

Stellungnahme Radiologie zum Basismodell-Entwurf zur geplanten Krankenhausreform

vom 4. Mai 2023

(Stand: Juni 2023)

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

1. Die Radiologie ist als therapeutisches Fach mit Kernleistungskompetenzen in den Leistungsgruppen nicht vertreten. Dies widerspricht der faktischen Bedeutung der interventionellen Radiologie für die Patientenversorgung. Eine systematische Neujustierung ist deshalb geboten.

Jenseits der bildgebenden Diagnostik leistet die interventionelle Radiologie in großem Umfang versorgungsrelevante minimal-invasive therapeutische Eingriffe in nahezu allen Organbereichen. Diese umfassen neben bildgestützten Verfahren (Ultraschall, CT oder MRT) – wie beispielsweise Organpunktionen, Drainagetherapien, Tumor- und Schmerzbehandlungen – insbesondere auch kathetergestützte Gefäßeingriffe in der Angiographie. In nahezu allen Gefäßprovenienzen des Körpers werden Gefäßengen beseitigt, Aneurysmen ausgeschaltet, akute innere Blutungen gestillt, Blutgerinnsel entfernt und Tumoren behandelt. Am Beispiel der Schlaganfall- oder Hirnaneurysmathherapie wird ferner deutlich, dass die vorgenannten Behandlungen leitliniengestützt inzwischen oftmals die Therapie der ersten Wahl darstellen. Damit ist die interventionelle Radiologie heute auch in der Rolle des Primärbehandlers tätig. Dies wird bislang oft verkannt, da die Patienten aufgrund meist fehlender Betten in radiologischen Abteilungen in der überwiegenden Zahl der Fälle bei einem Zuweiser stationär geführt werden. Die DRG wird daher über den Zuweiser generiert, obwohl die Kernleistung von der Radiologie erbracht wird.

Im Gutachten „Krankenhauslandschaft NRW“¹ von August 2019 wird unter 7.2.3 „Gefäße“ explizit auf die Gefäßversorgung eingegangen: „...wobei Thrombektomien und periphere Gefäßinterventionen die Vorhaltung einer entsprechenden radiologischen Ausstattung und Expertise verlangen.“ Mit Blick auf den aktuellen Krankenhausplan NRW 2022 und den Vorschlag der Regierungskommission werden der interventionellen Radiologie aber weder ein Leistungsbereich noch Leistungsgruppen zugeordnet. Im interventionsrelevanten Leistungsbereich 12 „Gefäßmedizin“ wird unter „Sonstige Struktur- und Prozesskriterien“ lediglich eine „Interventionelle Radiologie und/oder Angiologie in Kooperation“ aufgeführt. Dabei orientierten sich die Inhalte der Leistungsbereiche entsprechend 5.1.1 des Krankenhausplans NRW 2022 explizit an den Gebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO). Nur das Gebiet der Radiologie (FA Radiologie) hat hier interventionelle Verfahren als allumfassenden Weiterbildungsinhalt, die Gebiete Chirurgie (FA Gefäßchirurgie) und Innere Medizin (FA Innere Medizin und Angiologie) haben diesen Inhalt nur nachgeordnet und mit geringen oder gar keinen Richtzahlen in den WBO verankert. Diese Weiterbildung spiegelt auch die Versorgungsrealität wider, in der der überwiegende Teil interventioneller Leistungen durch FÄ für Radiologie erbracht werden. Da die Radiologie als Querschnittsbereich meist keine „eigenen Betten“ hat, finden sich diese Leistungen in der DRG-Systematik dann aber in der Statistik der bettenführenden Abteilungen, oft der Gefäßchirurgie, der Angiologie oder Anderen.

¹ Siehe https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1

Für die konkrete Ausgestaltung der zukünftigen Leistungsbereichs-/Leistungs-gruppensystematik (auf der Grundlage des in NRW verfolgten Ansatzes) sehen wir vor diesem Hintergrund Konkretisierungs- und Nachbesserungsbedarf. Hier sollte zum einen beispielhaft Bezug genommen werden auf die Ausformulierungen im Krankenhausplan NRW zur LG 25.1 (Neurochirurgie) und LG 26.2 (Stroke), die die radiologische Fachqualifikation (Neuroradiologie) in guten Bezug zur radiologischen Diagnostik (MRT) bzw. Intervention (Schlaganfallbehandlung mit Thrombektomie) stellen.

