

## Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



### Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) und des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vom 13. März 2024 – Teil 1<sup>1</sup>

Im April 2023 haben der VRA-Vorstand und der DGRh-Vorstand die Arbeitsgruppe „Krankenhausfinanzierung“ gegründet und haben seitdem verschiedene Stellungnahmen z. B. gegenüber dem BMG, der AWMF, der DGIM und den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages abgegeben.

#### Allgemeine Stellungnahme

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) und der Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) möchten die Gelegenheit nutzen, auf ihrer Meinung nach bedeutende Fehlkonstruktionen und Probleme der Regelungen im Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), insbesondere im Hinblick auf die akutstationäre Rheumatologie, hinzuweisen. Die im Gesetzentwurf genannten zentralen Ziele: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung werden von der DGRh und dem VRA vorbehaltlos unterstützt. Auch das nicht mehr genannte zentrale Ziel der „Entökonomisierung“, sofern hiermit die Reduktion ökonomischer Zwänge auf medizinische Entscheidungen verstanden wird, wäre ein lohnendes Ziel für eine Reform der Krankenhausfinanzierung.

Die im Referentenentwurf genannten Maßnahmen und ihre technische Umsetzung las-

sen jedoch nicht erkennen, wie die genannten Ziele erreicht werden sollen. Insbesondere für die akutstationäre Rheumatologie wäre bei einer Umsetzung der Maßnahmen keine Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität zu erwarten. Durch den selbst bei Unterversorgung bedarfsunabhängig geplanten Abbau der Versorgungsstrukturen würde die akutstationäre rheumatologische Versorgung weder gesamt noch flächendeckend gewährleistet werden können. Die durch die geplante Finanzierungsmethodik neu gesetzten ökonomischen Anreize würden mit einem sachgerechten medizinischen Vorgehen kollidieren. Eine Entbürokratisierung für klinisch tätiges Personal ist durch die Reform nicht zu erwarten – eher im Gegenteil.

Die DGRh und der VRA halten eine über Leistungsgruppen strukturierte Krankenhausplanung durchaus für sinnvoll. Hierzu bedarf es jedoch einer sorgfältigen Entwicklung eines brauchbaren Leistungsgruppensystems mit dazu passenden Qualitätskriterien. Weder das Leistungsgruppensystem aus NRW noch das Schweizer SPLG-System sind dazu geeignet, die für eine Krankenhausplanung relevanten Leistungen der akutstationären Rheumatologie sachgerecht abzubilden [1]. Vor Inkraftsetzung einer neuen Planungssystematik sind Bedarfs- und Wirkungsanalysen notwendig. Dies umso mehr, wenn auf Ausnahmeregelungen konsequent verzichtet werden soll. Möglichkeiten, auf Fehlentwicklungen eines auf Automatismen aufbauenden pauschalen Regelungssystems reagieren zu können, fehlen ebenfalls.

Ein Abbau von Versorgungskapazitäten darf nur dann erfolgen, wenn der Bedarf tatsächlich durch andere Krankenhausstand-

orte gedeckt werden kann. Ein denkbarer Zugewinn an Qualität durch Zentralisierung ist gegenüber dem Qualitätsverlust durch einen kompletten Wegfall der Versorgung andernorts oder lange Wartezeiten abzuwägen. Bislang ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber die potenziell negativen Einflüsse auf die Versorgung messen und evaluieren möchte. Reine Fahrzeitanalysen zu Krankenhausstandorten sind wenig hilfreich, wenn diese die Versorgung aus Kapazitätsgründen nicht übernehmen können. Sind Versorgungsstrukturen einmal zerstört, ist es teuer und insbesondere im ländlichen Bereich derzeit fast unmöglich, diese wiederaufzubauen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass das Gesetz ohne eine entsprechende Wirkungsanalyse umgesetzt und lediglich im Nachgang, wenn es zu spät für Korrekturen ist, evaluiert werden soll.<sup>2</sup>

Die Reduktion der Versorger kann selbst bei einer Aufrechterhaltung der Deckung des Bedarfs einen negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität haben. Monopolbildungen und Wartelisten heben den Qualitätswettbewerb auf. Aufwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein Transparenzverzeichnis ergeben nur dann Sinn, wenn Wahlmöglichkeiten noch bestehen bleiben. Zumindest bei elektiven Leistungen und Leistungen, bei denen kein klarer Zusammenhang zwischen der Qualität und der Leistungsmenge besteht, hilft ein Wettbewerb der Versorgungsqualität.

<sup>2</sup> Interessanterweise soll das InEK in § 17b Abs. 4c KHG auch damit beauftragt werden, die „Qualität der Versorgung“ zu analysieren. Die Qualitätsanalyse soll nach der Gesetzesbegründung auf Basis der Daten nach § 21 KHEntG erfolgen. Eine externe Vergabe oder eine Einbindung des IQTIG ist nicht vorgesehen.

<sup>1</sup> Teil 2 der Stellungnahme folgt in Ausgabe 6/2024.

Allgemein lässt sich feststellen, dass der Gesetzentwurf Instrumente und Mechanismen enthält, die undifferenziert, abstrakt und automatisiert wirken sollen, auch wenn sich die Versorgungslage (Bedarf, Entwicklung des Bedarfs, Ausgangslage, Leistungsgruppe, Bundesland) deutlich unterscheidet. Die DGRh und der VRA sind sich sicher, dass dieser „One-fits-it-all-Ansatz“ an der Realität scheitern wird.

