

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

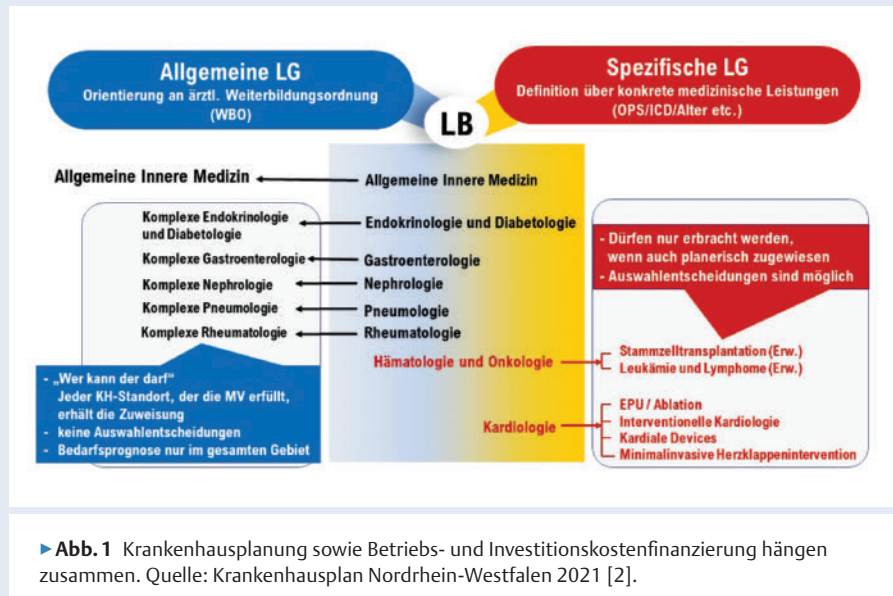


Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung Teil II: Die neue Krankenhausplanung in NRW – was gilt für die akutstationäre Rheumatologie

HINWEIS

Der erste Teil des Beitrags wurde in den Verbandsnachrichten in Ausgabe 1/2022 der arthritits + rheuma veröffentlicht.

Die Krankenhausplanung obliegt ebenso wie die Finanzierung der Investitionskosten traditionell den Bundesländern. Insofern kann die neue Krankenhausplanung im NRW auch als ein Versuch gesehen werden, die Hoheit über die Strukturierung der Krankenhausversorgung zu behalten. NRW ist das bevölkerungsreichste Bundesland mit 20–25 % aller bundesweiten Fälle und Krankenhausbetten. Entscheidungen, die in NRW getroffen werden, haben damit bereits rein quantitativ eine Auswirkung auf die bundesweite Versorgung. Am 20. August 2021 wurden die Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in NRW vorgestellt [1] und am 29. September die konkretere Rahmenplanung [2] im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales diskutiert. NRW stellt die Planung von Betten auf Fälle pro definierte medizinische Leistungsgruppen um. Alle Krankenhausstandorte sollen in 2022 ihre Versorgungsaufträge neu beantragen. Für die Prüfung und Zuweisung der neuen Versorgungsaufträge wurden 64 Leistungsgruppen (LG) definiert, die 32 Leistungsbereichen (LB) zugeordnet sind. Die LB orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern und dienen vornehmlich der Strukturierung der LG. Jedem LB werden eine oder mehrere LG zugeordnet. Das zentrale Steuerungselement der Krankenhausplanung bilden jedoch die LG. Die den jeweiligen LG zugehörigen Leistungen dürfen von einem Krankenhausstandort nur erbracht werden, wenn die LG im Feststellungsbescheid auch zugewiesen wurde. Die LG unterteilen sich nochmals in so genannte allgemeine und spezifische LG. Spe-



