**Fragen zu Festlegung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen für eine Krankenhaus-Reform – Fragen und Antworten anlässlich des AWMF-Surveys**

Inhalt

[0. Übergeordnete Themen 1](#_Toc129699592)

[1.Thema: Definition von Leistungsbereichen/-gruppen 1](#_Toc129699593)

[2. Thema Zuordnung von Leistungsbereichen zu Leveln 3](#_Toc129699594)

[3. Thema Fachkliniken/Fachabteilungen 3](#_Toc129699595)

[4. Thema Ausfüllen des Surveys/ Abgabefrist 4](#_Toc129699596)

0. Übergeordnete Themen

0.1 Wie soll die Vergütung von Leistungsgruppen, die zu großen Teilen nonprice DRG oder tagesgleiche Pflegesätze im Rahmen einer besonderen Einrichtung abrechnen (LG Sozialpädiatrie), im Rahmen dieses Modells gelöst werden?
*Diese Vergütungsmodelle werden gesondert ausgearbeitet mit Orientierung an der bisherigen Vergütungsform. Die nicht DRG Leistungen, wie in der Sozialpädiatrie oder der (Kinder- und Jugendpsychiatrie) sind hier aufgeführt, da es z.B. in der Schweiz dafür Ausarbeitungen gibt, aber z.T. auch aus NRW. Es wäre gut, ggf. kurz zu begründen, warum Sie diesen Ansätzen nicht folgen möchten.*

# 1.Thema: Definition von Leistungsbereichen/-gruppen

* 1. Wie werden bei der geplanten KH-Reform Leistungsbereiche in Abgrenzung zu Leistungsgruppen definiert? Was ist hier zu beachten? Was sind ggf. Auswirkungen?

*Leistungsbereiche sind die an Fachgebieten orientierten übergeordnete Strukturen, denen in der Folge Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die Vergütung mit Vorhaltekosten wird pro Leistungsgruppe ausbezahlt.
Deshalb wird da eine Leistungsgruppe benötigt, wo für Leistungen eines Fachgebiets besondere Aufwendungen (Strukturen/Personal) bzw. besondere Anforderungen (aus Zertifizierung/Richtlinie/Leitlinie) entstehen.*

*Beispiel: große chirurgische Eingriffe*

* 1. Woher kommt die Definition der Leistungsgruppen „as is“ in der Stellungnahme der Regierungskommission? Die Diskrepanz der Granularität ist offensichtlich, dafür muss es einen Grund geben.

*Die Regierungskommission besteht aus 16 Personen, darunter auch Jurist\*innen und Ökonom\*innen, die die Leistungsgruppen nach bestem Wissens festgelegt haben. Nicht alle Bereiche konnten umfassend auf Vollständigkeit geprüft werden, daher kann es Diskrepanzen in der Differenzierung geben. Fachgesellschaften können und sollen sich hier ergänzend einbringen.*

* 1. Wie wird mit Vorschlägen umgegangen, die die Errichtung eine eigene Leistungsgruppe empfehlen?

*Vorschläge für zusätzliche Leistungsgruppen werden der Regierungskommission und dem Ministerium übergeben- ggf. nach interdisziplinärer Absprache. Dass diese berücksichtigt werden, kann nicht garantiert werden.*

1.4 Wie erfolgversprechend ist es, wenn wir gewisse Inhalte aus anderen Leistungsgruppen herausholen möchten (z.B. „Medikamentöse Tumortherapie“, die in der Inneren Medizin abgebildet ist in ein anderes Fach integrieren bzw. eine pädiatrische Leistungsgruppe in eine der Erwachsenenmedizin, da die Leistung auch dort erbracht wird)

*Die medikamentöse Tumortherapie/solide Tumoren sind nicht bei allen Fächern aufgeführt. Diese sollte ergänzt werden. Insgesamt ist sicherzustellen, dass Zertifizierungsanforderungen im System der Leistungsgruppen abbildbar sind. Dazu sollten sich die betroffenen FG zunächst abstimmen

Leistungen, die in mehreren Bereichen erbracht werden, können in mehreren Bereichen aufgeführt werden (siehe Kinderchirurgie).*

1.4 Beispiel für Leistungsgruppen, die interdisziplinär ausgerichtet sind:
Sollen alle dort vertretenen Fachgebiete zur Leistungsgruppe Notfallmedizin Inhalte beitragen?
*Ja, wenn diese für die Levelbestimmung relevant sind?*

