

InEK

Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Entwicklung eines Leistungsgruppengroupers gemäß Krankenhaustransparenzgesetz

Siegburg, den 05. Februar 2025

Institut für das Entgeltsystem
im Krankenhaus GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg
Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36
Internet <https://www.g-drg.de/>

Inhalt

Einleitung	3
Allgemeine Fragen zu Begrifflichkeiten	5
1 Was bedeutet „allgemeine“ bzw. „spezifische“ Leistungsgruppe?.....	5
Fragen zur Methodik.....	5
2 Wie werden Fachabteilungen zugeordnet, die im NRW-System nicht verwendet werden?	5
3 Warum ist der Leistungsgruppengrouper an den DRG-Grouper „angehängt“? Verwendet der Leistungsgruppengrouper die DRG-Eingruppierung für die Zuweisung zur Leistungsgruppe? ..	7
4 In welcher Reihenfolge werden die einzelnen Leistungsgruppen abgefragt?.....	8
5 Was passiert, wenn ein Fall nicht nur auf einer, sondern auf mehreren Fachabteilungen behandelt worden ist?.....	9
6 Wie behandelt der Leistungsgruppengrouper zwischen verschiedenen Standorten desselben Krankenhauses verlegte Fälle?.....	10
7 Was ist der Unterschied zwischen einer Leistungsgruppe mit einem „F“ als Endsteller und einer Leistungsgruppe ohne „F“?.....	11
Warum gibt der Leistungsgruppengrouper für manche Leistungsgruppen zwei unterschiedliche Ergebnisse aus, bei der Komplexen Gastroenterologie zum Beispiel LG004 und LG004F?	11
Betrifft der in Frage 7 adressierte Sachverhalt alle Leistungsgruppen?.....	12
Welche Fälle werden somit konkret z.B. der Leistungsgruppe <i>Komplexe Gastroenterologie</i> zugeordnet?	12
8 Berücksichtigt der Leistungsgruppengrouper weitere Strukturkriterien bei der Eingruppierung von Fällen?	13
9 Wie geht der LG-Grouper mit Verbringungsleistungen um?	14
Fragen zur Definition einzelner Leistungsgruppen.....	15
10 Wie werden die fünf „neuen“ Leistungsgruppen definiert?.....	15
11 Wie wird die Leistungsgruppe <i>Spezielle Traumatologie</i> definiert?.....	15
12 Wie wird die Leistungsgruppe <i>Intensivmedizin</i> definiert?.....	16
13 Wie wird die Leistungsgruppe LG014F <i>Allgemeine Chirurgie</i> definiert?	16
14 Wie wird bei der Definition der Leistungsgruppen <i>Geriatric</i> und <i>Palliativmedizin</i> die Verweildauer als Kriterium genutzt?.....	17
Fragen zur Behandlung von Kindern, Neugeborenen und Entbindungen (Mütter).....	18
15 Wie berücksichtigt der Leistungsgruppengrouper die Behandlung von Kindern?.....	18
16 Wie erfolgt die Zuordnung zu den Leistungsgruppen für Entbindungen (Mütter) und Neugeborene?.....	20

Neonatologie.....	20
Gesunde Neugeborene.....	21
Fragen zu einzelnen Leistungen	21
17 In welcher Leistungsgruppe ist die Implantation einer Hüftgelenksendoprothese bei Schenkelhalsfraktur abgebildet?.....	21

Einleitung

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat gemäß § 21 Abs. 3c Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Aufgabe, einen Leistungsgruppengrouper zu entwickeln, der das Spektrum der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser künftig **Leistungsgruppen** (LG) zuordnet. Dabei sind die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsfälle den in Anlage 1 zu § 135e zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten Leistungsgruppen zuzuordnen.