Grundsätzlich halten es DGRh und VRA für sinnvoll, notwendige Vorhaltekosten nicht ausschließlich, wie in der bisherigen DRG-Systematik, überwiegend linear fallbezogen zu refinanzieren. Einer Weiterentwicklung des Vergütungssystems stehen DGRh und VRA offen gegenüber. Die Verknüpfung von Krankenhausplanung mit einem neuen Umverteilungssystem, das im Wesentlichen dazu dienen soll, Leistungsangebote auf weniger Standorte zu konzentrieren, halten DGRh und VRA jedoch nicht für zielführend. Die Komplexitätssteigerung und mangelnde Flexibilität dieser Konstruktion erscheinen gefährlich und würden dazu führen, dass Weiterentwicklungen oder Korrekturen von Fehlentwicklungen deutlich erschwert würden. Grundsätzlich scheint das Konzept, so wie es im Referentenentwurf dargestellt wird, auch nicht praxistauglich zu sein.

Durch die Reform wird der ökonomische Druck weiter steigen. Weiterhin bestimmen die Fallmenge und die Mittelwerte der DRG-Fallkostenkalkulation die Höhe der Vorhaltefinanzierung. Krankenhäuser mit geringen Fallmengen werden weiterhin durch die Mittelwerte nicht auskömmlich finanziert werden können. 60% von „zu wenig“ ist keine Existenzsicherung! Eine Abkehr von der mengenbasierten Finanzierungslogik einer einheitlichen Fallpauschalierung wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unseres Erachtens nicht erreicht. Die Finanzierung der notwendigen Investitionskosten bleibt weiter ungeklärt. Weder die Bereitschaft noch die Fähigkeit der Bundesländer zu einer auskömmlichen Investitionskostenfinanzierung ist zu erkennen. Da auf der anderen Seite die Möglichkeit, Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, weiter reduziert wird, muss sich das „Hamsterad“ umso schneller drehen. Es bleibt beim Anreiz, mit gegebener Minimalvorhaltung (Personal) so viel Leistung wie möglich zu erbringen, wobei nicht über Zusatzentgel-

te refinanzierte oder in den DRGs spezifisch abgebildete variable Kosten zu vermeiden sind. Es werden vielfach neue ökonomische Anreize gesetzt, die mit einer bedarfsorientierten Versorgung in Konflikt treten können. Es ist mit einer stärkeren Konfrontation des klinischen Personals mit den ökonomischen Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheidungen zu rechnen. Krankenhauscontroller werden versuchen, diese Prozesse mit der nötigen Transparenz zu unterstützen. Eine Entökonomisierung ist hierdurch nicht zu erwarten.

Auch wenn die Rheumatologie aufgrund der Behandlung von überwiegend chronischen Erkrankungen stets sektorenübergreifend zu betrachten ist, stellen die neuen geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine sinnvolle Struktur für eine sektorenübergreifende Rheumatologie dar, sondern fokussieren sich eher auf eine allgemeine Grundversorgung. Die DGRh und der VRA verzichten daher aufgrund mangelnder Betroffenheit, zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen differenziert Stellung zu nehmen. Aus dem gleichen Grund wird auch auf eine Stellungnahme in Bezug auf das Abrechnungsverbot onkologischer Leistungen bei niedriger Fallzahl verzichtet.

Die Teilnehmenden der Verbändeanhörung wurden am 13. April aufgefordert, kurzfristig bis zum 30. April zum Referentenentwurf vom 13. März Stellungnahmen abzugeben. Wenige Tage später wurde der Referentenentwurf vom 13. März durch einen Referentenentwurf mit Datum vom 15. April auf der Webseite des BMG ersetzt. Auch wenn sich bei cursorischer Durchsicht des neuen Dokuments keine relevanten Änderungen finden, bezieht sich diese Stellungnahme formal auf den Referentenentwurf vom 13. März 2024.

## Besonderheiten der akutstationären Rheumatologie und klinischen Immunologie mit Bezug zur geplanten Krankenhausreform

Der Bundesgesundheitsminister und seine beratende Expertenkommission gehen von

erheblichen Überkapazitäten in der deutschen Krankenhausversorgung aus. Begründet wird dies unter anderem mit dem Fallzahlrückgang während der COVID-19-Pandemie und dem fehlenden Wiederanstieg der Fallzahlen im Nachgang. Leerstehende Krankenhausbetten bei parallel bestehendem Mangel an Fachpersonal können jedoch wissenschaftlich kaum als Beleg für die geäußerte These von sinkendem Bedarf erhalten. Generell erschiene eine Kausalität zwischen der COVID-19-Pandemie und einem sinkenden Bedarf in der Bevölkerung erklärungsbedürftig.

Die akutstationäre Rheumatologie hatte einen stärkeren Fallzahlrückgang zu verzeichnen als andere Fachdisziplinen. Auch nach der Pandemie wurden temporär umgewidmete Versorgungsstrukturen in Krankenhäusern nicht wieder durch rheumatologische ersetzt. Die akutstationäre Rheumatologie erzielt in Allgemeinkrankenhäusern im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen keine besonders hohen Deckungsbeiträge. Durch die 2-jährige Dämpfung der Bewertungsrelationen für Leistungen mit überproportionalem Fallmengenrückgang im Rahmen der DRG-Kalkulation ist akutstationäre Rheumatologie derzeit kaum kostendeckend zu betreiben. Ungeachtet all dessen ist unbestritten, dass eine erhebliche Unterversorgung von Rheumakranken sowohl im akutstationären als auch im ambulanten Setting besteht. Die Wartezeiten für Rheumakranke sind bereits bedenklich. Fallzahlrückgang und Versorgungsbedarf stehen in der Rheumatologie in keinem kausalen Zusammenhang.

