



© wutzkoh - stock.adobe.com

Neue Regeln, neue Risiken

Leistungsgruppen und ihre Auswirkungen auf das operative Medizincontrolling der Zukunft

Von Jens-Uwe Földner

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz führt Leistungsgruppen als neues Planungs- und Vergütungsinstrument ein. Dies stellt das Medizincontrolling vor völlig neue Herausforderungen: Kodierqualität wird existenziell, Notfälle erhalten neue Bedeutung und Fachabteilungsschlüssel werden abrechnungsrelevant. Der nachfolgende Artikel beschreibt die Auswirkungen auf die tägliche Controllingpraxis.

Keywords: Medizincontrolling, Abrechnung, Krankenhausplanung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vollzieht das deutsche Gesundheitswesen einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung und -vergütung. Im Mittelpunkt steht die Einführung von Leistungsgruppen, die das bisherige System der Betten- und Fachabteilungsplanung ablösen. Dies hat tiefgreifende Auswirkungen auf den jeweiligen Versorgungsauftrag eines Krankenhauses und somit auf die Steuerung von Patientenströmen, die Dokumentation von Aufnahme- und Behandlungsgründen, die Leistungsplanung und natürlich auch auf die Abrechnung stationärer Leistungen –

und stellt das Medizincontrolling vor vollkommen neue Herausforderungen.

Warum sind Leistungsgruppen für das Medizincontrolling relevant?

Leistungsgruppen sind im KHVVG als das zentrale Planungs- und Steuerungsinstrument für die stationäre Versorgung definiert. Sie fassen medizinisch verwandte Leistungen zusammen und sind bundesweit einheitlich mit spezifischen Qualitätskriterien versehen. Krankenhäuser dürfen künftig grundsätzlich nur noch Leistungen erbringen und vor allem abrechnen, für die ihnen ein entsprechender Versorgungsauftrag von der Planungsbehörde in Form einer konkreten Leistungsgruppe zugewiesen wurde.

Kernpunkte:

- Es gibt aktuell 65 bundesweit definierte Leistungsgruppen, die in internistische, chirurgische und weitere Bereiche gegliedert sind.
- Jede Leistungsgruppe ist mit Mindestvoraussetzungen für die Vorhaltung von Personal und Infrastruktur verbunden, die Krankenhäuser nachweislich erfüllen müssen, um diese Leistungen formal bei der Pla-

nungsbehörde des Landes beantragen zu dürfen.

- Die Zuteilung der Leistungsgruppen erfolgt nach Prüfung der Einhaltung dieser Mindestvoraussetzungen durch den Medizinischen Dienst (MD) dann durch die Planungsbehörden der Länder und bildet so die Voraussetzung für die Abrechnung entsprechender Krankenhaussfälle.

Bereits an dieser Stelle wird ein zukünftiges Spannungsfeld für das Medizincontrolling deutlich. Während bisher der Krankenhausplan eines Landes und dessen Auslegung anhand der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für die Definition des Versorgungsauftrags maßgeblich waren, wird diese Systematik nun durch die stringenten Vorgaben der Leistungsgruppen ersetzt. Die Ziele des Gesetzgebers sind dabei klar formuliert und müssen beim Umgang mit diesem neuen Instrument in der täglichen Arbeit immer Berücksichtigung finden oder wenigstens im Hinterkopf präsent sein.

- Steigerung der Versorgungsqualität: Durch verbindliche Vorgaben zur Strukturqualität sollen Behand-

lungsstandards vereinheitlicht und verbessert werden.

- Erhöhung der Transparenz: Patienten und Kostenträger erhalten einen besseren Überblick über das Leistungsspektrum einzelner Krankenhausstandorte.
- Effizientere Ressourcenverteilung: Die Planung orientiert sich an tatsächlichen Leistungsbedarfen und nicht mehr an Bettenzahlen oder traditionellen Fachabteilungen.
- Förderung der Spezialisierung: Krankenhäuser sollen sich auf bestimmte Leistungsgruppen bzw. Leistungsgruppenpakete konzentrieren und so ihre Expertise ausbauen.