zifische LG wurden überall dort geschaffen, wo Leistungen als besonders steuerungsnotwendig erachtet wurden. Häufig – aber nicht immer – handelt es sich um komplexere Leistungen, für die eine Konzentration auf weniger und damit höher spezialisierte Standorte angestrebt wird. Spezifische LG weisen fast immer eine Falldefinition, meist über OPS-Kodes und ggf. ergänzt über ICD-Kodes und/oder das Alter auf. Dies erlaubt eine relativ exakte Bedarfsermittlung und quantitative Zuweisung der Leistungen. Die allgemeinen LG definieren sich dagegen über die WBO. Wurde einem Krankenhausstandort im Feststellungsbescheid eine allgemeine LG zugewiesen, darf das gesamte Leistungsspektrum der WBO erbracht werden, soweit die betreffenden Leistungen nicht einer spezifischen LG zugewiesen sind. Aufgrund der fehlenden spezifischen Falldefinition erfolgt die Bedarfsermittlung über Fälle, die aus einer Fachabteilung mit entsprechendem Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V entlassen wurden.

Für die Gebiete der Inneren Medizin und Chirurgie existieren allerdings Ausnahmen von dieser Regel. Für die Teilgebiete („Facharzt-kompetenzen“) in der Inneren Medizin wurden beispielsweise eigene LB und mit Ausnahme der Kardiologie, Hämatologie/Onkologie und Geriatrie auch stets nur eine eigene allgemeine LG („Komplexe ...“ für die Gastroenterologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie sowie Endokrinologie und Diabetologie) geschaffen. Die Leistungen der WBO der Teilgebiete dürfen auch dann erbracht werden, wenn im Feststellungsbescheid nur die allgemeine LG „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen wurde. Ausgenommen sind lediglich die Leistungen der spezifischen LG in den LB Kardiologie, Hämatologie und Onkologie sowie Geriatrie. Eine getrennte Bedarfsermittlung für die allgemeinen LG der Teilgebiete erfolgt nicht (► **Abb. 1**). Ebenso wird es keine Auswahlentscheidungen geben.

Wenn sich ein Krankenhausstandort auf eine LG bewerben will, muss er bestimmte qualitative Mindestvoraussetzungen erfüllen.

Leistungsgruppe / Leistungsbereich: 6.1 Komplexe Rheumatologie / Rheumatologie

Definition: Allg. LG / Orientierung an der Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie (WBO) **Planungsebene:** Regierungsbezirk

Fachabteilung: 0109 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0900 Rheumatologie
2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

Erbringung verwandter LG		Geräte
Am Standort LG Allgemeine Innere Medizin (+ Intensiv) oder LB Orthopädie und Unfallchirurgie (+ Intensiv Basis)	In Kooperation - keine	- Sonographiegerät - Osteodensitometrie
Facharztkompetenzen		Verfügbarkeit
FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie		3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
Sonstige Struktur- und Prozesskriterien		
G-BA/Bund - keine	Land Interdisziplinäre Falkonferenzen, Physiotherapeutische, ergotherapeutische, schmerztherapeutische Kompetenz am Standort	

► **Abb. 2** Allgemeine LG „Allgemeine Innere Medizin“; WBO: Weiterbildungsordnung; FA: Facharztkompetenz; VZÄ: Vollzeitäquivalente. Quelle: Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021 [2].

Leistungsgruppe / Leistungsbereich: 1.1 Allgemeine Innere Medizin / Allgemeine Innere Medizin

Definition: Allg. LG / Orientierung am Gebiet Innere Medizin (WBO) **Planungsebene:** Kreis

Fachabteilung: 0100 Innere Medizin; 0103 Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0105, 0500 Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0152 Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde; 0190 0191, 0192 Sonstige Innere
0300, 0390 Kardiologie; 3750 Angiologie
0200 Geriatrie; 0260 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze); 3752 Palliativmedizin

Erbringung verwandter LG		Geräte
Am Standort LG Intensivmedizin (Basis) Auswahl: LB Frauenheilkunde und Geburtshilfe	In Kooperation LG Allgemeine Chirurgie	- Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor (24/7) - CT 24/7 mind. in Kooperation, Endoskopie (Regeldienst) Auswahl: MRT
Facharztkompetenzen		Verfügbarkeit
FA aus dem Gebiet für Innere Medizin		3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
Sonstige Struktur- und Prozesskriterien		
G-BA/Bund - keine	Land - keine	

► **Abb. 3** Allgemeine LG „Komplexe Rheumatologie“; WBO: Weiterbildungsordnung, FA: Facharztkompetenz, VZÄ: Vollzeitäquivalente. Quelle: Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021 [2].