Alle Mechanismen, die undifferenziert und vom Bedarf abgekoppelt Versorgungsstrukturen reduzieren wollen, führen in der akutstationären Rheumatologie zu einer qualitativ schlechteren Versorgung von Menschen mit Rheuma. Dies gilt umso mehr, als dass es in der akutstationären Rheumatologie und ihren Subspezialisierungen für den in der Vermittlung des Abbaus der Versorgungskapazitäten wiederholt bemühten Zusammenhang von Krankenhausgröße bzw. Fallmenge weder Evidenz noch logische Hinweise gäbe. Eine Konzentration der Versorgungsstrukturen ist für Rheumakranke in der Regel nicht von Vorteil. Ganz im Gegenteil profitieren die meisten Rheumakranken, die häufig unter beeinträchtigen-

den Funktionseinschränkungen leiden, von einer möglichst wohnortnahen Versorgung. Eine wohnortnahe Versorgung ist auch deshalb sinnvoll, weil die Versorgung sinnvollerweise sektorübergreifend, zumindest lokal gut vernetzt erfolgen sollte. Die Verlagerung einzelner akutstationärer Aufenthalte an weit entfernt liegende Krankenhausstandorte, die die vor- und nachgelagerte Versorgung deutlich schlechter organisieren können, bietet keine erkennbaren Vorteile für das Gros der Rheumakranken.

Ein wichtiger Grund für die akutstationäre und ambulante Unterversorgung von Rheumakranken ist die geringe Zahl ärztlichen Personals, das die Weiterbildung zur Facharztanerkennung abschließt. Bei der geplanten Reform sind daher die Auswirkungen auf die bereits in zu geringem Umfang erfolgende Weiterbildung genau zu beachten. Eine Reduktion der Weiterbildungsstätten wird sich nicht positiv auf die fachärztliche Weiterbildung in der Rheumatologie auswirken.

Die akutstationäre Rheumatologie weist inhaltliche und strukturelle Subspezialisierungen auf und einen hohen Grad der Versorgung durch Fachkliniken [1]. Die Rheumatologie und klinische Immunologie widmen sich häufig der Behandlung von immunologischen Systemerkrankungen mit vielen unterschiedlichen Organmanifestationen. Entsprechend bestehen unterschiedliche Schnittstellen zu anderen Fachdisziplinen. Auf der anderen Seite besitzen die akutstationäre Rheumatologie und klinische Immunologie wiederum nur wenig Alleinstellungsmerkmale in Bezug auf OPS-Kodes, ICD-Kodes und notwendige Geräteleistungen. Die rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Klasse 8–983) stellt die einzige überwiegend exklusive akutstationäre Leistung der Rheumatologie dar. Sie beschreibt einen Behandlungskomplex, ist aber keine an sich komplexe Leistung. In keiner Weise definiert sie das Fachgebiet. Die meisten Rheumakliniken erbringen diese Leistungen gar nicht. Viele Rheumakliniken erbringen die rheumatologische Komplexbehandlung nur bei wenigen Fällen. Nur einige Fachkliniken haben sich auf die rheumatologische Komplexbehandlung spezialisiert. An Universitätskliniken wird die rheumatologische Komplexbehandlung z. B. gar nicht erbracht. Das Konzept der Mindestvorhaltezahlen, das eine schlechte Versorgungsqualität bei nied-

riger Fallzahl unterstellt und eine Zentralisierung beschleunigen soll, hätte in der akutstationären Rheumatologie eine potenziell negative Auswirkung auf die Versorgungsstrukturen ohne Zugewinn an Versorgungsqualität.

## Stellungnahme zu den Einzelaspekten des Gesetzentwurfes

### Keine sinnvollen Leistungsgruppen für die Rheumatologie und klinische Immunologie ersichtlich

Zentrales Element der Reformpläne sind Leistungsgruppen. Diese sollen einerseits dazu dienen, die Krankenhausplanungen der Bundesländer zu vereinheitlichen und zu strukturieren sowie andererseits Voraussetzung für die Teilhabe an der Verteilung der Vorhaltepauschalen sein. Ausgangsbasis soll – zumindest nominell – das Leistungsgruppen-System aus NRW sein. Ab 2027 will das BMG ein eigenes Leistungsgruppen-System einsetzen, das bis zum 31. März 2025 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden soll. Möglicherweise könnte diese Rechtsverordnung auch noch zeitlich vorgezogen werden.

Die akutstationäre Versorgung von Rheumaerkrankten findet mit sehr unterschiedlichen Schwerpunkten in sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen statt. Eine Arbeitsgruppe der DGRh und des VRA haben in Stellungnahmen [2] und der bereits genannten Veröffentlichung [1] die unterschiedlichen Fallkollektive und Behandlungsstrukturen in der akutstationären Rheumatologie ausführlich dargestellt. Während die Beschreibung unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in der akutstationären Rheumatologie und klinischen Immunologie möglich ist, kann eine eindeutige und exklusive Fallzuordnung nicht erfolgen. Proprietäre ICD- oder OPS-Kodes, die eine Abgrenzung der akutstationären Rheumatologie und klinischen Immunologie von anderen Fachgebieten oder Leistungsgruppen ermöglichen könnten, existieren nicht und wären daher auch nicht einfach zu entwickeln.

