



Positionen der Deutschen Rheuma-Liga zu einer Krankenhausreform

Bedarfsgerechte Versorgung rheumakranker Menschen im Krankenhaus sicherstellen!

In Deutschland gibt es rund 1.900 Krankenhäuser mit etwa 480.380 Betten (Stand 2022). Jährlich werden in Deutschland mehr als 16 Millionen Menschen vollstationär behandelt.¹

Der Bundesrechnungshof stellt in seinem Bericht über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (September 2020) fest, dass die **Krankenhausstruktur in Deutschland** in weiten Teilen **ineffizient** ist. Gründe hierfür sind u. a. die mangelnde Investitionsförderung durch die Länder, der geringe Ambulantisierungsgrad der Krankenhäuser, Doppelstrukturen oder Mengenausweitungen sowie eine unstrukturierte Krankenhausplanung.²

Die 2022 eingesetzte „Regierungskommission Krankenhausreform“ hat in den vergangenen Monaten verschiedene Empfehlungen u. a. zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sowie zur Krankenhausfinanzierung und -planung vorgelegt.

Die Regierungskommission Krankenhausreform empfiehlt die Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungsstufen (Level I-III) und definierte Leistungsgruppen (LG) mit strukturellen Anforderungen (Personal, apparative Ausstattung). Die Vergütung setzt sich aus den fallunabhängigen Komponenten Pflegebudget, Vorhaltebudget und reformierten DRGs (rDRGs) zusammen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nach seinem Eckpunktepapier vom Mai 2023 nun einen Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgelegt, der den Empfehlungen der Regierungskommission weitestgehend folgt. Die Einteilung in die Leistungsgruppen folgt für eine Übergangszeit den Regelungen Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen. Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser wurde zudem ein Transformationsfonds in den Gesetzesentwurf aufgenommen.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die „Durchökonomisierung“ der Krankenhäuser zu stoppen und die

¹ [Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html)

² [Bericht des Bundesrechnungshofs, 2020](#)

medizinisch-therapeutischen Aspekte der Krankenhausbehandlung wieder stärker in den Vordergrund zu rücken. Auch die von der Regierungskommission vorgeschlagene Koppelung der Finanzierung an die Versorgungsstufen sollte hierzu einen Beitrag leisten. Diese Kopplung ist aufgehoben. Stattdessen soll mit den Versorgungsstufen eine „größere Transparenz“ über die Krankenhausversorgung für die Patientinnen und Patienten erreicht werden.

Die demographische Entwicklung zeigt, dass der Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) an der Bevölkerung zunimmt. Damit wird auch die Zahl chronisch kranker und multimorbider Menschen zunehmen. Eine Reform der Krankenhauslandschaft muss dem Rechnung tragen und den **Versorgungsbedarf** der Bevölkerung berücksichtigen.

Eine Krankenhausreform muss **aus Sicht rheumakranker Menschen** folgende Aspekte berücksichtigen:

Qualität der Versorgung sichern.

Rund 17 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer muskuloskelettalen Erkrankung betroffen - davon 1,5 Millionen Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, 5 Millionen Menschen mit Arthrose und mindestens 4 Millionen Menschen mit Osteoporose.³ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen verlaufen in der Regel chronisch progredient. Häufig sind nicht nur der Bewegungsapparat, sondern auch innere Organe und das Nervensystem betroffen.

In die **ambulante medizinische Versorgung** rheumakranker Menschen sind niedergelassene Rheumatologinnen und Rheumatologen, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Orthopädinnen und Orthopäden und andere Facharztgruppen eingebunden. Auch Krankenhausambulanzen und Rheumazentren gehören dazu. Seit 2018 ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei rheumatologischen Erkrankungen nach § 116b SGB V (ASV) in Kraft. Rund 919.960 erwachsene Patientinnen und Patienten wurden seitdem betreut.

Die **akutstationäre Versorgung** von Rheumapatientinnen und -patienten ist komplex und bedarf einer ausgewiesenen Expertise, Spezialisierung und Ausstattung. Insbesondere die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sollte in spezialisierten Kliniken erfolgen, da diese die Möglichkeit der Versorgung durch ein interdisziplinäres Team gewährleisten.

Das Versorgungsstufenmodell der Regierungskommission Krankenhausreform ordnet die Fachkliniken aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Bedeutung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen- und Patientengruppen den Stufen II und III zu. Gleichwohl ist der Regierungskommission bewusst, dass diese der

³ [Rheuma braucht eine starke Stimme - Aktionsplan Rheuma, 2021](#)

Strukturanforderung „Notfallambulanz“ nicht gerecht werden. Die spezialisierte Versorgung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist heterogen und findet mit unterschiedlichen Schwerpunkten teilweise in Universitätsklinika und teilweise in Fachkliniken statt. Nur ein Teil der Kliniken erbringt die OPS „rheumatologische Komplextherapie“. Insbesondere die Universitätsklinika erbringen diese OPS nicht, leisten jedoch eine hochspezialisierte rheumatologische Versorgung.

Das Eckpunktepapier des BMG definiert Fachkliniken als Krankenhäuser „[...] die sich auf Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben [...]“ und „[...] auch schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes“ behandeln.

Rheumatologische Akutkliniken - als Fachkrankenhäuser - arbeiten eng mit Rehabilitationseinrichtungen zusammen oder verfügen sogar über eigene Rehabilitationsabteilungen. Die Behandlungs- und Rehabilitationsinfrastruktur dieser Kliniken muss auch bei der anstehenden Krankenhausreform erhalten bleiben.

Darüber hinaus werden Rheumapatientinnen und Rheumapatienten auch in Allgemeinkrankenhäusern mit und ohne Fachabteilung versorgt.