Das auch in der deutschen Reformdiskussion als Vorbild geltende „Zürcher Modell“ der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) adressiert diese Thematik in dem jüngst publizierten Versorgungsbericht „Zürcher Spitalplanung 2023“² wie folgt: *„... Im Bereich der Radiologie, vor allem der interventionellen Radiologie, ist die technische Entwicklung der letzten Jahre in der aktuellen Leistungsgruppensystematik nicht mehr berücksichtigt. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit einem Expertengremium eine neue Systematik für diesen Bereich erarbeitet. Per 01.01.2023 werden zwei neue Spitalleistungsgruppen eingeführt: RAD1 «Interventionelle Radiologie» und RAD2 «Komplexe Interventionelle Radiologie». ... Die leistungsspezifischen Anforderungen sind in der Beilage zum Versorgungsbericht ersichtlich.“*

Vor diesem Hintergrund möchten wir vorschlagen, die im aktuellen Basismodell vorgesehenen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen um einen Leistungsbereich „Interventionelle Radiologie“ ggf. als sog. „Querschnitts-Leistungsbereich“ zu ergänzen (siehe Anhang 2). Die interventionsradiologischen Leistungen ließen sich dann systematisch in fünf Leistungsgruppen aufteilen (siehe Anhang 2). Die radiologisch-interventionellen Leistungsgruppen folgen dabei der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie dem fachinternen Qualitätssicherungsregister der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR).

2. Fehlende Vorgaben für die Abteilungsstruktur und die fachliche Qualifikation in der Radiologie lassen die medizinisch-technische Geräteausstattung ins Leere laufen. Spezialisierte und erforderliche radiologische Leistungen setzen das Tätigwerden von Radiologen, Neuroradiologen und/oder Kinderradiologen voraus.

Bereits im Rahmen der Notfallversorgung³ wird im Krankenhaus auf allen Stufen der Versorgung eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung vorgeschrieben. Krankenhäusern der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung wird zudem das Vorhalten einer Magnetresonanztomographie (MRT) sowie eine medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und der Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie vorgegeben.

Die im Beschluss zur Notfallversorgung als auch im Krankenhausplan NRW 2022 für diverse Leistungsgruppen bezeichneten Modalitäten (Röntgen, CT, MRT etc.) entstammen sämtlich dem Fachgebiet der Radiologie. Sie erfordern damit weitreichende radiologische Diagnostik und setzen das Tätigwerden eines Radiologen und/oder Neuro-/Kinderradiologen sowie implizit das Vorhalten einer Fachabteilung Radiologie in dem betreffenden Krankenhaus voraus. Mit Blick auf den Krankenhausplan

² Siehe https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023/versorgungsbericht_vernehmlassungsversion.pdf

³ Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch SGB V vom 19. April 2018, BAnz AT 18.05.2018 B4, Seite 1 ff.

NRW 2022 schreibt dieser gegenwärtig hingegen nicht vor, dass ein Krankenhaus über eine Fachabteilung Radiologie verfügen muss. Seine Regelungen verlangen in Bezug auf die Radiologie ebenfalls nicht, dass die einhergehenden technischen und fachlichen Anforderungen auch durch entsprechend qualifiziertes ärztlich-radiologisches Personal erfüllt werden müssen.

Für das Röntgen und die Computertomographie werden diese Anforderungen seit dem 01.01.2019 in der neu gefassten Strahlenschutzverordnung (StrSchV) sowie den weiteren Ausführungsbestimmungen des Strahlenschutzgesetzes (StrSchG) beschrieben.⁴ Die notwendige Strahlenschutz-Fachkunde für Röntgen und insbesondere für die CT liegt fast ausschließlich in der Radiologie. Hinzu kommt, dass die Expertise in der Durchführung und Befundung von Röntgen überwiegend und CT ausschließlich der Weiterbildung zum FA für Radiologie vorbehalten ist. Ohne FA für Radiologie vor Ort kann die bislang als „Vorhaltung Geräte“ unter den Qualitätskriterien genannte Infrastruktur daher nicht betrieben werden, die Untersuchungen nicht befundet werden. Die Nennung des FA Radiologie unter „Fachärztliche Vorgaben“ ist daher zwingend erforderlich.