Die einzige relativ spezifische „rheumatologische“ Leistung, die jedoch auch von Orthopäden/Unfallchirurgen erbracht werden darf, stellt die rheumatologische Komplexbehand-

lung (OPS-Klasse 8–983) dar. Nur 18 Standorte in ganz Deutschland (darunter ein orthopädischer) haben nach den Qualitätsberichten aus 2022 mehr als 100 OPS-Kodes aus der OPS-Klasse 8–983 erbracht; nur 27 (darunter 2 orthopädische) mehr als 50-mal. Nur in 9 Bundesländern wurde die Leistung überhaupt mehr als 100-mal erbracht. Die Versorgung der Stadtstaaten Hamburg und Bremen erfolgt komplett durch die umliegenden Bundesländer. Für die meisten Rheumakliniken stellt die rheumatologische Komplexbehandlung keine oder nur eine von vielen, aber nicht die bestimmende Behandlungsform dar. Universitätskliniken erbringen diese Leistung in der Regel gar nicht. Die rheumatologische Komplexbehandlung stellt einen Behandlungskomplex mit interprofessionellen und stark therapeutisch geprägten Inhalten dar. Sie ist zwar relativ spezifisch rheumatologisch, aber weder typisch für das Fachgebiet noch beschreibt sie eine komplexe Rheumatologie.

### Die für die Vorhaltefinanzierung notwendige eindeutige Zuordnung von Abrechnungsfällen zu Leistungsgruppen ist dysfunktional und gefährdet sowohl die Versorgungsstrukturen als auch die ärztliche Weiterbildung

Für die Berechnung des Vorhalte-Casemix im jeweiligen Bundesland und für einen einzelnen Krankenhausstandort ist eine eindeutige Zuordnung eines Abrechnungsfalles zu einer Leistungsgruppe und bei krankenhauses internen Verlegungen auch zum passenden Krankenhausstandort notwendig. Hierfür soll ein „DRG-Leistungsgruppen-Standort-Groupier“ vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis zum 30. September 2024 entwickelt und zertifiziert werden (§ 21 Abs. 3c KHEntgG). Krankenhausstandorte, die die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nicht erfüllen, sollen zukünftig Fälle der entsprechenden Leistungsgruppe nicht mehr abrechnen dürfen (§ 8 Abs. 4 Satz 4 ff. KHEntgG) und verlieren den enthaltenen Anteil der Vorhaltefinanzierung von Fällen, die in der Vergangenheit behandelt wurden (§ 37 KHG)<sup>3</sup>.

3 Auch Verbringungsleistungen (z. B. Herzkatheteruntersuchungen/-eingriffe) würden im neuen Vergütungssystem nicht mehr möglich sein, da eine Abrechnung durch den verbringenden Krankenhausstandort nicht mehr zulässig wäre.

Das InEK wird damit gezwungen zu entscheiden, welche Fachdisziplin in Zukunft noch welche Leistung erbringen darf. Abrechnungsfälle, die sich über konkrete Leistungen definieren, können grundsätzlich nicht mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. So wird das InEK beispielsweise entscheiden müssen, in welchen Strukturen Rheumaerkrankte im Alter von z. B. 12–18 Jahren ausschließlich behandelt werden sollen. Werden diese Fälle der Leistungsgruppe „komplexe Rheumatologie“ oder „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet, so sind die entsprechenden fachärztlichen Mindestanforderungen (internistische oder ggf. orthopädische fachärztliche Kompetenz) zu erfüllen. Reine Kinderkliniken, in denen Kinder- und Jugendrheumatologie erbracht wird, dürften diese nicht erfüllen können. Würden umgekehrt die Fälle der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ zugeordnet, so würden alle Standorte ohne entsprechende fachärztliche Vorhaltung in der Kinder- und Jugendmedizin von der Versorgung ausgeschlossen. Fachärztliche Kompetenzen sind aber häufig nicht exklusiv und die Weiterbildungsordnungen überschneiden sich vielfältig. Muss eine Entscheidung getroffen werden, welche Leistung (z. B. OPS) welcher Leistungsgruppe zugeordnet wird, wird dies auch dazu führen, dass Standorte keine Weiterbildung mehr anbieten können, wenn ihr Fachgebiet bei der Zuordnung der Leistungen zur Leistungsgruppe „leer ausgegangen“ ist.

Da sich Fälle selbst bei einer „spezifischen“ Definition – wie im DRG-System auch – für mehrere Leistungsgruppen qualifizieren können, bedarf es einer Hierarchisierung der Leistungsgruppen im Rahmen der Grupperstellung. Diese Hierarchie ist weder vorgegeben (auch keine Kriterien hierfür durch den Gesetzgeber), noch ist bekannt, wie das InEK diese Hierarchisierung umsetzen soll und wird. Insbesondere in der konservativen Medizin wird diese Hierarchisierung einen erheblichen Einfluss auf die Zuordnung zu den Leistungsgruppen nehmen. Die Hierarchisierung hat bei komplexen Fällen – krankenhausindividuell – einen hohen Einfluss auf die Fallzahlen und damit ggf. auch auf die Auswirkung der Mindestvorhaltezahlen. Erfolgt beispielsweise in einer Klinik häufig eine kombinierte rheumaorthopädisch-rheumatologische Behandlung und würde die rheumaorthopädische Operati-

on z. B. aufgrund des Casemixanteils hierarchisch höher im Gruppierungsalgorithmus einsortiert, so erbrächte diese Klinik datentechnisch-formal weniger Fälle der Leistungsgruppe „komplexe Rheumatologie“ als eine andere Klinik, die ebenso viele Belegungstage „komplexe Rheumatologie“ erbringt und die Qualitätskriterien gleichermaßen erfüllt, aber keine Fälle an höher hierarchisierte Leistungsgruppen abgeben muss. Über die Fallzuordnung und Hierarchisierung werden damit auch Entscheidungen über die zukünftige Versorgung getroffen, die sich nicht medizinisch-qualitativ begründen lassen.

