Jung J, Krause A, Lorenz HM, Robbers J. Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie. Ein zukunftsweisendes Projekt. *Z Rheumatol.* 2011 Sep;70(7):615-9. doi: 10.1007/s00393-011-0841-3. PMID: 21858486.
 - 6 Roeder N, Lakomek HJ. Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung (obra)" - Projekt des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e.V.). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011;105(5):343-9. doi: 10.1016/j.zefq.2011.05.013. PMID: 21767791.
 - 7 Lakomek HJ, Rudwaleit M, Hentschel A, Broge B, Abrolat J, Bessler F, Hellmich B, Klemann A, Krause A, Klass M, Strunk J, Fiori W, Roeder N, Braun J. Qualität in der akutstationären Rheumatologie 2021: Aktuelle Aspekte zum KOBRA-Qualitätslabel des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e.V.). *Z Rheumatol.* 2021 Oct;80(8):758-770. doi: 10.1007/s00393-021-01015-1. PMID: 33999267.