

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



Was bedeutet die Krankenhausreform für die Rheumatologie? DGRh und VRA benennen Voraussetzungen für die Rheumakliniken

Die Krankenhausreform des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ist in aller Munde. Fachkreise und Publikumsmedien diskutieren sie gleichermaßen breit und kontrovers. Wie die Reform ausgestaltet werden soll, ist jedoch noch weitgehend unklar. In diesem Prozess ist auch die Expertise der medizinischen Fachgesellschaften explizit gefragt. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) bezieht nun Stellung: Gemeinsam mit dem Verband der Rheumatologischen Akutkliniken (VRA) benennt sie die Hürden des Vorhabens und formuliert Voraussetzungen, die vor einer Umsetzung erfüllt sein müssen. Die Stellungnahme erschien in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ [1].

Nach dem Willen von Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach soll sich im Rahmen der Reform nicht nur die Struktur der Krankenhauslandschaft, sondern auch ihre Finanzierung grundlegend ändern. Qualität und Effizienz der Versorgung sollen steigen, Fehlanreize für eine Unter- oder Überversorgung schwinden. Bereits in dieser Hinsicht dämpfen die DGRh und der VRA die Erwartungen, denn „eine (fehl-)anreizfreie Krankenhausfinanzierung kann es nicht geben“, wie es im Positionspapier gleich zu Beginn heißt. Als Kern des Problems gelten gemeinhin die Diagnosegruppen oder DRGs. Diese orientieren sich vor allem an wirtschaftlichen Faktoren und vereinen zuweilen Diagnosen, die zwar mit vergleichbaren Kosten und Verweildauern verbunden sind, jedoch in unterschiedlichen Fachbereichen behandelt werden. „Damit sind sie für eine Krankenhausplanung allein nicht geeignet“, sagt Professor Dr. med. Christof Specker, Präsident der DGRh. An die Stelle der DRGs sollen daher laut Kommission so genannte Leistungsgruppen oder LG treten. Doch auch diese orientieren sich an kodierten Diagno-

sen (ICD) und Prozeduren (OPS), zuweilen auch an anderen Merkmalen wie dem Alter der Patienten. Einen Fortschritt gegenüber den DRGs erkennen die DGRh- und VRA-Experten darin bisher nicht und fordern, dass sich LG für die Krankenhausplanung an Krankenhausstrukturen und Leistungsangeboten orientieren.

Als Beispiel hierfür dient häufig das LG-System des Landes Nordrhein-Westfalen. Es sieht neben konkreten Falldefinitionen anhand von ICD und OPS auch allgemeine LG vor, die über den Fachabteilungsschlüssel definiert werden. „Hieraus ergeben sich jedoch neue Probleme“, sagt Specker. Zum einen sei die Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu einem Fachbereich nicht immer möglich. Denn oft durchlaufen diese mehrere Fachbereiche. Zum anderen nutzt die NRW-Krankenhausplanung eine Abfragehierarchie. Die auf dieser Liste weit unten stehenden Fachbereiche bekommen nur dann Fälle zugeordnet, wenn diese nicht auch einen der zuvor genannten betreffen. „Würden finanzielle Konsequenzen, Versorgungsaufträge oder Vorhaltebudgets an die so errechneten Fallmengen geknüpft, müsste die Verzerrung, die sich daraus ergibt, deutlich besser kontrolliert werden“, betont Specker. Insbesondere für große Fachbereiche wie die Innere Medizin stellt sich zudem die Frage: Wie fein darf eine Binnendifferenzierung der Leistungsgruppen in Teilgebiete und Spezialisierungen ausfallen, – zu letzteren zählt auch die Rheumatologie –, um die Behandlungsrealität akkurat abzubilden und trotzdem handhabbar zu bleiben?

Ein besonderes Problem aller internistischen Spezialisierungen ist dabei, dass es nur wenige exklusive OPS gibt, die sich ausschließlich einem Fachbereich zuordnen lassen. Zudem sind die internistischen Fachbereiche oft nicht klar voneinander abgrenzbar,

sodass auch hier die Fallzuordnung schwerfällt. „Derzeit ist die rheumatologische Komplexbehandlung, die einzige Leistung, die als exklusiv rheumatologisch gilt“, sagt Professor Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek, Geschäftsführer des VRA, und wie Specker einer der Autoren des Positionspapiers. Sie umfasst neben der medikamentösen Rheumatherapie auch eine gezielte Schmerztherapie, physio- und ergotherapeutische Anwendungen sowie oft auch eine psychologische Betreuung. In der Diskussion um Versorgungs- und Vergütungsstrukturen werde die akutstationäre Rheumatologie häufig mit einer rheumatologischen Komplexbehandlung gleichgesetzt. In der Realität macht die Komplexbehandlung aber nur 10 % der stationären Behandlungen in rheumatologischen Kliniken und Fachabteilungen aus und beschränkt sich weitgehend auf spezialisierte Rheumatologische Fachkliniken. Qualifizierte akutstationäre rheumatologische Versorgung findet jedoch auch in anderen Krankenhäusern mit rheumatologischen Abteilungen statt – bleibt aber oft unsichtbar. „Rund 50 % der Fälle mit typisch rheumatologischen Diagnosen werden in Fachabteilungen behandelt, deren Fachabteilungsschlüssel die rheumatologische Expertise nicht widerspiegelt“, erläutert Lakomek. Bei einigen rheumatologischen Erkrankungen liege dieser Anteil sogar über 75 %. Diese Fälle gingen der Rheumatologie bei einer Orientierung der LG an Fachabteilungsschlüsseln daher verloren.

Unabhängig vom konkreten Zuschnitt der Leistungsgruppen stellen die Autoren [1] prinzipiell infrage, ob Entscheidungen über Krankenhausstruktur und -finanzierung über dasselbe LG-System adressiert werden sollten. Solange wichtige Rahmenbedingungen wie diese nicht geklärt seien, sei eine Diskussion über die Anzahl und Definition der LG weder sinnvoll noch zielführend, so

die DGRh- und VRA-Vertreter. Gleichwohl appellieren sie an alle wissenschaftlichen Fachgesellschaften, sich mit der komplexen Thematik auseinanderzusetzen. Nur so können sie ihre unverzichtbare Expertise in die Diskussion einbringen und dazu beizutragen, dass die dringend benötigte Reform zu einem langfristig positiven Ergebnis führt.

red.

Literatur

- [1] Wolfgang Fiori W et al. Die akutstationäre Rheumatologie im Kontext der „grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“. Das Krankenhaus 2023; 7: 602–615

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh), Berlin

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Direktor Universitätsklinik für Geriatrie

Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden

Tel.: 0571/790 3801

Fax: 0571/790 29 3800

E-Mail: lakomek@vraev.de

Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.

E-Mail: lakomek@vraev.de