



Positionen der Deutschen Rheuma-Liga zur Krankenhausreform

Die Bund-Länder AG hat im Dezember 2014 Eckpunkte für eine Reform der Krankenhäuser vorgelegt. Mit den dort beschriebenen **Maßnahmen** soll nicht nur die Qualität der Versorgung im Krankenhaus verbessert, sondern auch ein Umbau der Krankenhauslandschaft vollzogen werden. Erreicht werden sollen diese Ziele unter anderem durch die **Einführung von Qualitätsindikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** sowie **ökonomischen Anreizen**, den **Abbau von Überkapazitäten** und der **Konzentration von Krankenhausstandortorten**. Viele der im Eckpunkte-Papier vorgesehenen Änderungen finden sich bereits im Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Die Deutsche Rheuma-Liga hat hierzu eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Rheuma-Liga vertritt die Auffassung, dass sich die **Behandlung im Krankenhaus** vorrangig an der **Qualität** und weniger an ökonomischen Interessen der Kliniken orientieren soll. Zwar sind unterschiedliche Instrumente der Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bereits implementiert (§ 137 SGB V), **primäres Leit- und Steuerungskriterium** ist diese aber noch nicht.

Gleichwohl ist der Rheuma-Liga klar, dass sich die Qualität der akutstationären Versorgung auch über die **finanzielle Ausstattung** eines Krankenhauses definiert. Insofern ist es enttäuschend, dass das Eckpunktepapier keine klaren Aussagen dazu enthält, wie die Länder zukünftig ihren Beitrag zur Investitionsförderung leisten sollen.

Die stationäre Versorgung von Rheumapatienten ist komplex und sollte in rheumatologischen Akutkliniken erfolgen, da diese die Möglichkeit zur Versorgung durch ein multidisziplinäres Team gewährleisten. Die **multimodale rheumatologische Komplexbehandlung in den Fachkliniken** senkt die Krankheitsaktivität und verbessert die Prognose. Diese bewährte Behandlungsform können nur Rheumakliniken gewährleisten.

Der Verband der rheumatologischen Akutkliniken (VRA) hat bereits 2003 ein spezielles **Qualitätsmanagement (KOBRA)** für die Rheumakliniken definiert und implementiert. Ziel des Projektes ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität sowie die Sicherung der Ergebnisqualität. Die Deutsche Rheuma-Liga ist in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement aktiv eingebunden. Auswertungen aus dem Messzyklus 2012 zeigen eine **hohe Behandlungsqualität**, die sich nachhaltig auf die Ergebnisqualität auswirkt und zu einer Verbesserung der Versorgung Betroffener führt.

Zusätzlich ist die **operative Versorgung** von Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder degenerativen Gelenkerkrankungen, wie der Arthrose, ein wichtiger

Bestandteil der medizinischen Versorgung. Hierzu gehören beispielsweise die Versorgung mit Gelenkersatz sowie andere Eingriffe, wie die Gelenkversteifung oder -spiegelung.

Darüber hinaus findet eine **spezialisierte Versorgung** von chronisch rheumakranken Menschen mit schweren Verläufen, von Kindern und Jugendlichen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen oder Betroffenen mit seltenen Erkrankungen in Ambulanzen nach § 116b SGB V, Hochschulambulanzen oder entsprechenden Zentren statt.

Allzu häufig erfolgt die Versorgung rheumakranker Menschen jedoch in Kliniken ohne eine entsprechende Spezialisierung.

Aus Sicht der Rheuma-Liga muss eine Reform der Krankenhauslandschaft...

... die ausreichende stationäre Behandlung Rheumakranker erhalten.

Die Versorgung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten im Krankenhaus ist eine interdisziplinäre Teamleistung. Gerade für Menschen mit Funktionseinschränkungen muss gewährleistet sein, dass sie nach Operationen die Rehafähigkeit erreicht haben und nicht vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Dies muss auch unter DRG-Bedingungen gewährleistet sein.

... den Zugang zu einer spezialisierten Versorgung gewährleisten.

Die Versorgung von chronisch rheumakranken Menschen mit schweren Verläufen, von Menschen mit seltenen Erkrankungen oder Kindern mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen erfolgt in Fachkliniken oder in entsprechenden Zentren.

Eine Reform der Krankenhäuser muss die Versorgung in Fachkliniken erhalten, ausbauen und entsprechend finanziell ausstatten.

... Qualität als Leitkriterium für die stationäre Versorgung definieren.

Die föderale Struktur der Gesundheitspolitik ermöglicht den Bundesländern auch zukünftig die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis 2016 festgelegten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung berücksichtigen zu können. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Die Umsetzung von Qualitätskriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss muss sich auch auf der Landesebene verbindlich widerspiegeln.

... die Patientensicherheit erhöhen.

Die Sicherheit von Patienten im Krankenhaus muss oberste Priorität haben.

Fehler bei der **Medikation** gehören auch im Krankenhaus zu den häufigen Ursachen unerwünschter Arzneimittelereignisse.