Grundsatz: EIN Krankenhausfall = EINE Leistungsgruppe an EINEM Standort

Da die Leistungsgruppen die bekannte und auch bewährte DRG-Zuordnung zu Ermittlung des Entgelts für Krankenhaus bewusst nicht außer Kraft setzen oder – wie oft kolportiert – gar ersetzen sollen, erfolgt die Zuordnung des einzelnen Behandlungsfalls zu eben dieser Leistungsgruppe durch einen komplexen Algorithmus. Das zentrale Instrument zu dieser technischen Umsetzung ist der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgegebene Leistungsgruppen-Grouper. Als weiteres Software-Tool ordnet dieser stationäre Behandlungsfälle anhand von ICD-10- und OPS-Codes sowie weiteren Kriterien einer der 65 Leistungsgruppen zu und ist somit für die Abrechnung zukünftiger Krankenhaussfälle von großer Relevanz. Für das Medizincontrolling ist die Arbeit mit einem Grouper seit Einführung der DRGs Routine, aber genau hier lauert die Gefahr. Wer annimmt, dass sich der Leistungsgruppengrouper (zumindest in der aktuell vorliegenden Version) an den Algorithmen der DRGs orientiert, unterliegt einem Irrtum. Während die DRG-Logik durchaus die Komplexität medizinischer Behandlungen berücksichtigt, sind beim Leistungsgruppengrouper globale Funktionen (z. B. Multiviszeraleingriffe) bis dato unbekannt. Die Zuordnung eines Falls zu genau einer Leistungsgruppe wird somit zur Herausforderung.

Leistungsgruppengrouper als Parallelwelt zur DRG

Grundsätzlich folgt die Leistungsgruppenzuordnung mittels Grouper der bekannten Systematik aus Diagnosen (ICD) und OPS und berücksichtigt in Teilen die Funktionalitäten des DRG-

Systems, so zum Beispiel bei der Zuordnung von Haupt- und Nebendiagnosen. Allerdings sind die Zuordnungsalgorithmen je Leistungsgruppe wesentlich weniger differenziert, sodass nur ein Teil der Fälle mittels ICD und OPS über diesen Weg den Leistungsgruppen zugeordnet werden kann. Darüber hinaus sind diese Funktion auch nicht mit der DRG-Zuordnungssystematik übereinstimmend. Daraus entsteht vielfach die paradoxe Situation, dass ein OPS oder eine Diagnose in der DRG-Systematik ohne jede Zuordnungsrelevanz ist, allerdings sehr wohl die Zuordnung des Falles zu einer Leistungsgruppe beeinflusst. Somit ist offensichtlich, dass die korrekte und exakte Kodierung eines Falles mit den Leistungsgruppen eine neue Dimension erhält.

Kodierqualität als zentrales Element

Die Verantwortung für eine vollständige und formal korrekte Kodierung ist seit Einführung des DRG-Systems eine Kernkompetenz des Medizincontrolling, egal in welcher Organisationsform dies im einzelnen Krankenhaus vorliegt oder wem schlussendlich die Letztverantwortung für die sachgerechte und vor allem korrekte Abrechnung einer stationären Krankenhausleistung obliegt. Nun wird diese Funktion um die korrekte Leistungsgruppenzuordnung eines Falles ergänzt und diese hat – wie bereits dargestellt – unmittelbare Auswirkungen auf die Vergütung der erbrachten Leistung, denn nur Leistungen, die einer vom Land zugewiesenen Leistungsgruppe entsprechen, lösen einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses aus. Ausnahmen von diesem Grundsatz stellen nur Notfallbehandlungen dar. Fehlkodierungen – in welcher Form auch immer – können für das Krankenhaus fatale Folgen haben, da sie nicht nur wie bisher zu Mindererlösen, sondern zum Totalausfall der gesamten Forderung führen können.