Darüber hinaus werden auch weitere qualitative Kriterien vorgegeben, an denen sich die Planungsbehörden bei Auswahlentscheidungen orientieren sollen (sog. Auswahlkriterien). Ausnahmen stellen auch hier die allgemeinen LG der Teilgebiete dar. Jeder Krankenhausstandort, der die einer LG zugeordneten Mindestvoraussetzungen erfüllt, bekommt die LG der Teilgebiete auch zugewiesen.

Die qualitativen Vorgaben unterteilen sich in Abhängigkeiten (Erbringung verwandter Leistungsgruppen), die Vorhaltung von Ge-

räten, fachärztliche Vorgaben sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien auf Bundes- und Landesebene. Mindestfallzahlen wurden trotz der gesetzlichen Möglichkeit (§ 13 Abs. 1 KHGG) nicht genutzt (► **Abb. 2**, ► **Abb. 3**).

Bei den Abhängigkeiten werden in der Regel für komplexere LG die LG der Grundversorgung (LG „Allgemeine Innere Medizin“, LG „Allgemeine Chirurgie“ und LG „Intensivmedizin“) oder weitere sinnvolle ergänzende LG als Basis für den Krankenhausstandort gefordert. Für Fachkliniken, die keine Grundver-

sorgung anbieten, bestehen unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen von dieser Regel. Die LG „Intensivmedizin“, die bei fast allen LG zusätzlich am Standort gefordert wird, weist 3 unterschiedliche Stufen an Qualitätsanforderungen („Basis“, „Komplex“ und „Hochkomplex“) auf. Bei den Abhängigkeiten von der LG Intensivmedizin wird bei den einzelnen LG daher auch immer das notwendige Mindestlevel der Qualitätsanforderung der LG „Intensivmedizin“ mit angegeben. Für viele LG werden 3 am Standort beschäftigte Vollzeitäquivalente (VZÄ) näher bestimmter Facharztqualifikationen vorgegeben. Ebenso ist in der Regel ein durchgängiger Rufdienst (24/7) mit der entsprechenden Facharztqualifikation vorgesehen. In einzelnen LG wird von dieser Regel abgewichen.

Im Gebiet der Inneren Medizin – also auch in der Rheumatologie – ist es damit für die Leistungserbringung primär ausschlaggebend, ob die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ erfüllt werden. Hierzu gehören beispielsweise, dass 3 Vollzeitäquivalente mit einer Facharztqualifikation aus dem Gebiet der Inneren Medizin am Standort beschäftigt werden und eine entsprechende fachärztliche Rufbereitschaft gewährleistet werden kann. Zusätzlich wird auch die Zuweisung der LG „Intensivmedizin“ mit der Qualitätsanforderung „Basis“ (3 intensivmedizinisch erfahrene fachärztliche VZÄ, mind. Rufbereitschaft 24/7, davon ein VZÄ mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ oder ein VZÄ mit der Facharztkompetenz „Anästhesiologie“, Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus Point-of-Care-Laboranalytik am Standort) benötigt. Die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ muss zumindest in Kooperation vorgehalten werden, ebenso muss die Möglichkeit, eine Computertomografie 24/7 durchführen zu können, zumindest durch eine Kooperation sichergestellt werden. Die restlichen Mindestvoraussetzungen (► **Abb. 2**) dürften in der Regel problemlos zu erfüllen sein.

