

Vorwort zur Version 2024

Das Jahr 2023 wurde von der Diskussion um eine anstehende große Krankenhausreform geprägt. Trotz vielfältiger Ankündigungen konnte zwischen den Ministerien des Bundes und der Länder bis Ende des Jahres kein Kompromiss über die Gestaltung und die Finanzierung der notwendigen Reformschritte erzielt werden. Weiterhin prägt damit die Krankenhauslandschaft ein hohes Maß an Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft. Die Themen, die politisch bewegt werden, sind mannigfaltig. Auf relevante Veränderungen müssen Krankenhäuser teilweise mit sehr kurzen Fristen reagieren. Die Komplexität der Anforderungen ist für alle Akteure inzwischen äußerst herausfordernd. Doch anstatt des lang ersehnten Abbaus von Komplexität und Bürokratie kommen immer mehr neue Regelungen und Verpflichtungen hinzu, die bei nicht vollständiger oder fristgerechter Erfüllung mit schmerzhaften Sanktionen für Krankenhäuser versehen werden sollen.

Parallel hierzu kämpfen Krankenhäuser mit einem wachsenden Fachkräftemangel. Dieser führt unter anderem dazu, dass die Fallzahlen aus der Vor-Coronazeit auch perspektivisch nicht wieder erreicht werden können. Hier von ist in besonderem Maße auch die Rheumatologie betroffen. In einem leistungsorientierten Finanzierungssystem, in dem die Refinanzierung der Vorhaltekosten über die Inanspruchnahme erfolgt, führt dies unweigerlich zu einer finanziell schwierigen Situation, die eigentlich zu weiteren Einsparungen bei den Kosten in den Krankenhäusern zwingt. Allerdings haben Krankenhäuser steigende Kosten bei Personal, Sachkosten und Infrastruktur zu verkraften, die bislang nur teilweise und selbst dann nur sehr zeitverzögert über die vorgegebenen Preise

kompensiert werden können. In der Folge mehren sich Insolvenzen und Schließungen von Krankenhausstandorten. Dort wo eine Versorgung zwingend aufrechterhalten werden muss oder soll, kann zumindest bei kommunaler Trägerschaft ein Defizit ausgleich erfolgen - häufig zulasten anderer wichtiger kommunaler Aufgaben.

Die akutrheumatologische Versorgung ist von einem hohen Anteil frei-gemeinnütziger und privater Träger geprägt. Diese können nicht so ohne Weiteres durch Steuergelder unterstützt werden.

Eine Lösung der fehlenden Finanzierung von Investitionskosten durch die Bundesländer ist weiterhin nicht in Sicht. Dringend notwendige Investitionen unterbleiben vielerorts bei gestiegenen Zinsen und dem Ausblick auf eine geplante Krankenhausfinanzierungsreform, die bei einer weitgehenden Abkehr von der Leistungsorientierung kaum noch Spielraum für Deckungsbeiträge zulassen will.

Die Rheuma-Abteilungen/-Kliniken blicken mit Spannung und Sorge auf die derzeitigen gesundheitspolitischen Entwicklungen. Nicht nur die Rheumatologie hofft auf baldige Erleichterungen durch praxistaugliche und tragfähige politische Lösungen.

Initiativen des Verbands rheumatologischer Akutkliniken 2023

Ende 2022 wurden die Empfehlungen der Regierungskommission zur grundlegenden Reform der Krankenhausplanung und -vergütung vorgestellt. Kernelement der politisch geplanten Verknüpfung von Krankenhauspla-

nung und -finanzierung sollen sogenannte Leistungsgruppen werden. Ebenso wie DRGs sollen diese Leistungsgruppen über ICD- und OPS-Kodes einen eindeutigen Fallbezug aufweisen und die Leistungserbringung an die Erfüllung von medizinisch sinnvollen Mindestvoraussetzungen in Bezug auf Personal, Geräte sowie weiterer Struktur- und Prozesskriterien geknüpft werden. Ein weiteres wichtiges Mindestkriterium soll, wie in der Krankenhausplanung NRW vorgesehen, die parallele Vorhaltung anderer Leistungsgruppen am Krankenhausstandort sein.

Es war bereits absehbar, dass viele politische Entscheidungen auf Basis von Expertise in der Medizin und der realen Versorgung getroffen werden müssen.

Um diesen Prozess fachlich qualifiziert begleiten zu können, haben der VRA und die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus den jeweiligen Vorstandsmitgliedern gebildet. In dieser Arbeitsgruppe wurden aktuelle Entwicklungen diskutiert und Reaktionen auf externe Anforderungen (z.B. durch die AWMF, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) oder das InEK) abgestimmt. Die Arbeitsgruppe hat mehrere Stellungnahmen und Veröffentlichungen publiziert, um auf die besondere Situation der akutrheumatologischen Versorgung aufmerksam zu machen¹ und wird den Gesetzgebungsprozess weiterhin eng begleiten.

¹ - <https://dgrh.de/Aktuelles/Stellungnahme-zum-Krankenhaustransparenzgesetz.html>

- <https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/2.-Stellungnahme-Krankenhausreform.html>

- 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

- Fiori W, Lakomek HJ, Specker C, Kötter I, Krause A, Bessler F, Held J, Klemann A, Noack R, Strunk J, Roeder N. Akut-stationäre rheumatologische Versorgung im Kontext der geplanten Krankenhausreform. Z Rheumatol 2023

Das neue aG-DRG-System 2024 – Was ändert sich für die Rheumatologie?

