

Fachkrankenhäuser im KHVVG stärken, nicht schwächen

38%

der somatischen
Krankenhäuser
sind Fachkranken-
häuser*.

*Quelle: BDPK-Auswertung auf Basis der BInDoc Datenanalyse 2023



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e. V.

Wir sichern Versorgung

Welche Herausforderungen bringt das KHVVG mit sich?

Allgemeinkrankenhäuser Die Allrounder.

Verfügen mindestens über die Fachgebiete Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie. Intensivstation ist vorhanden. In der Regel auch Notfallstandort.

Welche Krankenhausarten gibt es?

Fachkrankenhäuser Spezialisten in ausgewählten Fachgebieten.

Wenn Notfallversorgung, dann spezielle Notfallversorgung.

Was heißt das für die Fachkrankenhäuser?

Beispiel: Schlaganfallversorgung

LG 54 – Stroke Unit

Mindestvoraussetzung am Standort:
LG Allgemeine Innere, LG Allgemeine Neurologie, LG Intensivmedizin, CT oder MRT 24/7, CT-Angiografie oder MR-Angiografie 24/7, Intra- und extrakranielle Sonografie einschließlich Farbduplex 24/7, TTE und Systemische Fibrinolyse 24/7, FA Neurologie, 3 FA mindestens Rufbereitschaft 24/7

Situation heute:

Eine Neurologische Fachklinik darf heute auch nur mit der Hauptfachabteilung Neurologie an der Schlaganfallversorgung mitwirken. Eine Fachabteilung Innere Medizin ist weder für die Zertifizierung als regionale Schlaganfalleinheit durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft notwendig noch Strukturvoraussetzung des OPS 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls).

Situation nach dem KHVVG:

Die Neurologische Fachklinik müsste, um an der Schlaganfallversorgung mitwirken zu können, nach der derzeitigen Anlage 1 zu § 135e SGB V NEU auch die LG Allgemeine Innere Medizin am Standort vorhalten und damit **drei weitere ärztliche Vollzeitkräfte**, die aber auf keine andere Leistungsgruppe angerechnet werden dürfen. Daran gekoppelt wäre zusätzlich auch eine Mindestfallzahl. Die zu erreichen, wenn man sich zuvorderst um Patienten mit neurologischen Behandlungsbedarf kümmern möchte, ist unrealistisch.

Konsequenz: Die Klinik wäre von der Schlaganfallversorgung ausgeschlossen.

Ist das ein Problem? Ja, denn in einigen Regionen sind die Fachkliniken mit einer beträchtlichen Fallzahl eng in die Schlaganfallversorgung eingebunden.



Lösung:

In der LG Stroke Unit wird wie bei der LG Neurologie nach Allgemeinkrankenhaus und Fachkrankenhaus unterschieden. Bei Fachkrankenhäusern ist die LG Innere Medizin in Kooperation ausreichend.

Belegkrankenhäuser

Sektorenverbindende Versorgung.

Hauptakteure sind niedergelassene Ärzte, die ihre Patienten nicht nur in ihrer Praxis versorgen, sondern bei Bedarf auch stationär in der Klinik. Die Klinik stellt das nicht-ärztliche Personal und die Infrastruktur.

Beispiel: Neuro-Frühreha

LG 55 Neuro-Frühreha (NFF, Phase B)

Mindestvoraussetzung am Standort:
LG Intensivmedizin am Standort, CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, EVP, motorisch evozierte Potenziale (MEP), mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex, 3 FA mindestens Rufbereitschaft 24/7

Situation heute:

Die Neuro-Frühreha findet in Deutschland hauptsächlich in Fachkliniken statt, die oft die gesamte Bandbreite des neurologischen Phasenmodells abbilden. Ein Großteil dieser Fachkliniken verfügt nicht über eine Intensivstation, wie eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation zeigt. Die Kliniken halten vielmehr indikationsspezifische intensivmedizinische Elemente vor, die sich in der Behandlung der Neuro-Phase-B-Patienten bewährt haben, aber mit einer Intensivstation eines Allgemeinkrankenhauses nicht vergleichbar sind. Neuro-Frühreha-Betten sind in Deutschland ein knappes Gut. Viele Schlaganfallpatienten werden hier nach ihrem Aufenthalt auf der Stroke Unit weiterbehandelt und beispielsweise auf die Phase C in einer Rehaklinik vorbereitet.

