

Zukünftige Rolle von Fachkliniken für das stationäre Leistungsangebot



DEKV-Workshop Fachkliniken durchgeführt vom IGES im Auftrag des DEKV am 27. April 2023

Ergebnispapier

Berlin, 12. Mai 2023

Kontakt:

Dr. Martin Albrecht

T +49 30 230 809 0

martin.albrecht@iges.com

Kontakt:

Kay Brandenburg

T +49 30 200 514 19-0

brandenburg@dekv.de

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

www.iges.com

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)

Reinhardtstraße 34

10117 Berlin

www.dekv.de

Inhalt

1.	Hintergrund	3
2.	Gegenstand und Ziel des Workshops	3
3.	Ergebnisse des Workshops	4
3.1	Fachkliniken im Kontext der aktuellen Krankenhausreform	4
3.2	Stellenwert von Fachkliniken im Rahmen der aktuellen Krankenhausplanung der Bundesländer	5
3.3	Ansatzpunkte zur Definition bzw. Abgrenzung von Fachkliniken	5
3.4	Ableitung von Typisierungen und Definitionsmerkmalen für Fachkliniken	7

1. Hintergrund

Im Mai 2022 wurde die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es, Grundlagen für eine umfassende Krankenhausreform zu erarbeiten. Sie hat bislang vier Stellungnahmen mit Empfehlungen vorgelegt.

Die dritte Stellungnahme zur Reform der Vergütung der Krankenhausleistungen ist die bislang gewichtigste. Ihre Empfehlungen laufen unter der Überschrift „Vergütungsreform“, welche auf die Beseitigung von Fehlanreizen zur Mengenexpansion abzielt und den ökonomischen Druck auf Krankenhäuser durch eine neue Form der fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung verringern soll. Tatsächlich ist der beabsichtigte Wirkungsradius aber größer: Dadurch, dass die neue Form der Vorhaltefinanzierung an strenge strukturelle Mindestvorgaben gekoppelt werden soll, würde über das bundeseinheitliche Vergütungssystem massiv Einfluss auf die Leistungsangebote der Krankenhäuser genommen.

Wegen der mindestens mittelbaren Betroffenheit der Krankenhausplanung der Länder beraten seit Januar 2023 Vertreter der Bundesregierung und der Regierungsfractionen mit den Bundesländern auf Basis der Kommissionsempfehlungen über (gemeinsame) Eckpunkte für eine Krankenhausreform. Ein Gesetz hierzu soll zu Jahresbeginn 2024 in Kraft treten.

2. Gegenstand und Ziel des Workshops

Im Konzept der Regierungskommission wird die Notwendigkeit betont, Fachkliniken gesondert zu berücksichtigen. Im Versorgungsstufenmodell werden sie grundsätzlich dem Level II, teilweise auch dem Level III zugeordnet. Die Regierungskommission regt an, diese Kliniken zukünftig baulich und inhaltlich in Krankenhäuser der Level II und III zu integrieren.

Hierzu konnte in den Bund-Länder-Beratungen bislang keine Einigung erzielt werden. Beschlossen wurde, zunächst eine gemeinsame Definition zu erarbeiten, auf deren Basis die besondere Rolle von Fachkliniken im weiteren Verlauf berücksichtigt werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat der DEKV in Kooperation mit dem IGES Institut am 27. April 2023 einen Workshop im Hybrid-Format durchgeführt, an dem insgesamt 16 Personen teilnahmen. Neben Vertreterinnen und Vertretern des Leitungspersonals von Mitglieds-Krankenhäusern des DEKV nahmen auch Vertreter von Krankenkassen sowie aus anderen Organen der Selbstverwaltung teil.

