

# 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.

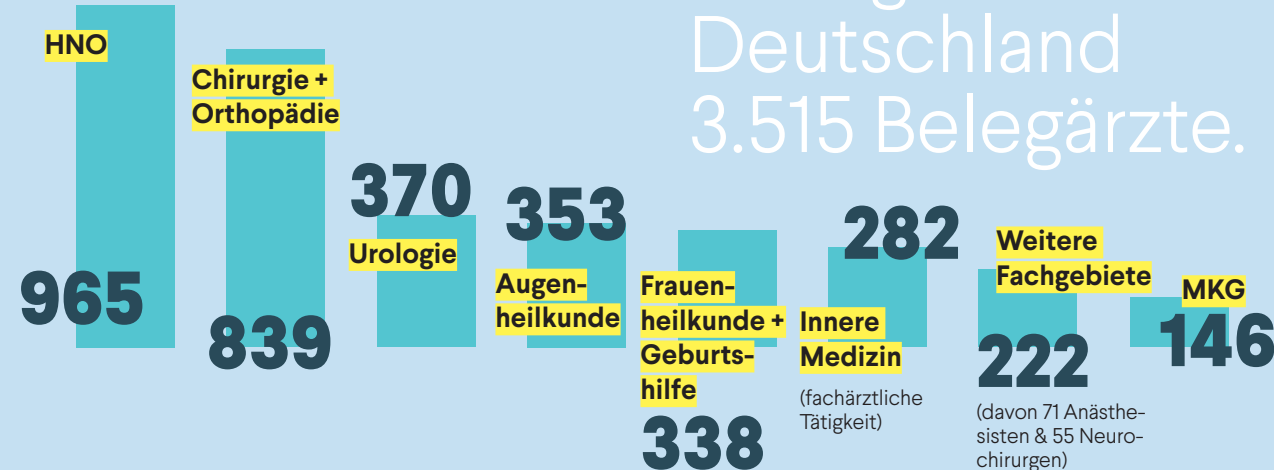
**36 von 65**  
**LG 1 Allgemeine Innere Medizin**  
Wird bei 36 Leistungsgruppen am Standort vorausgesetzt.  
**Mindeststrukturvoraussetzungen**  
Röntgen  
EKG  
Basislabor 24/7  
CT 24/7 (Kooperation möglich)  
Endoskopie 6 bis 20 Uhr  
3 Fachärzte Innere, mindestens Rufbereitschaft 24/7

**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  
• Allgemein Chirurgie  
• Unfallchirurgie/Orthopädie  
• Viszeralchirurgie  
• Mindestens einer muss Allgemein Chirurg 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)