Situation nach dem KHVVG:

Die LG Intensivmedizin muss verpflichtend am Standort vorgehalten werden. Personell bedeutet dies, drei weitere ärztliche Vollzeitkräfte mit intensivmedizinischer Erfahrung einzustellen, davon mindestens eine mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin oder Anästhesie.

Auch diejenigen Fachkliniken, die über eine Intensivstation verfügen, werden spätestens an der geplanten Fallzahlvorgabe in der LG Intensivmedizin scheitern, denn die Intensivstationen in den Neuro-Frühreha-Fachkliniken kennzeichnen wesentlich längere Liegezeiten, was sich in weit geringeren Fallzahlen niederschlägt.

Konsequenz: Es drohen 40 Prozent* der Neuro-Frühreha-Betten wegzufallen.

Ist das ein Problem? Ja, denn die Allgemeinkrankenhäuser werden diese hochspezialisierte Leistung nicht ohne Weiteres betreiben können. Der bereits bestehende Verlegungsdruck der Schlaganfalleinheiten und intensivmedizinischen Kapazitäten in den Allgemeinkrankenhäusern wird sich zulasten der Patienten weiter verschärfen. Dies kann zu einem schlechteren Outcome der Patienten führen, weil ein wichtiges Glied in der Schlaganfallversorgung zum raren Gut wird.



Lösung:

Die LG Intensivmedizin in Kooperation muss als Mindestvoraussetzung ausreichend sein. Gegebenenfalls teilt man die LG Neuro-Frühreha wie die LG Intensivmedizin in zwei auf (Neuro-Frühreha Phase B und Neuro-Frühreha Phase B Komplex/High Care).

Welche Leistungsgruppen dominieren, was folgt daraus?

Die Leistungsgruppenwelt ist **aus Sicht der Allgemeinkrankenhäuser konzipiert**, denn in der Leistungsgruppensystematik nehmen die LG Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin eine entscheidende Rolle ein. Der Gesetzentwurf sieht derzeit insgesamt **65 Leistungsgruppen** vor.

36 von 65

LG 1 Allgemeine Innere Medizin
Wird bei 36 Leistungsgruppen am Standort vorausgesetzt.

Mindeststrukturvoraussetzungen

Röntgen
EKG
Basislabor 24/7
CT 24/7 (Kooperation möglich)
Endoskopie 6 bis 20 Uhr
3 Fachärzte Innere, mindestens Rufbereitschaft 24/7

27 von 65

LG 14 Allgemeine Chirurgie
Wird bei 27 Leistungsgruppen am Standort vorausgesetzt.

Mindeststrukturvoraussetzungen

Intensivmedizin
Röntgen
Sonografie
EKG
Basislabor 24/7
CT 24/7 (Kooperation möglich)
2 OP-Säle
Anforderung Transfusion 24/7 (Kooperation möglich)
3 Fachärzte, mindestens Rufbereitschaft 24/7
• Allgemeinchirurgie
• Unfallchirurgie/Orthopädie
• Viszeralchirurgie
• Mindestens einer muss Allgemeinchirurg sein

52 von 65

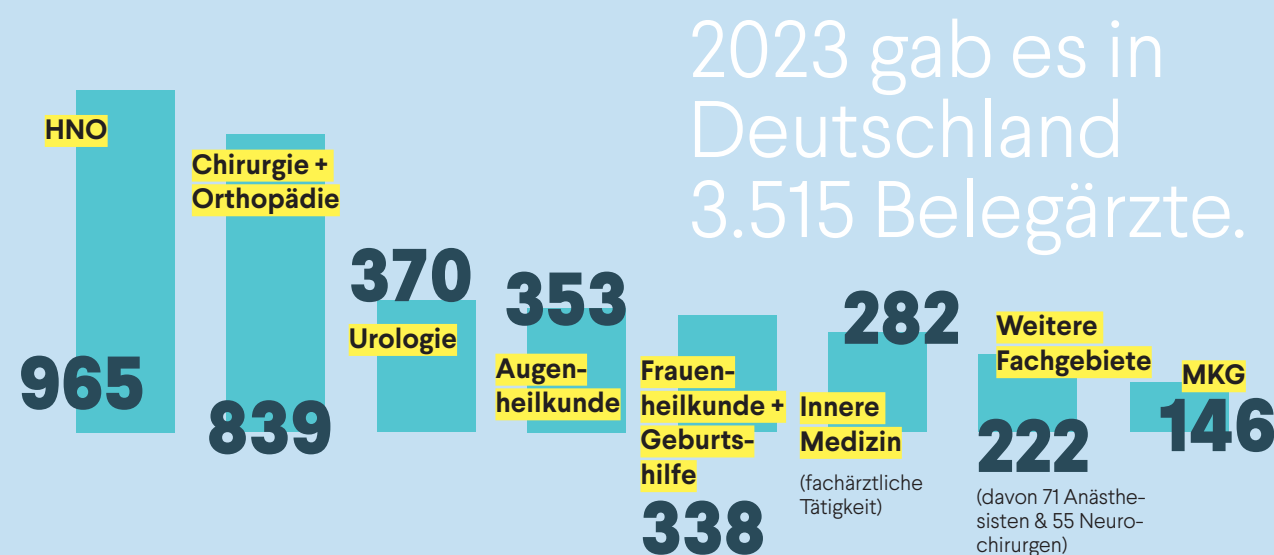
LG 64 Intensivmedizin
Wird bei 52 Leistungsgruppen am Standort vorausgesetzt.