Ziel des Workshops war es, grundlegende Fragen zur zukünftigen Rolle von Fachkliniken in der stationären Versorgung und konkrete Ansatzpunkte für ihre hierauf bezogene Definition/Abgrenzung zu diskutieren, um Argumente auszutauschen und auf ihre Plausibilität zu prüfen. Die Diskussionsergebnisse des Workshops bilden eine Grundlage, die der DEKV für seine weitere verbandspolitische Arbeit im Zusammenhang mit den laufenden Bund-Länder-Beratungen zur Krankenhausreform nutzen kann.

3. Ergebnisse des Workshops

Der Workshop umfasste insgesamt drei Impulsbeiträge zu folgenden Themen:

- ◆ Impuls 1: Fachkliniken im Kontext der aktuellen Krankenhausreform, im Rahmen der aktuellen Krankenhausplanung der Bundesländer, Ansatzpunkte zu ihrer Definition und Abgrenzung, Bewertung und Ableitung von Typisierungen.
- ◆ Impuls 2: Verwendung von Konzentrationsmaßen zur Abgrenzung von Fachkliniken
- ◆ Impuls 3: Praxisbeispiel zum Leistungsspektrum einer Fachklinik

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse des Workshops – inhaltlich und nicht durchgehend chronologisch – dargestellt.

3.1 Fachkliniken im Kontext der aktuellen Krankenhausreform

Die Bedeutung der Diskussion über die Definition und den zukünftigen Status von Fachkliniken resultiert aus der Level-Systematik im Vorschlag der Regierungskommission: Hierdurch werden Strukturanforderungen definiert, die auf bestimmten Kombinationen von Leistungsangeboten beruhen, deren Breite wiederum Fachkliniken typischerweise nicht entsprechen. In der ersten, rein Level-bezogenen Folgenabschätzung der Vorschläge der Regierungskommission waren die Fachkliniken von kritischer Bedeutung, je nach Variante ihres Einbezugs.

Die Bedeutung der Definition von Fachkliniken und der von ihnen zu erfüllenden Anforderungen wird daher im Rahmen der Krankenhausreform entscheidend davon abhängen, welchen Stellenwert bzw. welche Verbindlichkeit eine Level-Zuordnung haben wird. Die Verhandlungen zwischen Bund und Ländern sind hierzu noch nicht abgeschlossen. Ohne verbindliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu den Krankenhausleveln könnte die Diskussion über Fachkliniken an Bedeutung verlieren.

Für Krankenhäuser, die den Level-Anforderungen entsprechen, ist die Definition und Abgrenzung von Fachkliniken nicht unmittelbar relevant, da Level-Krankenhäuser definitionsgemäß nicht zu den Fachkliniken gezählt würden. Insofern ist die Frage nach einem Fachklinikstatus nachrangig gegenüber einer Levelzuordnung.

Es bestand unter den Workshopteilnehmern weitgehend Konsens darüber, dass die Leistungsgruppenzuordnung für das Leistungsangebot der Fachkliniken im Reformkonzept den Ausschlag geben sollte. Hierfür spricht auch, dass sich Strukturanforderungen zielgerichteter und differenzierter in Bezug auf Leistungsgruppen als auf Levelbene definieren lassen.

Ein kritischer Punkt könnte sich aus den (noch festzulegenden) leistungsgruppen-spezifischen Strukturanforderungen ergeben, insoweit diese an bestimmte Klinik-typen gebunden wären bzw. wenn sich in ihnen Elemente der Level-Strukturanfor-derungen wiederfinden sollten.

Der Vorschlag der Regierungskommission ordnet eine Reihe von Leistungsgruppen auf Levelebene II und III auch den Fachkliniken zu.

3.2 Stellenwert von Fachkliniken im Rahmen der aktuellen Kran-kenhausplanung der Bundesländer

Zwischen den Bundesländern bestehen Unterschiede:

- ◆ Nicht in Krankenhausplänen aller Bundesländer sind Fachkliniken explizit aufgeführt.
- ◆ Ein stark eingeschränktes Krankheits- bzw. Fachspektrum sowie eine Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung werden in einigen Bundeslän-dern als Abgrenzungskriterien herangezogen.