### Keine sinnvollen Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 2 SGB V sollen die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien aus dem Krankenhausplan NRW 2022 gelten. Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“, der in NRW keine Fälle zugeordnet werden, weist im Krankenhausplan NRW 2022 keine Qualitätskriterien auf, die geeignet wären, zwischen qualitativ hochwertiger und qualitativ minderwertiger Versorgung zu unterscheiden. Es besteht damit die Gefahr, dass der erhöhten Bürokratielast (Nachweis und Prüfung) kein qualitativer Zugewinn gegenübersteht. Eine ausführliche fachliche Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien findet sich in der 2. Stellungnahme der DGRh und des VRA zur Reform der Krankenhausvergütung [2]. Sinnvolle Qualitätskriterien können zudem erst dann entwickelt werden, wenn feststeht, welche Fälle einer Leistungsgruppe zugeordnet werden (InEK-Grupper). Erfolgt eine Orientierung an dem Titel („Komplexe Rheumatologie“) wären andere Qualitätskriterien sinnvoll, als wenn die Rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8–983) zugrunde gelegt würde, die z. B. auch von rheumaorthopädischen Einrichtungen erbracht werden kann.

### Bisherige Qualitätskriterien für Leistungsgruppen unterstützen die Versorgungsqualität kaum und führen zu höherer Bürokratielast ohne erkennbaren Nutzen

Die Erfahrungen aus NRW zeigen, dass mit den Beantragungs- Nachweis-, Prüfungs- und Vergabeverfahren einer auf Leistungs-

gruppen und Qualitätskriterien basierten Krankenhausplanung ein erheblicher administrativer Mehraufwand einhergeht. Die geplante Reform, die eine Prüfung aller Qualitätskriterien in 2-jährigen Abständen vorsieht, wird somit sicherlich nicht zu einer Entbürokratisierung beitragen. Grundsätzlich sollte daher bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen auf 2 wichtige Aspekte geachtet werden:

1. Beschränkung auf die Qualitätskriterien, die wirklich zwischen qualitativ hochwertiger und qualitativ minderwertiger Versorgung unterscheiden können.
2. Klare und eindeutige Operationalisierung sowie Vermeidung unbestimmter Rechtsbegriffe.

Beispiele für Qualitätskriterien aus NRW oder Anlage 2 zu § 135e SGB V, auf die verzichtet werden sollte, weil sie keine qualitative Differenzierung ermöglichen, wären: EKG, Röntgen, Sonografie(gerät), Basis-/Notfall-Labor (plus PoC-Laboranalytik), Blutdepot, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Fallkonferenzen, u. v. m. Beispiele für Qualitätskriterien aus NRW oder Anlage 2 zu § 135e SGB V, die entweder operationalisiert werden müssten oder auf die verzichtet werden sollte, weil sie unkonkret sind, wären (Auswahl): „Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV“, „Davon müssen mind. 2 FA regelmäßig in angemessenem Umfang am Rufbereitschaftsdienst teilnehmen“, „Kompetenz“, Basis-/Notfall-Labor [plus PoC-Laboranalytik], „FA müssen zu mind. 80 % in der Notaufnahme tätig sein“, „Kinderschutzstrukturen“, u. v. m. Nach der Gesetzesbegründung zu § 135e Abs. 4 SGB V sollen Auslegungen oder Konkretisierungen der Medizinischen Dienste im Rahmen der Prüfungen grundsätzlich ausgeschlossen sein. Es bleibt damit unklar, durch wen Auslegungen oder Konkretisierungen vorgenommen werden sollen, zumal das Verfahren der Prüfungen keinen zeitlichen Aufschub durch Klärungen duldet.

Nach § 135e SGB V sollen die Qualitätskriterien „den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.“ Die bisherigen Qualitätskriterien des

Krankenhausplans NRW 2022 und der Anlage 2 zu § 135e SGB V erfüllen diese Vorgaben sicher nicht. Insbesondere so lange nicht bekannt ist, welche Fälle in den Leistungsgruppen abgebildet werden, können auch gar keine passenden Qualitätskriterien definiert werden.

### **Die neuen Vorgaben zur fachärztlichen Vorhaltung haben keinen Bezug zum Bedarf und können auch qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen gefährden**

Das Leistungsgruppen-System aus NRW nutzt bei den Qualitätskriterien eine absolute Untergrenze an fachärztlicher Vorhaltung, die minimal notwendig ist, um eine 24/7 Rufbereitschaft zu gewährleisten. Der tatsächliche Bedarf an fachärztlicher Vorhaltung ist davon unabhängig und wird insbesondere durch die Fallmenge und Komplexität der Versorgung bestimmt. Die Anzahl nomineller Leistungsgruppen hat hingegen keinen Einfluss auf den Bedarf an fachärztlicher Vorhaltung. So könnten beispielsweise die 3 mitunter sehr fallzahlstarken Leistungsgruppen „Endoprothetik Hüfte“, „Endoprothetik Knie“ und „Wirbelsäuleneingriffe“ mit 3 Vollzeitäquivalenten angeboten werden. Soll bzw. sollen zusätzlich noch eine oder beide der fallzahlarmen Revisions-Leistungsgruppen angeboten werden, bedarf es plötzlich neuer Vollzeitäquivalente. Der reale Bedarf an fachärztlicher Vorhaltung würde hingegen vorrangig von der Fallmenge in den fallzahlstarken Leistungsgruppen bestimmt. Hinzu kommt, dass Vollzeitäquivalente nicht mit „Köpfen“ gleichzusetzen sind und die Verteilung von nicht ganzzahligen Vollzeitäquivalenten auf die einzelnen Leistungsgruppen noch einer komplexen Rechenregel bedürfte.