1.4a Beispielhaft für Querschnittsfächer:
Palliativmedizin ist ein Querschnittsbereich in allgemeiner und spezifischer Ausprägung. In der vorliegenden Fassung der Leistungsbereiche und –gruppen taucht die Palliativmedizin einmal als eigener Leistungsbereich mit einer Leistungsgruppe auf, aber auch einmal als Untergruppe des Leitungsbereich Kinder- und Jugendmedizin. Ist es eher gewünscht zu jedem Leistungsbereich ggf. den spezifischen palliativmedizinischen Aspekt als Leistungsgruppe zu ergänzen oder im eigenen Leistungsbereich Palliativmedizin in ausdifferenzierten Leistungsgruppen zu definieren?
*Palliativmedizin ausdifferenzieren und auf Querverbindungen verweisen (ggf. am Schluss des Surveys bei der Frage nach den interdisziplinären Strukturen).
Dasselbe gilt auch für plastische Chirurgie.*

1.4b In welcher Form werden Laborleistungen implementiert- bei den klinischen Leistungsgruppen oder als eigene Leistungsgruppe? Beispiel Leistungen der Immunhämatologie/Blutdepot u.a. im Rahmen der Notfallmedizin (Polytrauma) oder Transplantationsmedizin (Hämatologie, Organtransplantationen)
*Andere Querschnittsfächer wie Labormedizin: bitte an Leveln orientieren und prüfen, ob Levelbezogene Anforderungen zielführend sind*

* 1. Beispiel für die Einteilung in Leistungsgruppen: bisher keine Nennung häufiger Eingriffe:
	Viszeralchirurgie wird häufig für Beispiele genutzt. Die LG sind sehr an Mindestmengen und komplexen Eingriffen orientiert. Die spielen in der Menge eher ein untergeordnete Rolle und Bereiche des Häufigen wie z.B. endokrine Chirurgie, Hernien, etc. sind nicht extra aufgeführt. Macht es nicht Sinn diese sehr häufigen Leistungen separat zu führen?

*Doch, die häufigen Eingriffe sind bei der Ausarbeitung der Leistungsgruppen explizit zu benennen und den entsprechenden Leveln zuzuordnen. Im Moment soll v.a. geprüft werden, ob es aufgrund der Eingriffe zusätzlicher Leistungsgruppen bedarf.*

1.6 Kinderkliniken sind weitgehend autark (außer z.B. Geburtshilfe, Radiologie, HNO). Wenn das Haus insgesamt dem Level 2 zugeordnet ist, kann in der Kinderklinik dann eine Leistungsgruppe Level 3 vergütet werden?
*Wird bei den Vertretenden der Regierungskommission erfragt.*

1.6 Gibt es Vorschläge der Regierungskommission zu weiteren Fachgebieten entsprechend der Tabelle A“, S.46 für die Intensivmedizin bezüglich Mindestvorhaltung und Ausstattung?

*Nein. Die Intensivmedizin ist als einziges Beispiel ausgearbeitet worden.*

# 2. Thema Zuordnung von Leistungsbereichen zu Leveln

2.1 Die meisten Hautkliniken sind an Maximalversorgern bzw. Universitätskliniken angesiedelt. Dazu gibt es Fachkliniken für entzündliche Hautkrankheiten (Psoriasis, atopisches Ekzem) oder für Dermatochirurgie. An Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung gibt es in der Regel keine dermatologische Fachabteilung. Auch Belegkrankenhäuser werden von Dermatolog:innen sehr selten genutzt. Macht es dann Sinn, eine ""Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten"" für Level 1 zu definieren?“

*Hier gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Wenn die Basisbehandlung ambulant erfolgt, sind Level1 Betten nicht zielführend, wenn es in Zukunft aufgrund von Alter/Morbidität Betten auch für Basisbehandlungen benötigt, ja.*

2.2 In welchen Krankenhausleveln ist die chirurgische Behandlung von Säuglingen (unter 1 Lebensjahr) mit postoperativer Intensivüberwachungsmöglichkeit vorgesehen? Das betrifft z.B. die chirurgische Primärbehandlung von Kindern mit Lippen-Kiefer- Gaumenspalten.

*Level 3, Wie die MKG Chirurgie insgesamt. Sollte ggf. als Leistungsgruppe ausgewiesen werden?*

2.3 Warum braucht es für Kinderkliniken eine Level-Einteilung?
*Ein Grund könnten vergleichbare Qualitätsanforderungen in einer Region sein. Zur Diskussion.*

# 3. Thema Fachkliniken/Fachabteilungen

3.1 Könnten Sie bitte die genaue Erklärung für die Bezeichnung „FA“ im Vergleich zu den Level darstellen:

-Bezeichnung FA sind „isolierte Fachkrankenhäuser“ oder auch einzelne Spezialabteilungen in Kliniken gemeint?

-Müssen Kliniken mit der Bezeichnung FA nicht die Strukturvoraussetzungen der gleichen Level vorhalten?

- Kliniken mit der Bezeichnung FA müssen im Landesbettenplan schon jetzt als Fachklinik ausgewiesen sein?

3.2 Zählen Bundewehrkrankenhäuser und BG/Knappschaftskrankenhäuser zu "Spezialkliniken" ? Wie werden Belegabteilungen eingeordnet?