Zusätzlich existiert auch eine allgemeine Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ (► **Abb. 3**), wobei, wie oben dargestellt, alle Leistungen der WBO der internistischen Rheumatologie bereits im Versorgungsauf-

trag für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ enthalten sind. Eine quantitative Bedarfsplanung soll zunächst nicht erfolgen, da die Leistungen der Rheumatologie datentechnisch schwer trennscharf von Leistungen anderer internistischer Teilgebiete abgegrenzt werden können. Auswahlentscheidungen bei einem rechnerischen Überangebot von Leistungen oder vielen kleineren Standorten in einem Regierungsbezirk sollen somit in der Rheumatologie noch nicht erfolgen. Jeder Krankenhausstandort, der die Mindestvoraussetzungen erfüllt und sich auf diese LG bewirbt, wird diese damit auch zugewiesen bekommen. Die Funktion der allgemeinen LG „Komplexe Rheumatologie“ ist damit eher in einer Darstellung besonderer Kompetenz in der Außenwirkung zu sehen. Wesentlich für die Zuteilung der LG „Komplexe Rheumatologie“ ist die Vorhaltung von 3 Vollzeitäquivalenten mit einer Facharztqualifikation der „Inneren Medizin und Rheumatologie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“.

Für die LG „Komplexe Rheumatologie“ sind ein Sonografiegerät und eine Osteodensitometrie am Standort vorzuhalten. An sonstigen Struktur- und Prozesskriterien werden „physiotherapeutische, ergotherapeutische und schmerztherapeutische Kompetenz“ am Standort sowie „interdisziplinäre Fallkonferenzen“ gefordert. Eine konkrete Definition der vielen genutzten unbestimmten Rechtsbegriffe ist bislang noch nicht erfolgt. Es steht auch noch nicht fest, wie diese nachgewiesen werden müssen.

Rein formal könnte auch ein Standort ohne 3 internistische VZÄ, sogar allein über chirurgische fachärztliche VZÄ mit der Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“ bei paralleler Vorhaltung einer LG des LB „Orthopädie und Unfallchirurgie“ die LG „Komplexe Rheumatologie“ beantragen und zugewiesen bekommen. In der Praxis dürfte dies in NRW allerdings kaum vorkommen. Umgekehrt können rheumatologische Kliniken davon profitieren, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“ auf die Mindestvoraussetzungen der 3 fachärztlichen Vollzeitäquivalente und den Rufdienst mit angerechnet zu bekommen. Beachtenswert ist allerdings, dass Fälle, die aus einer Fachabteilung der Orthopädie

mit Schwerpunkt Rheumatologie (Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V: „2309“) entlassen werden, beim Bedarf der „Inneren Medizin“ berücksichtigt werden (Stand der Rahmenvorgaben vom 29.09.2021).

Jeder LG wird eine Planungsebene zugewiesen, für die der Bedarf ermittelt und die Zahl der Standorte in regionalen Planungskonferenzen festgelegt werden soll. Der Rahmenplan sieht vor, dass auf der jeweiligen Planungsebene mindestens ein Standort die Leistungen der LG anbieten soll. Es handelt sich aber ausdrücklich um eine Mindestvorgabe und keine Regelgröße. Für die LG der Grundversorgung (LG „Allgemeine Innere Medizin“, LG „Allgemeine Chirurgie“ und LG „Intensivmedizin“) und die LG „Geriatric“ stellt der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt die Planungsebene dar. Dabei ist für die LG der Grundversorgung eine Erreichbarkeit von maximal 20 PKW-Fahrzeitminuten für mindestens 90% der Bevölkerung maximal jedoch 30 PKW-Fahrzeitminuten vorgesehen. Die meisten LG wie auch die LG „Komplexe Rheumatologie“ sollen zukünftig auf der Ebene der 5 Regierungsbezirke beplant werden.

Umsetzung des Krankenhausplans

Die Umsetzung des Krankenhausplans soll in sogenannten regionalen Planungsverfahren erfolgen, in denen die Krankenhäuser und die Landesverbände der Krankenkassen über regionale Planungskonzepte verhandeln. Im Vergleich zu den bisherigen regionalen Planungskonzepten soll das Verfahren zeitlich deutlich gestrafft und durch ein digitalisiertes und vereinheitlichtes Verwaltungsverfahren strukturiert werden. Nach den bisherigen Ankündigungen des MAGS sollen die regionalen Planungsverfahren 2022 initiiert werden, 2023 sollen erste Feststellungsbescheide durch die Bezirksregierungen verschickt werden können. Ob dieser ambitionierte Zeitplan eingehalten werden kann, bleibt abzuwarten. Weitere Verwaltungsvorschriften wurden angekündigt. Insbesondere im Hinblick auf den resultierenden Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten wird spannend werden, welche konkreten Nachweise gefordert werden bzw. ob diese für alle Mindestvoraussetzungen (z. B. das Vorhandensein eines EKG-Geräts) auch noch regelhaft beigebracht werden müssen.