Im Bereich der Magnetresonanztomographie regelt das Gesetz zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung (NiSG) die fachlichen Anforderungen. Die rechtfertigende Indikation setzt auch hier voraus, dass der Arzt über die erforderliche Fachkunde verfügt.⁵ Wie in der o. g. CT ist auch die Qualifikation für die Durchführung und Befundung der MRT ausschließlich Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie.

Die spezialisierten radiologischen Leistungen, die in der CT- und MRT-Diagnostik erbracht werden und für die Diagnostik und Therapie der meisten Erkrankungen erforderlich sind, setzen deshalb das Tätigwerden von Radiologen, Neuro- und/oder Kinderradiologen voraus und können nicht regelhaft von Nicht-Radiologen erbracht werden.

Der Krankenhausplan NRW 2022 fordert für jede Leistungsgruppe die Vorhaltung von mindestens einer Facharzttrichtung. Ferner sollen Patienten einer Leistungsgruppe nur von Fachärzten dieser Leistungsgruppe behandelt werden. Wenn unter „Vorhaltung Geräte“ in einer Vielzahl von Leistungsgruppen dem Fach Radiologie zugeordnete Modalitäten gelistet werden, ist auf Basis der vorgenannten Vorgaben aus der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), den weiteren Ausführungsbestimmungen des Strahlenschutzgesetzes (StrSchG) gemäß der Fachkunderichtlinie und der Qualifikation nach Weiterbildungsordnung die explizite Nennung des erforderlichen Facharztes für Radiologie (FA Radiologie) erforderlich. Bitte entnehmen Sie dem Anhang 3 einen entsprechenden Änderungsvorschlag.

3. Die Reduktion der Radiologie auf ein Querschnittsfach mit gerätebezogenen Mindestvoraussetzungen gefährdet die Versorgung. Die zukünftige Krankenhausvergütung muss die Absicherung von Vorhaltekosten durch Vorhaltepauschalen in der Radiologie als berechtigter Leistungserbringer adressieren und ausformulieren.

Der Reformvorschlag der Regierungskommission definiert einzelne Fachbereiche als sogenannte Querschnittsbereiche und stellt die Radiologie, neben der Anästhesie und Labordiagnostik, als "Mindeststrukturvoraussetzung" dar. Die Definition der Radiologie als reines Querschnittsfach birgt die Gefahr einer fortgesetzten Unterfinanzierung mit Personalabbau und Verlust wichtiger

⁴ Siehe § 47 StrlSchV i.V.m. der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin vom 22.12.2005 in der Fassung vom 26.06.2012

⁵ Siehe § 2 Abs. 1, 2 NiSG

versorgungsrelevanter Krankenhausinfrastrukturen wie z.B. der außer- und innerklinischen Notfallversorgung. Im Rahmen der Krankenhausreform muss für alle medizinischen Fachbereiche – unabhängig, ob primär bettenführend oder nicht – eine adäquate Finanzierung des ärztlichen Personals sowie der Ausstattung sichergestellt werden. Leistungsaufträge werden ausschließlich auf Ebene der Leistungsgruppe vergeben werden. Hohe Geräte- und Betriebskosten in der Radiologie sind ohne klare Einbettung in eine vergütungsrelevante Leistungsgruppenlogik und eingedenk des fachimmanenten Selbstüberweisungsvorbehaltes damit weiterhin nicht ausreichend erlösgedeckt. Die aktuell diskutierten Modelle zur Krankenhausvergütung müssen insofern zwingend auch die Absicherung von Vorhaltekosten durch Vorhaltepauschalen in der Radiologie als berechtigter Leistungserbringer adressieren und konkret ausformulieren.