Das diese Herausforderung nicht vom Medizincontrolling allein bewältigt werden kann, liegt schon aufgrund der Komplexität des Systems auf der Hand. Vielmehr ist hier die frühzeitige Einbindung der eigentlichen Leistungserbringer in Ärzteschaft, Pflege und Therapie essenziell für einen erfolgreichen Start ins Zeitalter der Leistungsgruppen. Exemplarisch sei hier auf die Leistungsgruppe 27 „Spezielle Traumatologie“ verwiesen. Ausgehend vom Terminus der Traumatologie werden in dieser Leistungsgruppe

lediglich Fälle mit traumatischen Ursachen der Erkrankung aufgegriffen und entsprechend zugeordnet. Fälle mit degenerativer Genese bzw. entsprechender Hauptdiagnose bleiben trotz u.U. identischer operativer Versorgung – hier unberücksichtigt. Da Medizincontroller oder Kodierfachkräfte selten am Aufnahme- bzw. Anamneseprozess und der daraus resultierenden Diagnosestellung beteiligt sind, wird hier die Notwendigkeit eines Bewusstseins für korrekte Kodierung auch in der patientennahen Versorgung besonders deutlich. Diese Komplexität der Zuordnungsregeln und Qualitätskriterien erhöht den Dokumentationsaufwand für DRG- und Leistungsgruppenzuordnung erheblich.

Der Notfall als neuer Zankapfel

Wie bereits dargestellt, ist eine Notfallbehandlung auch dann durch die Krankenkassen zu vergüten, wenn der Fall einer Leistungsgruppe zugeordnet wird, für die das Krankenhaus nach Lesart des KHVG keinen Versorgungsauftrag besitzt. Das Thema Notfall bekommt somit eine zentrale Bedeutung für die Frage der Abrechnungsfähigkeit von Leistungen. Allerdings existiert bislang keine einheitliche, rechtsverbindliche Definition eines Notfalls. Während der Notfall bisher lediglich eine Aufnahmeart gemäß § 301 Abs. 3 SGB V war und für die DRG-Ermittlung ohne Relevanz blieb, könnte er im Kontext der Leistungsgruppen eine Art Rettungsring für Kliniken darstellen. Es ist jedoch absehbar, dass dies zu Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen führen wird. Hier ist zu konstatieren, dass die bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung erwartungsgemäß auf die Leistungsgruppenzuordnung nur begrenzt anwendbar sind. Aber die Vergangenheit lehrte uns Medizincontroller auch, dass bei der Auslegung von Abrechnungsregeln Krankenkassen durchaus kreativ und fantasievoll sind und hier oftmals durch die normative Kraft des Faktischen eine Art Präjudiz schaffen.

Fachabteilungen und Fachabteilungsschlüssel

Neben dem bis dato bedeutungslosen Notfall als Aufnahmegrund kommt im System der Leistungsgruppen der Fachabteilung bzw. der korrekten Nutzung des Fachabteilungsschlüssels nach § 301 SGB V eine große Bedeutung zu. Kann ein Fall anhand der Zuordnungsalgorithmen von ICD und

Fall	Standort	Fachabteilung	Behandlungsdauer (Tage) in FAB	Behandlungsdauer (Tage) am Standort	Für eine LG-Zuordnung maßgebliche Prozedur
1	1	Urologie	6	6	keine
1	2	Nephrologie	3	8	keine
1	2	Innere Medizin	5		keine

Abb. 1: Darstellung der Zuweisung zu einer Fachabteilung. Quelle: InEK

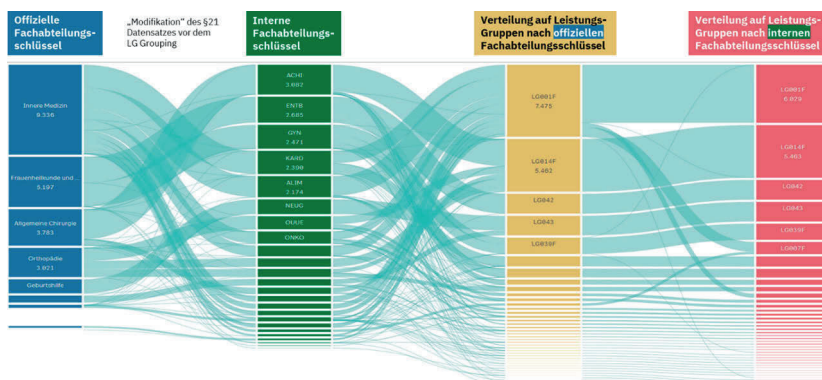


Abb. 2: Darstellung der Veränderungen im Bereich der Leistungsgruppenzuordnungen. Quelle: Medical Information und Analytics GmbH

OPS keiner geeigneten Leistungsgruppe zugeordnet werden, erfolgt die Zuweisung ausschließlich unter Berücksichtigung der Fachabteilung und des Standorts mit den meisten Behandlungstagen (►Abb. 1).