Krankenhäuser in NRW sollten die verbleibende Zeit nutzen und sich intensiv mit den neuen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans auseinandersetzen. Im Rahmen dieses Beitrags können nur die Grundzüge beschrieben werden (s. daher auch [3]). Vielfältige und wichtige Ausnahmen und Besonderheiten müssen beachtet werden (z. B. Sonderregeln für Fachkliniken). Für die Rheumatologie alleine werden die Auswirkungen vermutlich zunächst noch gering sein. Trotzdem kann es sein, dass Standorte, an denen derzeit eine rheumatologische Versorgung stattfindet, Probleme bekommen werden, weiter einen Versorgungsauftrag für die Grundversorgung zu erhalten. Insbesondere kleinere Standorte in unmittelbarer Nähe zu größeren Krankenhäusern, die ebenfalls eine Grundversorgung anbieten, wie beispielsweise im Ruhrgebiet oder Rheinland, werden möglicherweise um ihren Versorgungsauftrag kämpfen müssen. Meist wird die Rheumatologie vom Versorgungsauftrag für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ abhängig und damit mittelbar betroffen sein. Die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG „Komplexe Rheumatologie“ könnte von Vorteil sein und im Wettbewerb um den Versorgungsauftrag der LG „Allgemeine Innere Medizin“ genutzt werden.

Auch wenn der neue Krankenhausplan für NRW das Potenzial bietet, Strukturveränderungen anzustoßen, bleibt abzuwarten, ob es tatsächlich zu den vom Ministerium gewünschten Effekten kommt. Strukturveränderungen brauchen Zeit und ebenfalls eine begleitende ausreichende Finanzierung. Bei der Bevölkerung, den Trägern und den Mitarbeitenden muss um Akzeptanz geworben werden. Viele Reformanstrengungen sind schon verpufft, wenn planerische Vorgaben auf die Versorgungsrealität treffen. Insbesondere bei Auswahlentscheidungen ist es nicht unwahrscheinlich, dass Krankenhäuser gegen diese Klage einreichen werden, wenn sie ihre Versorgungsinteressen nicht durchsetzen konnten. Wird bei Wegfall eines bisherigen Leistungssegments in diesen Fällen einstweiliger Rechtsschutz gewährt, kann sich die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung in NRW noch über viele Jahre hinziehen. Der neue Krankenhausplan wird sich eventuell auch noch einmal der politischen Diskussion stellen müssen, wenn im Mai 2022 Landtagswahlen in

NRW mit aus aktueller Sicht ungewissem Ausgang bezüglich der politischen Mehrheiten stattfinden.

Parallel zu den Bemühungen des Landes NRW könnte es daher trotzdem zu einer Ausweitung der Einflussnahme durch die Bundesebene kommen. Dabei ist zu beachten, dass der Bund bereits seit einigen Jahren einerseits über Struktur- und Zukunftsfonds fördernd und andererseits über Regelungen und Richtlinien des G-BA sowie direkter über Pflegepersonaluntergrenzen/Pflegepersonalquotient und OPS-Strukturprüfungen fordernd sich in die Krankenhausplanung einbringt. Der Einfluss der Bundesebene auf die Strukturen der Krankenhausversorgung gelingt am einfachsten über die Methoden der Qualitätssicherung. Bereits in einem der letzten Gesetzesvorhaben der vorherigen Legislaturperiode, im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), hat der Gesetzgeber für die Mindestmengen die Befugnisse des G-BA für Qualitätsanforderungen ausgeweitet und die Möglichkeiten der Bundesländer für Ausnahmeregelungen beschränkt. Neu ist auch das Prinzip, dass die Zulässigkeit von Leistungen auch von verwandten oder alternativen Leistungen abhängig gemacht werden kann (z. B. Erstimplantation einer Prothese von Erfahrungen bei Revisionseingriffen oder alternativen Verfahren, um die Indikationsqualität zu stärken) [4]. Das gleiche Prinzip wird auch in der Krankenhausplanung NRW über die Abhängigkeiten von anderen Leistungsgruppen genutzt. Auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das für die Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) zuständig ist, empfiehlt am ehesten die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ als zukünftige Option für PlanQI: „Diese Bezugsebene könnte mit dem Fokus auf Mindestanforderungen an die Strukturqualität und für einzelne Leistungsgruppen in ausgewählten Bereichen ergänzt um Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren mit der Möglichkeit einer mehrstufigen Differenzierung unterschiedlicher Qualitätsniveaus für die Krankenhausplanung geeignet sein“ [5]. Zusammen mit der Tatsache, dass auch im Koalitionsvertrag das Prinzip der Krankenhausplanung über medizinische Leistungsgruppen als zielführend erachtet wird, kann davon ausgegangen werden, dass