Erneut stellte die Normierung des DRG-Systems – diesmal aufgrund der Ausgliederung der Fälle der Hybrid-DRGs – eine Hürde für eine Vereinbarung des neuen Fallpauschalenkatalogs dar. Letztendlich konnten sich die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung doch noch verständigen. Weiterhin leidet die DRG-Fallkostenkalkulation noch unter den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, so dass das InEK ein letztes Mal in die Methodik der Kalkulation eingreifen und stärkere Auswirkungen der Fallzahlrückgänge auf die Relativgewichte „dämpfen“ musste. In Bereichen mit vergleichsweise hohem Fallzahlrückgang wie der Rheumatologie bedeutet dies, dass die gestiegenen Vorhaltekosten (Personal und Infrastruktur) nicht vollständig in den Bewertungsrelationen für 2024 abgebildet wurden. Der geänderten Kalkulationsmethodik liegt die Hypothese zugrunde, dass die Fallzahlen 2024 wieder auf das Vorpandemieniveau steigen werden. Gelingt dies nicht, dürften mit den „gedämpften“ Bewertungsrelationen die Vorhaltekosten kaum zu refinanzieren sein.

Bedeutsame klassifikatorische Änderungen an den „rheumatologischen“ DRGs gab es für 2024 erneut nicht. Fälle mit den hoch unspezifischen Hauptdiagnosen der chronischen Polyarthrit M06.98/M06.98 und weiteren Hauptdiagnosen (z.B. einige Codes mit Hämarthros, juvenile Osteochondrosen sowie unspezifisch kodierte Osteoporosen und Osteochondropathien) wurden von der höher bewerteten DRG I69A in die DRG I69B verschoben. Hiervon werden die meist spezifischer kodierenden Kliniken für Rheumatologie kaum betroffen sein.

In der Basis-DRG I66 dürfte für die Rheumatologie die Verschiebung (meist Aufwertung) von Fällen mit den Hauptdiagnosen: Panarteriitis nodosa (M30.0), Hypersensitivitätsangiitis (M31.0), Granulomatose mit Polyangiitis (M31.3), mikroskopische Polyangiitis (M31.7) sowie sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien (M31.8) von der DRG I66G in die DRG I66F am relevantesten sein.

Für die Kinder- und Jugendrheumatologie kann es durch eine Verschiebung der Fälle mit einem Alter von weniger als 6 Jahren und einer Verweildauer von einem Belegungstag von der DRG I66H in die DRG I66G zu einer höheren Vergütung kommen.

Weitere COVID-bedingte Umbauten haben möglicherweise Einfluss auf die Bewertungsrelationen gehabt, werden aber bei dem derzeitigen Verlauf der COVID-19-Erkrankungen vermutlich wenig Einfluss auf die DRG-Zuordnung haben.

Während sich die mittleren Verweildauern und Grenzverweildauern der häufig abgerechneten rheumatologischen DRGs kaum geändert haben (nur die oberen Grenzverweildauern in den DRGs I69A und I66E sind um einen Tag gestiegen, in der DRG I69B um einen Tag gesunken), sind Veränderungen der Bewertungsrelationen deutlicher ausgefallen. Rheumakliniken werden – in Abhängigkeit von ihrem Leistungsspektrum – daher für 2024 möglicherweise größere Katalogeffekte erfahren. Am deutlichsten ist die Bewertungsrelation der DRG I97Z für die rheumatologische Komplexbehandlung gesunken (-7,8%). Auch die Bewertungsrelation der häufigen DRGs

I79Z (Fibromyalgie), I66G und I69B liegen 2024 um -1,6%, -1,1% bzw. -0,8% niedriger. Auf der anderen Seite steigen die Bewertungsrelationen in den DRGs I69A (+4,2%), I66H (+7,2%) und I66E (+7,1%).

Die Steigerung der Landesbasisfallwerte zur Kompensation der Kostensteigerungen ist für 2024, sofern es nicht noch zu einem Einlenken des Gesetzgebers kommt, durch den Veränderungswert von 5,13% begrenzt.

Pflegepersonal in der Rheumatologie

Neben den Pflegepersonaluntergrenzen, die 2024 in der Rheumatologie, Inneren Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin in unveränderter Höhe weiter gelten, will der Gesetzgeber für 2024 die Erfassung des Pflegebedarfs mit der PPR 2.0 noch verpflichtend einführen.

Es bleibt weiterhin zu hoffen, dass die Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments zu einer differenzierteren Darstellung des Pflegeeinsatzes in der Rheumatologie beiträgt und die Fehlanreize der Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund der zwar gesetzlich vorgeschriebenen aber immer noch fehlenden Differenzierung nach Pflegeaufwand perspektivisch aufgehoben werden.

Der VRA hofft, Sie mit dieser Neuauflage des Kodierleitfadens weiter bei den Anforderungen an die korrekte Klassifizierung und Kodierung in der Rheumatologie unterstützen zu können.

Prof. Dr. med.
H.-J. Lakomek
Geschäftsführer des VRA

Gastherausgeber:

Dr. med.
W. Fiori
DRG-Research-Group
Roeder & Partner

Prof. Dr. med.
N. Roeder
DRG-Research-Group
Roeder & Partner