Mindeststrukturvoraussetzungen

Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik
3 Fachärzte, intensivmedizinisch erfahren, mindestens einer mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin oder FA Anästhesie, mindestens Rufbereitschaft 24/7

EXKURS Was bedeuten die Leistungsgruppen für die Belegkrankenhäuser?

Belegärzte könnten künftig nur noch in den **LG Augenheilkunde, MKG, Allgemeine Frauenheilkunde** und **HNO** eingesetzt werden, denn bei allen anderen Leistungsgruppen ist eine Anrechnung von Belegärzten bei der personellen Ausstattung derzeit nicht möglich, obgleich deutschlandweit viele Belegärzte auch in anderen Fachgebieten wie beispielsweise der Orthopädie oder kardiologischen Versorgung tätig sind. Auch hier gilt es, die Konsequenzen für die Praxis bis zu Ende zu durchdenken und nachzusteuern, damit dieses Modell der „Versorgung aus einer Hand“ weiterhin seine Berechtigung hat.



Nach dem KHVVG können Belegärzte künftig nur in folgenden Leistungsgruppen angerechnet werden:

- LG Augenheilkunde
- LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)
- LG Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)
- LG Allgemeine Frauenheilkunde

So wie die Neurologischen Fachkliniken befürchten auch Fachkliniken anderer Disziplinen (Lungenheilkunde, Diabetes, Augenheilkunde etc.), mit der Einführung der Leistungsgruppensystematik von der Versorgung ausgeschlossen zu werden.

*Quelle: Offener Brief der neurologischen Fachgesellschaften 21.05.2024. Seite www.dgmr.de

Daten (Quelle: Tabellenband: Statistische Informationen aus dem Bundesärzterregister zur vertragsärztlichen Versorgung (Ikv.de) Stand: 31.12.2023)

Beispiele für Fach- und Belegkliniken, die vom KHVVG betroffen sind.

Beispiel Hamburg:

Helios ENDO-Klinik Hamburg

Medizinische Schwerpunkte: Endoprothetik, Sportorthopädie und Wirbelsäulenchirurgie

Patientenzahl p.a. stationär: 8.995

Europas größte Spezialklinik für Endoprothetik; nach dem US Magazin Newsweek: 7. Platz der 'World's Best Specialized Hospitals 2022 (Orthopädie)'



Beispiel Niedersachsen:

Waldklinik Jesteburg

Medizinische Schwerpunkte: Fachkrankenhaus für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und Rehaklinik für Neurologie (Phase C und Phase D), Orthopädie und Geriatrie

Patientenzahl p. a. für die Schwerpunktbereiche: Akut 678, Reha 2.383



Beispiel Baden-Württemberg:

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Medizinische Schwerpunkte: Diabetes mellitus

Patientenzahl p.a.: stationär 3.387, ambulant 933

Zertifikate: Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum (DDG), Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung (DDG), Zertifiziertes Diabeteszentrum „Stationäre Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus“ (DDG)

Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM) angegliedert an die Klinik