Um die **Behandlungsqualität** insgesamt für Patientinnen und Patienten zu erhöhen, schlägt die „Regierungskommission Krankenhaus“ ergänzend zu den Versorgungsstufen die Einführung von Leistungsgruppen vor, die sich an den ICD- und OPS-Codes orientieren. Bei der Definition der Leistungsgruppen muss sichergestellt werden, dass die unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte von Universitätsklinika und Fachkliniken jeweils die Zuordnung zu der rheumatologischen Leistungsgruppe ermöglichen.

Bei Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder einer Arthrose kann - je nach Verlauf der Erkrankung - ein **künstlicher Gelenkersatz** erforderlich sein. Auch Menschen mit Osteoporose sind einem hohen Risiko ausgesetzt, einen Wirbel- oder Hüftbruch zu erleiden, der ggf. operativ behandelt werden muss. Die Versorgung mit Endoprothesen erfolgt sowohl in eigenständigen orthopädischen Kliniken als auch Fachkliniken. Ein Teil der Kliniken sind auf die spezialisierte endoprothetische Versorgung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ausgerichtet. Es muss bei einer Reform der Krankenhausfinanzierung sichergestellt werden, dass der höhere Aufwand in der endoprothetischen Versorgung bei diesen Erkrankungen abgebildet wird.

Spezialisierte Einrichtungen - wie beispielsweise Fachkliniken für Endoprothetik oder Wirbelsäulenerkrankungen - müssen im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unabhängig vom Versorgungslevel Bestandteil der Krankenhausversorgung bleiben.

Verzahnung der Versorgungssektoren sicherstellen.

Die „Regierungskommission Krankenhaus“ regt eine engere Verzahnung der Sektoren in der Krankenhausplanung und -finanzierung sowie eine Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen an. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Krankenhausreform Anreize für Kooperationen zwischen Krankenhäusern bis hin zu Leistungsgruppen gesetzt werden.

In der rheumatologischen Versorgung besteht **Handlungsbedarf** hinsichtlich der **Kooperation zwischen den Sektoren**. So sollte die Expertise rheumatologischer Krankenhäuser und Fachabteilungen stärker für die ambulante Versorgung genutzt werden. Gleiches gilt für den Austausch der stationären Einrichtungen untereinander. Auch bei der Behandlung von rheumakranken Menschen in Allgemeinkrankenhäusern - insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung - ist die **Einbindung von Expertinnen und Experten** erforderlich.

Stationäre Weiterbildungsstellen sichern und ausbauen.

Die Krankenhausreform bietet die Chance, die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten neu zu ordnen und damit langfristig die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.

Nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) fehlen in Deutschland rund 650 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen für eine bedarfsgerechte Mindestversorgung und rund 1.400 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen für eine adäquate medizinische Versorgung rheumakranker Menschen.⁴

Zu den Ursachen gehören **fehlende Weiterbildungsstellen** in den Krankenhäusern, die in den Kliniken teilweise abgebaut oder gar nicht erst eingerichtet werden. Dies ist vor allem auf das **DRG-Fallpauschalensystem** zurückzuführen. Das leistungsbezogene Vergütungssystem in seiner jetzigen Form setzt Anreize, die Versorgung vor allem in finanziell attraktiven Indikationsbereichen auszuweiten. Die **stationäre internistische Rheumatologie** ist dagegen **personalintensiv** und kommt in der Regel ohne hochbezahlte apparative Leistungen aus.

Der überwiegende Teil der **rheumatologischen Weiterbildung** von Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt - unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung - in **rheumatologischen Akutkliniken, Fachabteilungen und Universitätskliniken**. Dies ist für das Erlernen komplexer und seltener Krankheitsbilder sowie schwerer Verläufe rheumatischer Erkrankungen unerlässlich.

Im Rahmen der Krankenhausreform muss sichergestellt werden, dass die internistische Rheumatologie in größeren Krankenhäusern vertreten ist und damit eine

⁴ <https://rheuma2025.de/rheuma2025/forderungen-und-ziele>

ausreichende Zahl von Weiterbildungsplätzen geschaffen werden kann. Durch eine entsprechende Vergütung im neuen System wird ein finanzieller Anreiz zum Ausbau der Weiterbildungsplätze geschaffen.

Neben der internistischen Rheumatologie spielt die orthopädische Versorgung eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen.

Degenerative Erkrankungen wie die Arthrose oder entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis greifen die Gelenke an und können zu erheblichen Funktionseinbußen führen. In vielen Fällen ist ein künstlicher Gelenkersatz unumgänglich.

Die Levelzuordnungen für diesen Fachbereich sowie die mit der Krankenhausreform vorgesehene Ambulantisierung dürfen nicht zu einer Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeiten führen. Im Rahmen der Krankenhausreform muss die finanzielle sowie intersektorale Förderung von Weiterbildungsstellen realisiert werden.

Patientinnen- und Patientenperspektive berücksichtigen.

Die Strukturreform muss auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten gedacht werden.

Patientinnen und Patienten müssen sich darüber **informieren** können, welches Krankenhaus – entsprechend der Versorgungsstufen - für ihre Behandlung zuständig ist. Sie müssen sicher sein können, dass diese Krankenhäuser die Qualitätskriterien der jeweiligen Versorgungsstufe erfüllen. Diese Informationen müssen leicht auffindbar und verständlich sein.

Zur Sicherung der **Prozess- und Ergebnisqualität** aus Patientensicht in den einzelnen Versorgungsstufen aber auch der sektorübergreifenden Versorgung können Patient-Reported Experience Measures (PREMs) bzw. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) einen wichtigen Beitrag leisten.

Krankenhäusern aller Versorgungslevel müssen **barrierefrei** sein. Die Belange von Menschen mit Behinderungen sind dabei besonders zu berücksichtigen.

Bonn, den 15.05.2024