In nur wenigen Bundesländern werden in den Krankenhausplänen explizit Aussa-gen zum Stellenwert von Fachkliniken gegenüber Allgemeinkrankenhäusern ge-troffen.

- ◆ In Hessen gilt ein gesetzlich festgelegter Vorrang von Allgemeinkranken-häusern vor Fachkliniken, der mit der Bedeutung von Allgemeinkranken-häusern für die Notfallversorgung) begründet wird.
- ◆ In NRW gilt der Grundsatz, dass spezialisierte Versorgung primär in Allge-meinkrankenhäusern stattfinden sollte. Begründet wird dies mit deren breiterem Leistungsspektrum (Interdisziplinarität).
- ◆ In Berlin wird ein Vorrang nur für den Bereich Geriatrie formuliert (inte-grierter Geriatrie-Fachabteilungen).

In diesen Bundesländern gelten in der Krankenhausplanung auch besondere An-forderungen an Fachkliniken: Für sie gilt der Nachweis des Schließens von Ange-botslücken (Hessen), einer außergewöhnlich hohen Qualität bzw. einer besonde-ren Leistungsfähigkeit (Hessen, NRW, Berlin für Geriatrie).

3.3 Ansatzpunkte zur Definition bzw. Abgrenzung von Fachklini-ken

In der Ökonomie und auch der Analyse der stationären Versorgung etablierte Kon-zentrationsmaße eignen sich, um Spezialisierungsgrade zu erfassen, die gegenwärtige Realität von Fachkliniken bilden sie aber nur unzureichend ab.

Auf Basis der Daten des Krankenhaus-Directory des WIdO für das Jahr 2019 zeigt sich:

- ◆ Bei bundesweit mehr als einem Drittel der Krankenhäuser sind die Leistungen auf relativ wenige Basis-DRGs¹ konzentriert (Gini-Koeffizient $\geq 0,9$)

Der Gini-Koeffizient ist eine Maßzahl, die die (Un-)Gleichverteilung der Leistungen eines Krankenhauses auf Gesamtheit der erbrachten Falleleistungen (Basis-DRG) misst. Der Gini-Koeffizient reicht von 0 bis 1, wobei 0 eine perfekte Gleichverteilung identischer Fallzahlen in allen Basis-DRGs und 1 eine maximale Spezialisierung auf nur eine Leistung darstellt. Ein niedriger Gini-Koeffizient deutet auf eine relativ gleichmäßige Verteilung der Behandlungsleistungen hin, während ein hoher Gini-Koeffizient auf eine geringe Leistungsverteilung hindeutet.

- ◆ Diese Krankenhäuser nehmen überwiegend (vermutlich rd. 90%) nicht an der Notfallversorgung teil.
- ◆ Innerhalb dieser Gruppe von Krankenhäusern variiert das Ausmaß der Leistungskonzentration
 - zwischen 1 und 40 verschiedenen Basis-DRGs für 75% des Leistungsumfangs,
 - zwischen 15% und 100% Leistungsanteil der jeweiligen Hauptdiagnosegruppe.

Der Grad der Leistungskonzentration eines Krankenhauses ist zudem in Bezug auf Spezialisierungsvorteile nicht aussagekräftig: Ein hoher Grad der Leistungskonzentration kann mit geringen Fallzahlen einhergehen und umgekehrt. Eine hohe „Binnenkonzentration“ von Krankenhäusern erlaubt per se keine Aussage über Qualitätsmerkmale.