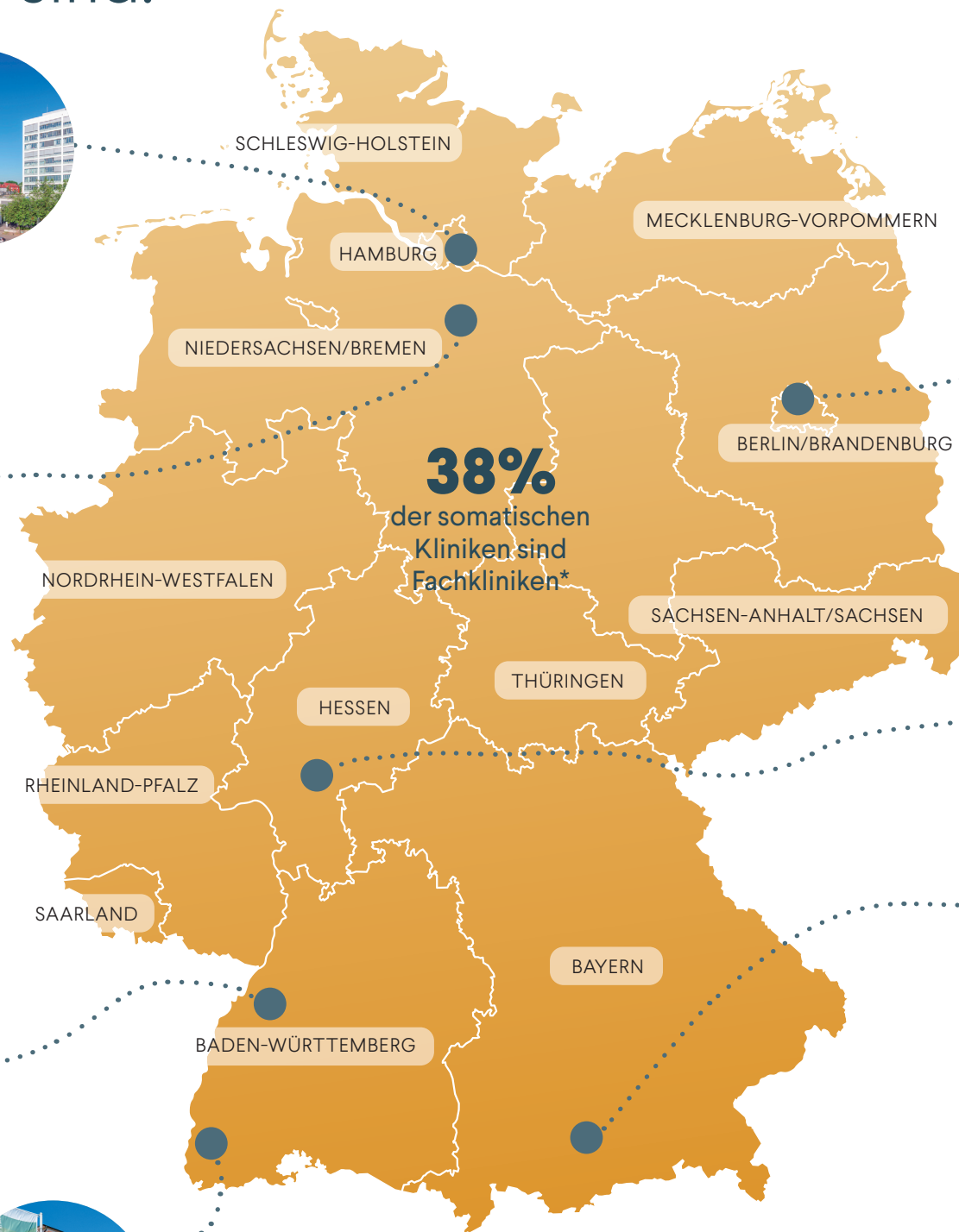
Beispiel Baden-Württemberg:

Parkinson-Klinik Ortenau

Medizinische Schwerpunkte: Morbus Parkinson

Patientenzahl p. a.: stationär 1.750, ambulant 607

Zertifikate: Zertifizierung nach den Kriterien der Deutschen Parkinson Vereinigung e. V., DQS Qualitätsmanagement



Beispiel Berlin:

Westklinik Dahlem

Medizinische Schwerpunkte: Orthopädische Chirurgie (Endoprothetik, Spezielle Schulter-/Hüft-/Kniechirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Hand-/Fußchirurgie)

Patientenzahl p. a.: stationär 1.581 (davon ca. 1.000 Endoprothetik), ambulant 1.356

Zertifikate: Endoprothesenzentrum (EPZ) nach den Kriterien von ClarCert

Fachklinik mit Belegklinikstatus



Beispiel Hessen:

Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen

Status: Regionale Stroke Unit, 8 Monitorbetten

Die Fachklinik verfügt über eine Hauptfachabteilung Neurologie und über eine Intensivstation. 2019 wurden 741 Schlaganfälle versorgt (Quelle: Auswertung GQH, jetzt LAGQH). Ein weiterer Schwerpunkt der Einrichtung ist die frührehabilitative neurologische Behandlung.