Über das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) werden 65 Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien vorgegeben. Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Gruppe Krankenhausreform definiert eine Leistungsgruppe wie folgt: „Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und dienen damit als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung.“ Diese 65 Leistungsgruppen sind:

Nr.	Leistungsgruppe	Art der LG nach KHTG	Allgemeine oder spezifische LG gem. NRW-System
1	Allgemeine Innere Medizin	Internistische LG	allgemein
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Internistische LG	allgemein
3	Infektiologie	Internistische LG	keine LG im NRW-System
4	Komplexe Gastroenterologie	Internistische LG	allgemein
5	Komplexe Nephrologie	Internistische LG	allgemein
6	Komplexe Pneumologie	Internistische LG	allgemein
7	Komplexe Rheumatologie	Internistische LG	allgemein
8	Stammzelltransplantation	Internistische LG	spezifisch
9	Leukämie und Lymphome	Internistische LG	spezifisch
10	EPU/Ablation	Internistische LG	spezifisch
11	Interventionelle Kardiologie	Internistische LG	spezifisch
12	Kardiale Devices	Internistische LG	spezifisch
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Internistische LG	spezifisch
14	Allgemeine Chirurgie	Chirurgische LG	allgemein
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Chirurgische LG	allgemein
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Chirurgische LG	keine LG im NRW-System
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Chirurgische LG	allgemein
18	Bauchaortenaneurysma	Chirurgische LG	spezifisch
19	Carotis operativ/interventionell	Chirurgische LG	spezifisch
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Chirurgische LG	spezifisch
21	Herzchirurgie	Chirurgische LG	spezifisch
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Chirurgische LG	spezifisch
23	Endoprothetik Hüfte	Chirurgische LG	spezifisch

24	Endoprothetik Knie	Chirurgische LG	spezifisch
25	Revision Hüftendoprothese	Chirurgische LG	spezifisch
26	Revision Knieendoprothese	Chirurgische LG	spezifisch
27	Spezielle Traumatologie	Chirurgische LG	keine LG im NRW-System
28	Wirbelsäuleneingriffe	Chirurgische LG	spezifisch
29	Thoraxchirurgie	Chirurgische LG	spezifisch
30	Bariatrische Chirurgie	Chirurgische LG	spezifisch
31	Lebereingriffe	Chirurgische LG	spezifisch
32	Ösophaguseingriffe	Chirurgische LG	spezifisch
33	Pankreaseingriffe	Chirurgische LG	spezifisch
34	Tiefe Rektumeingriffe	Chirurgische LG	spezifisch
35	Augenheilkunde	Weitere LG	allgemein
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Weitere LG	allgemein
37	MKG	Weitere LG	allgemein
38	Urologie	Weitere LG	allgemein
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Weitere LG	allgemein
40	Ovarial-CA	Weitere LG	spezifisch
41	Senologie	Weitere LG	spezifisch
42	Geburten	Weitere LG	spezifisch
43	Perinataler Schwerpunkt	Weitere LG	spezifisch
44	Perinatalzentrum Level 1	Weitere LG	spezifisch
45	Perinatalzentrum Level 2	Weitere LG	spezifisch
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Weitere LG	allgemein
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Weitere LG	keine LG im NRW-System
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzell- transplantation	Weitere LG	spezifisch
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	Weitere LG	spezifisch
50	HNO	Weitere LG	allgemein
51	Cochleaimplantate	Weitere LG	spezifisch
52	Neurochirurgie	Weitere LG	allgemein
53	Allgemeine Neurologie	Weitere LG	allgemein
54	Stroke Unit	Weitere LG	spezifisch
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Weitere LG	spezifisch
56	Geriatric	Weitere LG	spezifisch
57	Palliativmedizin	Weitere LG	spezifisch
58	Darmtransplantation	Weitere LG	spezifisch
59	Herztransplantation	Weitere LG	spezifisch
60	Lebertransplantation	Weitere LG	spezifisch
61	Lungentransplantation	Weitere LG	spezifisch
62	Nierentransplantation	Weitere LG	spezifisch
63	Pankreastransplantation	Weitere LG	spezifisch
64	Intensivmedizin	Weitere LG	im NRW-System nicht fallbezogen definiert
65	Notfallmedizin	Weitere LG	keine LG im NRW-System

Tabelle 1: Gemäß Anlage 1 zu SGB V sind die gelisteten Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung vorgesehen.