Diese neue Logik führt insbesondere in den Bundesländern zu verzerrten Ergebnissen, in denen die bisherige Krankenhausplanung als reine Rahmenplanung genutzt und Fachabteilungsschlüssel für die Subdisziplinen z. B. in der Inneren Medizin bislang nur in Ausnahmefällen vergeben wurden. Die für alle neue spezifische Logik des Groupers gepaart mit der Problematik fehlender spezifischer Fachabteilungsschlüssel verhindert, dass Krankenhäuser ihre tatsächlich erbrachten Leistungen sachgerecht abbilden können. In der Folge besteht das Risiko, dass Krankenhäusern trotz eines ähnlichen medizinischen Angebotes stark unterschiedliche Fallzahlen in einzelnen Leistungsgruppen ausweisen können. Dies erschwert eine korrekte Bestandsaufnahme und birgt das Risiko einer Krankenhausplanung nach KHVVG, die an der Realität und am tatsächlichen Versorgungsbedarf vorbeigeht. Dabei nutzen Krankenhäuser häufig intern bereits deutlich differenzierte Fallzuordnungen zu Abteilungen oder Kliniken, ohne dass dies bisher in Abrechnungen oder den externen Datenmeldungen Berücksichtigung fand. Für das Medizincontrolling bedeutet das, dass die in den Abrechnungen gegenüber Krankenkassen verwendeten Fachabteilungsschlüssel kongruent zur internen Kennzeich-

nung zu verwenden sind. Dies führt insbesondere im Bereich der Inneren Medizin zu erheblichen Veränderungen im Bereich der Leistungsgruppenzuordnungen (►Abb. 2). Hierzu sind allerdings in den meisten Fällen Abstimmungen mit den Krankenkassen notwendig, da Fachabteilungsschlüssel fester Bestandteil der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V sind. Ergänzend dazu ist es ratsam, sich frühzeitig mit einer Neubewertung der Leistungen der Jahre 2024 und 2025 unter Hinzuziehung der intern verwendeten Zuordnungskriterien auseinanderzusetzen. Hier bietet der Software-Markt bereits eine Vielzahl von ausgezeichneten Hilfsmitteln an, um das Medizincontrolling entsprechend zu unterstützen. Mit Blick auf das Inkrafttreten der Leistungsgruppen zum 01.01.2027 ist hier allerdings tatsächlich Eile geboten.

Planungssicherheit sieht anders aus

Die Einführung der Leistungsgruppen im Rahmen des KHVVG markiert einen Wendepunkt in der deutschen Krankenhauslandschaft. Auch für das Medizincontrolling bedeutet dies eine strategische Neuausrichtung: Weg von der reinen Abrechnungsprüfung, hin zu einem umfassenden Steuerungs-, Dokumentations- und Qualitätsmanagement. Die große Herausforderung wird darin bestehen, alle stationären Krankenhaussfälle der korrekten Leistungsgruppe zuzuordnen. Besonders herausfordernd wird dies bei Fällen mit mehreren Leistungen innerhalb eines

Krankenhausaufenthalts. Hier droht die Gefahr, dass nur Hauptleistungen berücksichtigt werden und alle anderen Leistungen unter den Tisch fallen. Wir können also nicht davon ausgehen, dass die Ergebnisse der Eingruppierung der Fälle eines Krankenhauses in Leistungsgruppen das tatsächliche Leistungsspektrum des Krankenhauses abbilden. Dies ist insbesondere bei Leistungen der Fall, die regelhaft gemeinsam oder im Anschluss an andere akute Behandlungen durchgeführt werden, wie Geriatrie, Palliativmedizin oder frührehabilitative Leistungen. Unsicherheiten bleiben daher in einigen Bereichen weiterhin bestehen. Wer im Medizincontrolling die neuen Anforderungen allerdings frühzeitig adressiert, kann die Chancen bis zur finalen Einführung 2027 nutzen und dazu beitragen, sein Krankenhaus zukunftssicher aufzustellen – im Interesse von Patienten, Mitarbeitenden und Kostenträgern. ■



Jens-Uwe Földner LL.M.

Vorsitzender des
Regionalverbands Mitteldeutschland der
Deutschen Gesellschaft
für Medizincontrolling