Beispiel Bayern:

Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie

Träger: Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH

Medizinische Schwerpunkte: Kinder- und Jugendrheumatologie, Autoinflammatorische Erkrankungen, Orthopädie, Schmerztherapie junger Menschen, Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS), Post-COVID-Syndrom, Sozialpädiatrisches Zentrum

Patientenzahl p.a.: stationär 2.071, ambulant 2.052

Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU-München, Besondere Einrichtung (gem. §17 KHG).



Stichwort Orthopädische Fachkrankenhäuser:

„Der Viszeralchirurg möchte vom Empfang abgeholt werden.“

Die orthopädischen Fachkrankenhäuser sind meist nicht nur im Bereich der Hüft- und/oder Knieendoprothetik aktiv, für die es vier eigenständige Leistungsgruppen gibt. Oft nehmen diese Kliniken auch Eingriffe am Schulter-, Ellbogen- oder Fußgelenk vor oder versorgen Patienten an den großen Gelenken, dies auch nicht endoprothetisch. Für all diese Eingriffe gibt es keine eigenständigen Leistungsgruppen, sondern sie sind der LG Allgemeine Chirurgie zugeordnet. Diese Leistungsgruppe unterscheidet bei den Strukturvoraussetzungen nicht zwischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern. Das bedeutet, auch ein orthopädisches Fachkrankenhaus müsste Fachärzte aus der Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie am Standort vorhalten. Aber was macht ein Viszeralchirurg an einem orthopädischen Fachkrankenhaus? In welcher Form könnte er sein bauchchirurgisches Know-how in die Orthopädie einbringen? Damit am Ende nicht eine Fehlallokation der ärztlichen Ressource steht, muss die Leistungsgruppensystematik auch aus Sicht der Fachkrankenhäuser gedacht werden. Dabei sind nicht unbedingt mehr Leistungsgruppen die Lösung. Eine Differenzierung zwischen Fach- und Allgemeinkrankenhäusern würde schon reichen.

Änderungsbedarf im KHVVG-Gesetzgebungsverfahren

Aus Sicht der Fachkrankenhäuser müssen dringend zwei gesetzliche Anpassungen im KHVVG vorgenommen werden, um eine bundesweite Schließungswelle von spezialisierten Fachkrankenhäusern mit den daraus entstehenden Versorgungslücken zu verhindern:

1. § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V

Mit § 135d Absatz 4 Satz 3, der mit dem Krankenhaustransparenzgesetz neu in das SGB V aufgenommen wurde, gibt der Gesetzgeber erstmalig eine bundesweit gültige Definition für Fachkrankenhäuser vor. Die Landesplanungsbehörden sollen auf dieser Basis eine Zuordnung der Krankenhäuser zur Versorgungsstufe „Level F“ vornehmen.

Derzeitige Formulierung	Vorschlag neu
„Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe ‚Level F‘ zugeordnet.“	„Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer oder mehrerer bestimmter Erkrankungen, Krankheitsgruppen oder Personengruppen spezialisiert haben, einen relevanten Versorgungsanteil in diesen Bereichen leisten und in der Regel nicht am gestuften System der Notfallversorgung (Ausnahme spezielle Notfallversorgung) teilnehmen , werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe ‚Level F‘ zugeordnet.“



Begründung

Ein Fachkrankenhaus kann sich auf mehr als eine Behandlung spezialisiert haben, ohne dadurch automatisch ein Allgemeinkrankenhaus zu sein. So kann sich beispielsweise ein neurologisches Fachkrankenhaus auf die Behandlung von Parkinson und Multipler Sklerose spezialisiert haben und eine orthopädische Klinik auf endoprothetische Eingriffe und die Wirbelsäulenchirurgie.

2. § 6a Absatz 8 KHG NEU

Die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen gelten derzeit meist für alle Krankenhausarten (Allgemein-, Beleg- und Fachkrankenhäuser). Dies wird den Besonderheiten der Fachkliniken nicht gerecht. Deshalb ist eine Öffnungsklausel an dieser Stelle sinnvoll. Diese könnte lauten:

„Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V der Versorgungsstufe ‚Level F‘ zugeordnet wurden, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des KHG zuweisen, auch wenn das Krankenhaus von den für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort abweicht. Diese Regelung gilt unabhängig von den PKW-Fahrzeitminuten nach § 6a Absatz 4 des KHG.“



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Wir sichern Versorgung