Die neuen Vorgaben benachteiligen insbesondere Fachkliniken, die beispielsweise auch die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Allgemeine Chirurgie“ zugewiesen bekommen müssen, da nicht alle Fälle in spezifischen Leistungsgruppen der Spezialisierung abgebildet werden können. Diese Kliniken bieten aber in der Regel keine internistische oder chirurgische Grundversorgung an, müssen aber trotzdem 3 Vollzeitäquivalente zusätzlich vorhalten. Teilweise werden nur sehr wenige Fälle in den ergänzenden Leistungsgruppen erbracht. Wenn über

die fachärztlichen Vollzeitäquivalente keine Untergrenze, sondern der Bedarf abgebildet werden soll, müsste ein aufwendiges Bedarfsbemessungsinstrument eingeführt und in die komplexe Finanzierungsmechanik integriert werden. Es ist zu beachten, dass der Bedarf fluktuierend ist, die Vorhaltefinanzierung aber weitgehend mengenentwicklungsunabhängig erfolgen soll.

### **Der Einfluss der einzelnen Bundesländer auf ihre eigene Krankenhausplanung wird stark beschränkt**

Das Leistungsgruppensystem und die zugehörigen Qualitätskriterien sowie weitere Aspekte der Anwendung und des Verfahrens sollen durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt werden. Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung darf ein Ausschuss abgeben, in dem die Bundesländer zwar auch ein Initiativrecht haben, dessen Geschäftsordnung im Streitfall aber durch das BMG festgelegt wird und dessen Empfehlungen auch für die Rechtsverordnung des BMG nicht bindend wären. Im Ausschuss selbst stellt der GKV-SV die Hälfte aller Vertreter, während alle anderen Vertreter unterschiedlicher Interessen sich zusammen auf die restliche Hälfte verteilen. Die so gesetzten Dominanzen sind auch nicht dadurch aufzuheben, dass der Bundesrat mit einfacher Mehrheit die Rechtsverordnung ablehnen könnte. Im Bundesrat bestehen innerhalb einer Legislaturperiode des Bundestages wechselnde Mehrheiten und der Bundesrat selbst hat keine Möglichkeit konstruktiv selbst die Strukturen der Krankenhausplanung mitzubestimmen. Ein einzelnes Bundesland hätte ohnehin kaum Einfluss auf die Strukturen und Prozesse seiner eigenen Krankenhausplanung. Es wäre – außer im Fall der zwingenden Erforderlichkeit der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung – an die Prüfung des MD nach den bundesweit vorgegebenen Kriterien und dem bundesweit vorgegebenen Verfahren gebunden. Erfahrungen aus NRW zeigen, dass viele relevante Aspekte häufig nicht vorhergesehen werden können und nicht selten Einzelfallregelungen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung notwendig sind. Starre Automatismen ohne Möglichkeiten der lokalen Intervention können die Versorgung und die Akzeptanz der Krankenhausreform in der Bevölkerung gefährden.

### **Mechanismen der Prüfung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen gefährden die Versorgungsstrukturen und verhindern eine geordnete Krankenhausplanung**

Nach dem Gesetzentwurf muss die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde vor der Zuweisung von Leistungsgruppen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen beauftragen (§ 275a Abs. 2 SGB V). Erfahrungen des MD mit den Strukturprüfungen der Richtlinien des G-BA [3] aus 2022 zeigen, dass mehr als ein Viertel der Krankenhäuser die Prüfungen nicht bestanden haben, bei einzelnen Richtlinien sogar mehr als 40%. Ob die geplanten Prüfungen eine bedarfsorientierte und nachhaltige Krankenhausplanung grundsätzlich unterstützen können, ist damit fraglich. Letztlich muss Qualität dorthin, wo der Bedarf ist und Versorgungsstrukturen mit dem erforderlichen Personal können nicht beliebig und kurzfristig regional umverteilt werden.

Häufig bestehen jedoch auch Missverständnisse oder Dissense zwischen Krankenhaus und MD, die im weiteren Verfahren aufgelöst werden könnten. Das jetzige Prüfverfahren des § 275a Abs. 2 SGB V ist allerdings so ausgestaltet, dass das MD-Erstgutachten de facto bestimmend werden würde. Der MD soll das Prüfverfahren innerhalb von 10 Wochen abschließen und das Gutachten ausschließlich der Planungsbehörde zusenden. Die Planungsbehörde hat dann das Recht den MD innerhalb von 2 Wochen nach Zugang des Gutachtens auf „offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von 2 Wochen abzuklären“. Allein bei der zu erwartenden Flut der Gutachten (Krankenhausstandorte im Planungsbereich multipliziert mit der Anzahl von Leistungsgruppen), die den Planungsbehörden in kurzer Zeit zugehen würden, wären diese nicht in der Lage, diese inhaltlich zu prüfen oder die Krankenhäuser in eine Überprüfung einzubinden. Eine Qualitätskontrolle der MD-Gutachten könnte damit nicht erfolgen. Die Planungsbehörde dürfte nach dem Referentenentwurf nur dann eine Leistungsgruppe trotz negativem Gutachten zuweisen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend er-

forderlich ist und kein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist, innerhalb der in § 6a Abs. 2 KHG festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten erreichbar wäre. Ein negatives Gutachten des MD hätte daher in der Regel direkt Auswirkung auf die Versorgung und wäre für die Planungsbehörden bis auf wenige Ausnahmen im ländlichen Bereich unmittelbar bindend.