*Zu Frage 3.1-3.3 – FA können sowohl eigenständige Fachkliniken als auch Spezialabteilungen sein. FA sind bisher nicht konsistent definiert. (Nur) in Bayern sind Fachkrankenhäuser im Landesbettenplan ausgewiesen. Hier gibt es Definitions- und Regelungsbedarf. Fachkliniken könnten die fachspezifischen Levelanforderungen erfüllen müssen. S.a. Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.
Bundeswehrkrankenhäuser und BGen sind bisher nicht explizit aufgeführt, ebensowenig Belegabteilungen.*

# 4. Thema Ausfüllen des Surveys/ Abgabefrist

4.1 Warum hat die AWMF in ihrem Vorschlag die Zahl der Leistungsbereiche gegenüber dem Vorschlag der Regierungskommission noch zusätzlich erweitert und auch auf nicht Bettenführende Bereiche ausgedehnt? Ist die eigenständige Abrechenbarkeit von Leistungen (Stichwort: Bettenführende Abteilungen) eine erforderliche Voraussetzung?

*Da aus unserer Sicht unvollständig und nicht klar, wie z.B. Radiologie (diagnostisch und interventionell eingeordnet wird)*

4.2 Wie und **wo** kann ich **Vorschläge zu einer Zentrenbildung** (hier: Interdisziplinäres Gefäßzentrum) **einbringen?**
*Unter der betreffenden Leistungsgruppe: „Anforderung aus Zertifizierung oder Leitlinie?“*

4.3 Sollten bei Angaben zu Mindeststrukturvoraussetzungen auch Verweise auf Leitlinien oder gar politische Empfehlungen (Europarat-Resolution) aufgeführt werden?
*Sehr gerne in Deutschland geltende (S3-)Leitlinien, aber ggf. auch weitere begründende Dokumente.*

4.3 **Frage zu den Fachkliniken:** Die einzelnen Kliniken auflisten oder nur die Überschrift, in unserem Fall meist Fachkliniken „für Herz- und Gefäßchirurgie“?
*Nicht einzelne Kliniken, aber deren Leistungen, falls sie nicht alle das Gleiche vorhalten.*

4.4 Unter dem **Feld „Mindeststruktur“:** sollen hier die spezifischen Strukturen des Leistungsbereichs eingetragen werden oder genügt die Nennung des jeweiligen Levels
*Wenn es eine definierte Mindeststruktur gibt, gerne eintragen.*

* 1. **„Personal“:** Ausdrücklich heißt es im Kommissionsentwurf, dass die Frage der

Personalausstattung in einem zweiten Schritt geklärt werden soll, NACH Definition der Leistungsgruppen (S.18). Ist es klug / möglich, das überhaupt jetzt schon zu tun?

*Wenn es definierte Anforderungen gibt, gerne eintragen.*

Es bleibt unklar, wie sich der Personalbedarf der Leistungsgruppen ergeben soll, da das ja auch entscheidend von der Fallzahl abhängt.
*Das wird in der Tat für viele Bereiche noch weiter zu diskutieren sein. In einigen Bereichen gibt es z.B. Pflegepersonaluntergrenzen mit Pflegepersonal pro X Patient\*innen.*

* 1. **Feld: „Richtlinie“** Dieser Begriff wird im Kommissionspapier nicht erklärt. Sind GBA-RL

genannt, QS-Vorgaben der Länder?
*Wenn Sie solche kennen, bitte eintragen*

* 1. **„Level“:** siehe oben – sollen hier die römischen Ziffern eingetragen werden? *genau*
	2. **Warum noch keine ICDs / OPS?** Diese Angaben sind doch leicht zusammenzutragen?
	*Wenn Sie einen Vorschlag haben, gerne eintragen. Es ist vorgesehen, dass die konkreten ICD/OPS in einem zweiten Schritt ergänzt werden. Tatsächlich sollen die Leistungsgruppen so eindeutig festgelegt werden.*
	3. Wo kann/soll man **vertikale Verknüpfungen von Leistungsgruppen** eintragen?
	*Innerhalb eines Leistungsbereich entsprechende Hierarchie kennzeichnen. Falls mehrere Leistungsbereiche betroffen sind, unter Mindeststrukturanforderungen und/oder interdisziplinäre Strukturen am Ende.*
	4. **Ausweitung der Abgabefrist für den Survey**

*Es wäre gut, bereits Ende März als Ergebnis einen Überblick über Bestätigung der Vorschläge der Regierungskommission sowie notwendige Ergänzungen bzw. Weiterentwicklungsbedarf zu haben. Konkrete Ergebnisse müssen noch nicht feststehen.*

***Da viele FG nachgefragt haben, haben wir uns entschlossen, die Abgabefrist für den Survey bis zum 14.04. zu verlängern.***