Viele rheumakranke Menschen nehmen im Rahmen der Therapie ihrer Erkrankung so genannte Hochrisikoarzneimittel, wie Methotrexat (MTX) ein. Medikationsfehler können unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Betroffenen nach sich ziehen.

Der Medikationsprozess muss so gestaltet werden, dass Anwendungsrisiken minimiert und Anwendungsfehler vermieden werden. Arzneimitteltherapiesicherheit (ATMS) muss integraler Bestandteil der Versorgung sein.

Die Zahl der **elektiven Operationen** liegt in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt. Dies gilt auch für die Endoprothetik im Bereich Knie- und Hüftgelenke.

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser, die durch eine Steigerung der Fallzahlen ihre Wettbewerbsposition halten bzw. verbessern können (sog. Rosinenpicker), kann hierfür ein Grund sein.

Eine qualitätsgesicherte Indikationsstellung und das Zweitmeinungsverfahren können dazu beitragen, unnötige Operationen zu vermeiden. Dabei sind die Qualitätsindikatoren regelmäßig zu überprüfen.

Bisher ist eine Teilnahme von Kliniken am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) freiwillig. Damit besteht die Gefahr, dass nicht alle Kliniken ihre Daten zur Verfügung stellen und eine umfassende Datensammlung/-auswertung nicht erfolgen kann.

Die Teilnahme am Endoprothesenregister muss für alle Kliniken verpflichtend sein.

... die Qualität der Behandlung durch Mindestmengen dokumentieren.

Die Erfahrung eines Arztes oder eines Krankenhauses in einem speziellen Leistungsbereich ist ein wichtiger Indikator für eine qualitativ gute Patientenversorgung. Die Festlegung von Mindestmengen bei bestimmten Behandlungen trägt dazu bei, die Versorgungsqualität zu sichern.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der Endoprothetik und für die Versorgung von schwerstkranken Menschen.

... die Verzahnung der Leistungssektoren verbessern.

Trotz vorhandener gesetzlicher Vorgaben gibt es nach wie vor Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren ambulant, akutstationär und rehabilitativ. Rheumakranke Menschen sind aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankung auf eine reibungslose Zusammenarbeit aller Leistungssektoren angewiesen.

Die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer muss so verbessert werden, dass eine koordinierte Versorgung regelhaft möglich wird.

... ein Entlassmanagement etablieren.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz soll in § 39 SGB V festgelegt werden, dass die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement beinhaltet.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Regelung für den Krankenhausbereich sehr, da sich an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachfolgenden ambulanten Behandlungen, Rehabilitationsbehandlungen oder (Kran-

ken-)Pflege immer noch erhebliche Schnittstellenprobleme ergeben. Eine ähnliche Notwendigkeit besteht jedoch auch im Hinblick auf das Versorgungsmanagement nach der Rehabilitation. Hier müssten ebenfalls geeignete Maßnahmen ergriffen werden.

Im Sinne einer guten Versorgungsqualität für die Bürgerinnen und Bürger sollte das Vorhalten eines Entlassmanagements in einer Klinik ebenfalls als Qualitätsstandard definiert und festgelegt werden. Auf diese Weise können „Drehtüreffekte“ vermieden werden.

... den Mangel in der „Pflege am Bett“ abbauen.

Bereits heute ist der pflegerische Bereich in deutschen Krankenhäusern unterbesetzt. Gestiegene Fallzahlen, eine sinkende Zahl von Krankenhausbetten sowie die kürzeren Verweildauern von PatientInnen erfordern eine hohe Pflegeintensität. Die nötige Anpassung des Pflegepersonalschlüssels hat jedoch nicht stattgefunden. Besonders für alte und/oder multimorbide PatientInnen ist nicht genug Zeit vorhanden. Der von der Bundesregierung geplante Pflegevorsorgefonds in Höhe von 600 Millionen Euro bedeutet rechnerisch ein Plus von drei Stellen je Krankenhaus. Das reicht nicht aus.

Die notwendige pflegerische Versorgung muss auch im DRG-System sachgerecht abgebildet werden.

... die flächendeckende akutstationäre Versorgung sichern.

Eine flächendeckende Versorgung setzt Standards zur Erreichbarkeit für Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximal- und Schwerpunktversorgung voraus. Aufgrund der unterschiedlichen Infrastrukturegebenheiten der einzelnen Bundesländer müsste eine Zeitobergrenze festgelegt werden.

Es müssen bundeseinheitliche Standards für die maximale Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung festgelegt und bei der Krankenhausplanung verpflichtend berücksichtigt werden.

... die Finanzierung sicherstellen.

Eine qualitativ gute akutstationäre Versorgung setzt eine finanzielle Absicherung des Leistungsangebots voraus. Die Finanzierung der Krankenhäuser muss sichergestellt werden. Dabei müssen sowohl die Krankenkassen als auch die Bundesländer ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen.

Bonn, den 20.02.2015