Hinzu kommt, dass viele Leistungsgruppen aus NRW derzeit OPS-Komplexbehandlungen zur Definition nutzen. Die Strukturmerkmale der OPS-Komplexcodes unterscheiden sich deutlich von den Qualitätskriterien der Krankenhausplanung NRW und werden nicht nach dem Prüfverfahren nach § 275a Abs. 1 bis 3 SGB V, sondern nach dem neuen § 275a Abs. 5 SGB V geprüft. Besteht ein Krankenhausstandort die Strukturprüfung der OPS-Komplexcodes nicht, so dürfen die OPS-Kodes nicht mehr vereinbart und abgerechnet werden. Als Konsequenz können auch die Leistungsgruppen der Krankenhausplanung nicht mehr erreicht werden. Nach einer nicht bestandenen Strukturprüfung haben die Bundesländer keine Möglichkeit, Leistungsgruppen auch dann zuzuweisen, wenn keine Fälle mehr erbracht bzw. kodiert werden dürfen. Durch die Verknüpfung mit den Leistungsgruppen können die Strukturprüfungen der OPS-Komplexbehandlungen daher eine geordnete Krankenhausplanung unterlaufen.

### **Vorhaltekosten können nicht einfach aus dem DRG-System ausgegliedert werden, ohne fragwürdige ökonomische Anreize im Einzelfall auszulösen**

G-DRGs bündeln Leistungen aufgrund ihrer Gesamtkostenhomogenität. Dabei kann und darf sich die Kostenzusammensetzung unterscheiden. Werden Kostenarten/-module selektiv ausgegliedert und bei der folgenden fallbezogenen Vergütung nicht mehr berücksichtigt, werden – mitunter starke – ökonomische Anreize im Einzelfall ausgelöst. Dies betrifft beispielsweise grundsätzlich die gemeinsame Abbildung („Kondensation“) von sach- und personalkostenlastigen Leistungen in einer DRG.

Die variablen Sachkosten sollen nach dem Gesetzesentwurf bei der Ausgliederung der späteren „Vorhaltefinanzierung“ nicht berücksichtigt werden. Die Gesetzesbegrün-

dung listet hierzu die Kostenarten 4a, 4b, 5, 6a, 6b und 6c auf. Zunehmend gliedern Krankenhäuser Leistungen aus und kaufen diese extern ein (Outsourcing). Externe Leistungen werden in der DRG-Fallkostenkalkulation meist als variable Kosten in der Kostenart 6c verbucht. Handelt es sich um personalkostenlastige Leistungen, kommt es zu einer Ungleichbehandlung bei der Kostenausgliederung.

Die selektive Ausgliederung setzt den Anreiz, variable (Sach-)Kosten, die nicht spezifisch im DRG-System (= gruppierungsrelevant) oder über Zusatzentgelte abgebildet sind, zu vermeiden. So wird beispielsweise auf Einzelfallenebene der Anreiz gesetzt, möglichst keine externen (Tele-)Konsile oder sonstigen Leistungen mehr in Anspruch zu nehmen. Sinnvolle Innovationen, die mit höheren Sachkosten einhergehen, aber Kosten an anderer Stelle sparen könnten, hätten es schwerer in die Versorgung zu kommen. Dort, wo der Qualitätswettbewerb durch Zentralisierung aufgehoben würde, bräuchte auf Qualitätsunterschiede keine Rücksicht mehr genommen werden (z. B. Implantate, medizinischer Sachbedarf). Das Erreichen der Ziele einer Qualitätsverbesserung und Entökonomisierung wird durch die neu gesetzten Anreize eher behindert.

Die Mindestvorhaltezahlen gefährden die Versorgung und können zu einem unberechtigten Abzug von finanziellen Mitteln aus der Versorgung führen.

Nach dem Gesetzesentwurf sollen für alle Leistungsgruppen sog. Mindestvorhaltezahlen bestimmt werden. Das BMG will über eine Rechtsverordnung erstmals für das Jahr 2027 (basierend auf Daten aus 2025) Mindestfallzahlen festlegen, bei deren Unterschreitung Krankenhausstandorte bei der Verteilung der Vorhaltebudgets trotz eines Versorgungsauftrages nicht berücksichtigt werden sollen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Festlegung einer Mindestvorhaltezahl geeignet, erforderlich und angemessen sein, um eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen zu fördern, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichern und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausschließen, indem vorhandenes ärztliches und pflegerisches

Personal effektiv und wirtschaftlich sinnvoll eingesetzt wird. Fallzahlen unter dem 20. Perzentil werden als Beispiel genannt.

Diesem Gedanken liegt die bereits kritisierte vereinfachte Vorstellung zugrunde, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit immer von der Größe bzw. Menge abhängig wären und eine Leistungsgruppen-unabhängige Zentralisierung stets bedarfsgerecht und wirtschaftlich wäre. Für viele Leistungsgruppen wie z. B. Geriatrie, Neuro-Frührehabilitation, Palliativmedizin, aber auch für die Rheumatologie dürfte diese Logik nicht zutreffen. Viele Leistungsgruppen werden zudem „Restgruppen“ – beispielsweise in Fachkliniken – darstellen und die Fallzahlen in diesen Leistungsgruppen keine Aussagen über Qualität oder Wirtschaftlichkeit zulassen. Muss beispielsweise eine rheumatologische Fachklinik auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen bekommen oder eine rheumaorthopädische Fachklinik die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“, so werden diese Fachkliniken in der Regel keine internistische oder chirurgische Grundversorgung anbieten. Geriatriische Fachkliniken werden ebenfalls die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen bekommen müssen und Kliniken der Neuro-Frührehabilitation die Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“.

