



10.10.2023

Leistungsgruppensystematik für Fachkrankenhäuser

Gemäß dem Eckpunktepapier von Bund und Ländern ist vorgesehen, die somatischen Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen zuzüglich fünf ergänzender Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie) als Grundlage für die Krankenhausreform heranzuziehen. Die Eckpunkte sehen die Anwendung der Leistungsgruppensystematik für alle zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V vor. Von diesem Vorhaben umfasst sind somit auch Fachkrankenhäuser, für welche bislang noch keine bundeseinheitliche Definition existiert.

Aus Sicht des BDPK sind Fachkrankenhäuser auf wenige medizinische Fachgebiete spezialisiert und weisen einen hohen Anteil an Patient:innen der jeweiligen Krankheitsbilder auf. Häufig haben sie einen überregionalen Versorgungsauftrag in ihren Fachdisziplinen. Fachkrankenhäuser stehen im Mittelpunkt der spezialisierten Behandlung für die jeweiligen Fachdisziplinen und behandeln auch schwere und schwerste Krankheitsbilder ihres Disziplinenpektrums. Fachkrankenhäuser halten je nach Indikation und medizinischem Konzept sektorübergreifende Behandlungskonzepte vor (zum Beispiel stationäre neurologische Akutversorgung von Schlaganfallpatient:innen mit Übergang zur Früh- und Anschlussrehabilitation).

Als Anbieter spezialisierter Krankenhausversorgung halten Fachkrankenhäuser grundsätzlich keine Grundversorgung vor. Fachkrankenhäuser sind häufig in ihrem Indikationsgebiet in die Notfallversorgung integriert, ohne regelhaft an der Erbringung der allgemeinen Notfallversorgung beteiligt zu sein.

Damit die Leistungsgruppensystematik auch für Fachkrankenhäuser umsetzbar ist, müssen folgende Besonderheiten berücksichtigt werden:

- Die Vorhaltung von Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und „Intensivmedizin“ darf nicht eine generelle Voraussetzung für die Erbringung ihrer spezialisierten Leistungsgruppe sein, wenn das Indikationsspektrum dies nicht zwingend erfordert (Beispiele: konservative Orthopädie, Diabetologie, Rheumatologie, neurologische Frührehabilitation). Sofern medizinisch notwendig, kann die Grundversorgung in Kooperation sichergestellt werden.
- Die Qualitätsvorgaben von OPS-Komplexcodes sind häufig tiefgehender als die Beschreibung von Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen, die für die Krankenhausplanung und nicht für die Leistungserbringung erstellt wurden. Die bestehenden Vorgaben sollten daher vorrangig Anwendung finden.

- Im derzeitigen Modell der Leistungsgruppen fehlen konservative Behandlungen (z. B. konservative Orthopädie, Rheumatologie, Diabetes, Parkinson-Behandlung). Für sie sollten andere Strukturanforderungen gelten als für operierende Fächer. Speziell für Fachkrankenhäuser mit Schwerpunkt auf konservative Behandlungen müssen daher dezidierte Qualitätsanforderungen definiert werden, die auf ihr Behandlungsspektrum angepasst sind. Vor allem hier ist die pauschale Forderung nach „Allgemeiner Chirurgie“, „Allgemeiner Inneren Medizin“ und „Intensivmedizin“ nicht sinnvoll und nicht qualitätsförderlich.

Grundsätzlich ist die Definition von Strukturvorgaben nicht gleichzusetzen mit einer hohen Behandlungsqualität. Perspektivisch sollten Indikatoren für die Ergebnisqualität (z. B. PROM, PREM) und bewährte Instrumente wie Mindestmengen vorrangig gegenüber Strukturvorgaben eingesetzt werden, um das Ziel einer hochqualitativen Krankenhausversorgung zu erreichen.

Durch die Einführung der Leistungsgruppen redundant gewordene Qualitätsvorgaben sind zudem entsprechend zu streichen.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.