sich hier ein neuer krankenhauserplanerischer Ansatz verfestigt.

Ob und wie das bundesweite DRG-Vergütungssystem mit den neuen krankenhauserplanerischen Ansätzen zurechtkommt, bleibt abzuwarten. Länderspezifische qualitative Vorgaben, die zu unterschiedlichen Betriebskosten führen, können nur schwer in ein bundesweit einheitlich vergütendes System integriert werden. Auch die parallele Einführung erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen nach Versorgungsstufen ist nicht trivial. Der Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche (DRG-)Leistung“ kann dann kaum noch aufrechterhalten werden. Auch dies kann neue Steuerungseffekte auslösen. Nicht zuletzt fehlen für die bisherige Methodik der Weiterentwicklung des G-DRG-System die Daten. Bereits das aG-DRG-System 2022 wurde nochmals auf Basis der „alten“ Kalkulationsdaten aus 2019 entwickelt, weil die Daten des Corona-Jahres 2020 hierfür keine sinnvolle Grundlage darstellten. Mit den Daten aus 2021 und möglicherweise auch noch aus 2022 wird es nicht anders sein. Dauerhaft ist jedoch eine Kalkulation auf Daten aus 2019 sicherlich nicht zielführend, zumal der Fallzahlrückgang und die zu erwartende Ambulantisierung auch zu einer anderen Zusammensetzung der stationär behandelten Fälle führen dürften. Eine größere Reform der Krankenhausfinanzierung wird aufgrund der Komplexität allerdings in dieser Legislaturperiode 2021–2025 allenfalls angestoßen werden können. Es darf daher mit Spannung erwartet werden, wie die Krankenhausfinanzierung kurzfristig sichergestellt wird. Im Koalitionsvertrag findet sich hierzu nichts.

Dr. med. Wolfgang Fiori, DRG-Research-Group, Roeder & Partner Ärzte PartG, Senden

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek, Geschäftsführer VRA

Prof. Dr. med. Norbert Roeder, DRG-Research-Group, Roeder & Partner Ärzte PartG, Senden

Literatur

- [1] Pressemitteilung des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 20.08.2021: <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/>

mehr-bedarfsorientierung-mehr-qualitaetsorientierung-mehr-patientenorientierung

- [2] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021. Vorlage 17/5764 <https://www.landtag.nrw.de/home/der-landtag/tagesordnung/WP17/2000/E17-2022.html> (Download am 26.09.2021)
- [3] Roeder N, May P-J, Richard Kösters R, Fiori W. Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung. *das Krankenhaus* 2021; 10: 873–892
- [4] Gesetzesbegründung zur Neufassung des § 136b Abs. 3 SGB V im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), Bundestags-Drucksache 19/26822 vom 19.02.2021
- [5] <https://iqtig.org/aktuell/news/bericht-des-iqtig-zur-neukonzeption-der-entwicklung-und-bewertung-der-planungsrelevanten-qualitaetsindikatoren-veroeffentlichtteil-a/>

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle
Schumannstr. 18, 10117 Berlin
Tel./Fax: 030/206298-79/-82
E-Mail: gf@vraev.de
Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.
E-Mail: lakomek@vraev.de