Dieser Einschränkung der Aussagekraft kann teilweise dadurch begegnet werden, dass zusätzlich die Leistungskonzentration standortübergreifend betrachtet wird. Unter Verwendung des Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) werden zwei Konzentrationsdimensionen gemessen:

- ◆ DRG-HHI: Indikator für die (bundes- oder landesweite) Konzentration bzw. Spezialisierung bei der Erbringung von Leistungen einer DRG, d. h. inwieweit handelt es sich um eine „spezialisierte Leistung“, die insgesamt von nur relativ wenigen Krankenhäusern erbracht wird;
- ◆ Standort-HHI: Indikator für die „Binnenkonzentration“ des Leistungsgeschehens eines Krankenhauses, d. h. inwieweit konzentriert sich das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses auf wenige Leistungen (analog zum o.g. Gini-Koeffizienten).

¹ Diagnosis Related Groups: Fallpauschalen

Neben der „Binnenkonzentration“ kann durch den DRG-HHI zusätzlich erfasst werden, welche Fallanteile ein Krankenhaus an DRG-Leistungen mit einer (bundes- bzw. landesweit) hohen Konzentration hat, d. h., in welchem Maße es sich auf spezielle Leistungen fokussiert.

Leistungen mit einem relativ hohen DRG-HHI-Wert sind häufig seltenere Leistungen mit geringen Gesamtfallzahlen. Hieraus ließe sich eine Definition von Fachkliniken ableiten, wonach diese sich auf insgesamt eher seltene Krankheiten, Fälle bzw. Behandlungen konzentrieren (z. B. Frührehabilitation bei MS, rheumatologische Komplexbehandlung). Allerdings gibt es auch einige fallzahlstarke Leistungen, die sich auf relativ wenige Krankenhausstandorte konzentrieren (z. B. ambulante Leistungen wie Venen-Stripping).

Bei anderen Leistungen mit hohen Fallzahlvolumina (z. B. Hüft-TEP) sind hohe DRG-HHI hingegen kaum zu erwarten, obgleich auch hier in der Versorgungsrealität spezialisierte Fachkliniken existieren und unter Versorgungsgesichtspunkten vorteilhaft sein können (solange Mindestfallzahlen erreicht bzw. überschritten werden). In diesem Fall könnte ggf. der DRG-HHI regional enger gemessen werden; dies bietet sich zudem an, um beispielsweise den „Ländlichkeitsfaktor“ (geringe absolute Fallanteile in dünn besiedelten Regionen) zu berücksichtigen.

3.4 Ableitung von Typisierungen und Definitionsmerkmalen für Fachkliniken

Nur eine geringe Zahl an Fachabteilungen erweist sich für eine Typisierung von Fachkliniken als wenig aussagekräftig. Für eine Typisierung kommen u. a. folgende Merkmale in Betracht:

fachliche Spezialisierung

- ◆ Krankheitsspektrum: Konzentration auf wenige ICD²/MDC³ in Kombination mit hohen bzw. Mindest-Fallzahlen; dabei kann die Breite des Leistungsspektrums – je nach ICD-spezifischen Behandlungsmöglichkeiten – variieren.
- ◆ Leistungsspektrum: Fokussierung auf ausgewählte (einzelne) Behandlungen (OPS⁴).

patientengruppenbezogene Spezialisierung

- ◆ Patientengruppen können z. B. altersspezifisch definiert werden (z. B. für Versorgungsbereiche Pädiatrie, Geriatrie).

² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems:

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

³ Major Diagnostic Category: Hauptdiagnosegruppe

⁴ Operationen- und Prozedurenschlüssel

- ◆ Weitere beispielhafte Patientengruppen lassen sich für die Bereiche der Behinderten- bzw. Inklusiven Medizin oder die Palliativversorgung definieren.
- ◆ Das Leistungsspektrum (bzgl. ICD, OPS) kann bei patientengruppenbezogener Spezialisierung deutlich breiter ausfallen als bei fachlicher Spezialisierung.