Belegärztinnen und -ärzte sichern häufig die Versorgung für wenig komplexe Behandlungen in ländlichen Regionen ab, werden aber niemals Fallzahlen erreichen, die Hauptabteilungen in Metropolregionen aufweisen. Ein Bezug zu notwendiger Konzentration, hoher Versorgungsqualität, dem Ausschluss patientengefährdender Gelegenheitsversorgung oder eines effektiveren und wirtschaftlicheren Personaleinsatzes, lässt sich in all diesen Fällen nicht herstellen. Gesetzliche Eingriffe in die Berufsausübungsfreiheit müssen nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG den verfassungsrechtlichen Anforderungen an grundrechtseinschränkende Gesetze genügen. Dazu müssen sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sein und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit genügen. Für undifferenzierte und medizinisch nicht begründbare Mindestfallzahlen, die lediglich ebenfalls undifferenzierte Konzentrationseffekte unterstützen sollen, dürfte dies nicht zutreffen. Es ist zu befürch-

ten, dass in der akutstationären Rheumatologie, die stark durch Fachkliniken geprägt wird, insbesondere Universitätskliniken die Mindestvorhaltezahlen nicht erreichen werden.

Auch der Mechanismus des Einsatzes der Mindestvorhaltezahlen ist bedenklich und kann zu einem unberechtigten Abzug von finanziellen Mitteln aus der Versorgung führen. Würde beispielsweise die rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Klasse 8–983) zukünftig eine rheumatologische Leistungsgruppe definieren und eine Mindestvorhaltezahl festgelegt werden, so verlieren alle Standorte, die in historischen Daten Fallzahlen unterhalb der Mindestvorhaltezahl aufweisen, die Vorhaltevergütung für diese Fälle dauerhaft. Dies gilt auch dann, wenn entsprechende Fälle durch andere Fälle substituiert oder auf die Kodierung der rheumatologische Komplexbehandlung zukünftig verzichtet würde. Da die rheumatologische Komplexbehandlung nur eine von vielen stationären rheumatologischen Behandlungsoptionen darstellt und einen Behandlungskomplex (mit abweichenden Kosten) darstellt, könnten die meisten Rheumakliniken auf diese – ohnehin kaum kostendeckend zu erbringende Leistung – verzichten und diese durch andere Leistungen substituieren. Erstmals sollen die Mindestvorhaltezahlen für das Anwendungsjahr 2027 eingeführt werden und beziehen sich somit auf die erbrachten Mengen des Datenjahres 2025. In Erwartung der Mindestvorhaltezahlen und des Verlustes der Vorhaltevergütung für Fälle aus 2025 müsste daher die Substitution zeitnah erfolgen. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Fälle durch die wenigen verbleibenden spezialisierten Kliniken, die noch nicht einmal in jedem Bundesland existieren (s. oben), übernommen würden. Verpassen die Rheumakliniken die rechtzeitige Substitution, entgehen ihnen damit für die historischen Fälle die aus dem G-DRG-System ausgegliederten Erlöse dauerhaft. Temporär würde die Vorhaltevergütung auf die verbleibenden Standorte mit höherer Fallzahl verteilt werden (wenn im Bundesland überhaupt vorhanden). Wie im System der Vorhaltevergütung grundsätzlich vorgesehen, werden jedoch die finanziellen Mittel ganz aus der Versorgung entzogen, wenn die verbleibenden Standorte nicht die Versorgung übernehmen. Aus Sicht der Menschen

mit Rheuma brechen Versorgungsangebote ohne Qualitätssteigerung weg und – wo die Versorgung noch bestehen bleibt – verlängern sich die Wartezeiten. Die genannten Ziele der Mindestvorhaltezahlen werden in der akutstationären Rheumatologie, aber auch vielen anderen Leistungsgruppen, sicher nicht erreicht.

Die ungezielte Einführung der Mindestvorhaltezahlen kann auch Anreize setzen, die der gewünschten Ambulantisierung entgegen gesetzt sind. Zudem bedürfte es Regelungen, die den Status von Hybrid-DRGs, teilstationären und vorstationären Fällen festlegen und einer Anpassung der Mindestvorhaltezahlen bei Leistungsgruppen, die in starkem Maß von Änderungen des Kataloges nach § 115b SGB V betroffen sein könnten.

Teil 2 der Stellungnahme folgt in Ausgabe 6/2024.

Prof. Dr. med. Christof Specker  
Präsident Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.

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

## Literatur

- [1] Fiori W, Lakomek H-J, Specker C et al. Die akutstationäre Rheumatologie im Kontext der „grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“. das Krankenhaus 2023; 7: 602–615
- [2] Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Immunologie e. V. (DGRh) und des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA). Im Internet: <https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/2.-Stellungnahme-Krankenhausreform.html>; Stand: 08/2023. <https://dgrh.de/Aktuelles/Stellungnahme-zum-Krankenhaus-transparenzgesetz.html>; Stand: 26.04.2024
- [3] Medizinischer Dienst Bund. Bericht über die im Jahr 2022 durchgeführten Qualitätskontrollen. Im Internet: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5637/2023-07-27\\_Bericht\\_MD-Bund\\_QK\\_2022.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5637/2023-07-27_Bericht_MD-Bund_QK_2022.pdf); Stand: 27.07.2023

## 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](mailto:lakomek@vraev.de)  
Internet: [www.vraev.de](http://www.vraev.de)

## IMPRESSUM

### Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek  
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.  
E-Mail: [heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de](mailto:heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de)