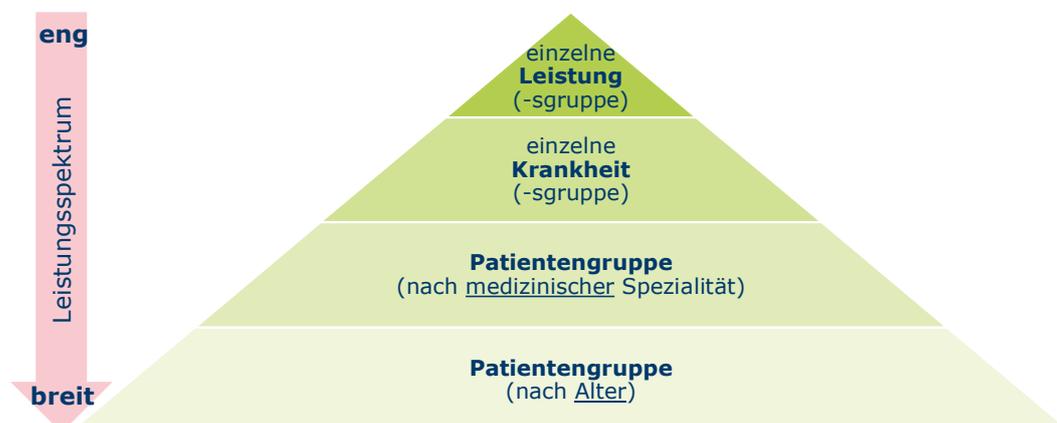
Darüber hinaus sind Fachkliniken von spezialisierten Fachabteilungen oder Zentren abzugrenzen, die in Krankenhäusern mit einem breiten Leistungsspektrum integriert sind.

Als eine mögliche Definition von Fachkliniken wurde folgender Vorschlag diskutiert:

Fachkliniken sind Krankenhäuser, die infolge einer fachlichen oder patientengruppenbezogenen Spezialisierung in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich über eine besondere Expertise verfügen und eine herausgehobene Relevanz für die Patientenversorgung haben.

Ein Ergebnis der Diskussion war, dass zwischen Fachkliniken mit engem und breitem Leistungsspektrum zu unterscheiden ist, je nachdem, ob die fachliche Spezialisierung originär leistungs- oder gebiets- bzw. patientenbezogen erfolgt. Entsprechend können sich hinsichtlich des Leistungsspektrums deutliche Unterschiede und damit unterschiedliche Typen von Fachkliniken ergeben (Abb. 1.).

Abbildung 1: Typisierung von Fachkliniken



Quelle: IGES

Eine originär leistungsbezogene fachliche Spezialisierung geht definitionsgemäß mit einem engen Leistungsspektrum einher. Erfolgt die fachliche Spezialisierung über die Fokussierung auf eine bestimmte Krankheit(sgruppe), kann das damit verbundene Leistungsspektrum – je nach krankheitsspezifischem Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten – u. U. deutlich breiter ausfallen. Eine patientengruppenbezogene fachliche Spezialisierung erfordert definitionsgemäß ein bezogen auf die

jeweilige Patientengruppe umfassendes Leistungsangebot. Dabei können Patientengruppen spezifischer medizinisch abgegrenzt werden (z. B. Menschen mit Behinderungen, palliativ zu versorgende Patienten) oder breiter allein aufgrund von Altersgruppen (Pädiatrie, Geriatrie).

Hinsichtlich der letztgenannten Typisierungsstufe (Patientengruppe nach Alter) dürfte die Zuweisung des Fachklinikstatus am wenigsten gesundheitspolitisch konsentiert sein, weil hier erstens die Integration in die allgemeinen Klinikstrukturen als Alternative (teilweise auch aus ökonomischen Gründen) verbreitet ist und zweitens teilweise auch aus medizinischer Sicht (Interdisziplinarität) begründet wird (vgl. das Beispiel Geriatrie in der Krankenhausplanung Berlins oder mögliche Kombination aus Geriatrie und Traumatologie). Ein Argument könnte daher sein, den Fachklinikstatus in dieser Kategorie an besondere (höhere) Qualitäts- und Fallzahlansforderungen zu knüpfen.