Leistungsgruppen werden bundeseinheitlich definiert und mit **Mindestqualitätsanforderungen** hinterlegt. Als Basis dieses neu entwickelten Systems dient die NRW-Leistungsgruppensystematik aus dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen, an der jedoch für eine vorgesehene „Übertragung auf Bundesebene“ zahlreiche Anpassungen vorzunehmen sind. Diese werden mit der Beantwortung verschiedener Fragen im Folgenden erläutert.

Der veröffentlichte Leistungsgruppengrouper ermittelt anhand eines Datensatzes des Krankenhauses für den jeweiligen Behandlungsfall, unabhängig davon, ob dieser zwischen mehreren Fachabteilungen oder auch Standorten verlegt wurde, eine Leistungsgruppe.

Zu den verwendeten Begrifflichkeiten: Nachfolgend ist vom NRW-Leistungsgruppensystem oder kurz „NRW-System“ die Rede, wenn die Eigenschaften dieser der Weiterentwicklung zugrunde liegenden Einteilung dargestellt werden. Der Begriff „Leistungsgruppengrouper“ bezieht sich jedoch stets auf die weiterentwickelte Leistungsgruppensystematik, wie sie dem im Januar 2025 zertifizierten ersten Leistungsgruppengrouper zugrunde liegt.

Allgemeine Fragen zu Begrifflichkeiten

1 Was bedeutet „allgemeine“ bzw. „spezifische“ Leistungsgruppe?

Im NRW-System werden Leistungsgruppen in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen unterteilt (siehe Tabelle 1). Allgemeine Leistungsgruppen werden dort unter anderem „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definiert. Ein Behandlungsfall wird – grundsätzlich und hier noch etwas verkürzt dargestellt – dann einer allgemeinen Leistungsgruppe, z.B. der LG004 *Komplexe Gastroenterologie*, zugewiesen, wenn dieser auf einer entsprechenden Fachabteilung (FAB) behandelt wurde. Jede Fachabteilung verfügt über einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel, sodass im Datensatz des Patienten nachzuvollziehen ist, auf welchen Fachabteilungen er konkret behandelt wurde.

Spezifische Leistungsgruppen, wie z.B. die Leistungsgruppe LG013 *Minimalinvasive Herzklappenintervention*, werden überwiegend über Prozeduren (OPS) und/oder Diagnosen (ICD-10) definiert; bei bestimmten Leistungsgruppen werden auch weitere Parameter wie das Patientenalter oder das Aufnahmegewicht genutzt.

Die Einteilung in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen wurde auch für den Leistungsgruppengrouper im Grundsatz beibehalten. Dabei werden typischerweise zuerst die spezifischen Leistungsgruppen abgefragt. Erfüllt ein Fall keines der Zuordnungskriterien zu den spezifischen Leistungsgruppen, wird dieser anhand der Fachabteilung einer allgemeinen Leistungsgruppe zugeordnet.

Fragen zur Methodik

2 Wie werden Fachabteilungen zugeordnet, die im NRW-System nicht verwendet werden?

Den 18 im NRW-System ausschließlich über FAB definierten Leistungsgruppen sind 102 FAB-Schlüssel zugeordnet, insgesamt gibt es in Deutschland aber rund 450 verschiedene FAB-Schlüssel. Bei den entsprechend „fehlenden“ FAB-Schlüsseln sind zwei unterschiedliche Qualitäten zu unterscheiden.

a) FAB-Schlüssel wird im NRW-System nicht genutzt, lässt sich aber einer der 18 allgemeinen LG zuordnen

Am Beispiel der LG004 *Komplexe Gastroenterologie*:

Dieser LG sind im NRW-System folgende FAB-Schlüssel zugeordnet:

- 0107 Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0700 Gastroenterologie
- 0790 Gastroenterologie - Sonstiger Schwerpunkt

Es erscheint daher naheliegend, dort auch die folgenden FAB-Schlüssel zuzuordnen:

- 0791 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (III)
- 0792 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (IV)
- 0793 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (V)
- 0794 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (VI)
- 0795 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (VII)
- 0796 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (VII)
- 0797 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (IX)
- 0798 Gastroenterologie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (X)

Weniger naheliegend ist das möglicherweise für den FAB-Schlüssel

- 0706 Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie

der thematisch zwei Leistungsgruppen umfasst (aber aktuell bundesweit nicht verwendet wird).

Davon abzugrenzen ist aber der im Folgenden unter Punkt b) beschriebene Sachverhalt.

b) FAB-Schlüssel wird im NRW-System nicht zur Definition genutzt, die entsprechenden Fälle werden dort keiner Leistungsgruppe zugewiesen („Restmenge“)

Der Leistungsgruppengrouper basiert auf dem im Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen verwendeten NRW-System. Dort ist eine nicht unerhebliche Anzahl von Fällen jedoch keiner bezeichneten Leistungsgruppe zugeordnet, da sie keine der Definitionen dieses Systems erfüllen. Diese Fälle fallen logisch in eine „Restmenge“ und weisen beispielsweise Fachabteilungskennzeichen aus folgenden Bereichen auf:

- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- Schmerztherapie
- Intensivmedizin
- Suchtmedizin
- „Sonstige Fachabteilung“

Der Leistungsgruppengrouper muss jedoch jeden Fall eindeutig einer Leistungsgruppe zuordnen. Eine Leistungsgruppe für solche aktuell im NRW-System nicht „beplanten“ Fälle ist im Krankenhaustransparenzgesetz nicht vorgegeben. Zugleich ist die Etablierung weiterer neuer Leistungsgruppen – über die 65 geplanten hinaus – im aktuellen Entwicklungsschritt nicht vorgesehen. Daher ist es vonnöten, die entsprechenden Fälle in geeigneter Weise auf bestehende Leistungsgruppen zu verteilen.

Fälle mit bösartigen Neubildungen können beispielsweise strahlentherapeutische Behandlungen erhalten und auf entsprechenden strahlentherapeutischen Fachabteilungen liegen – sodass, wenn

keine Fachabteilungsschlüssel z.B. für HNO, Urologie, Dermatologie und auch keine OPS- oder ICD-Kodes für die Zuordnung zu einer spezifischen Leistungsgruppe vorliegen, zu entscheiden ist, welcher allgemeinen Leistungsgruppe der Fall zuzuordnen ist.

Im Leistungsgruppengrouper werden diese Fälle nun häufig den Leistungsgruppen der *Allgemeinen Inneren Medizin* und, sofern eine (nicht-triviale) operative Prozedur vorliegt, der *Allgemeinen Chirurgie* zugeordnet. Auch wenn diese Zuordnung nicht jedem Einzelfall gerecht werden mag, so ist sie doch zur vollständigen Abbildung aller Fälle in den deutschen Krankenhäusern zwingend notwendig.

3 Warum ist der Leistungsgruppengrouper an den DRG-Grouper „angehängt“? Verwendet der Leistungsgruppengrouper die DRG-Eingruppierung für die Zuweisung zur Leistungsgruppe?

Die Gruppierung der Leistungsgruppen ist ein auf der DRG-Gruppierung aufbauender, nur teilweise eigenständiger Prozess und erfolgt im Anschluss an die DRG-Eingruppierung. Eine feste Zuordnung von DRGs zu Leistungsgruppen im Sinne von „eine DRG X wird immer der Leistungsgruppe Y zugewiesen“ gibt es praktisch nicht. Ein gemeinsamer „DRG/LG-Grouper“ ist in vielerlei Hinsicht zwingend notwendig.

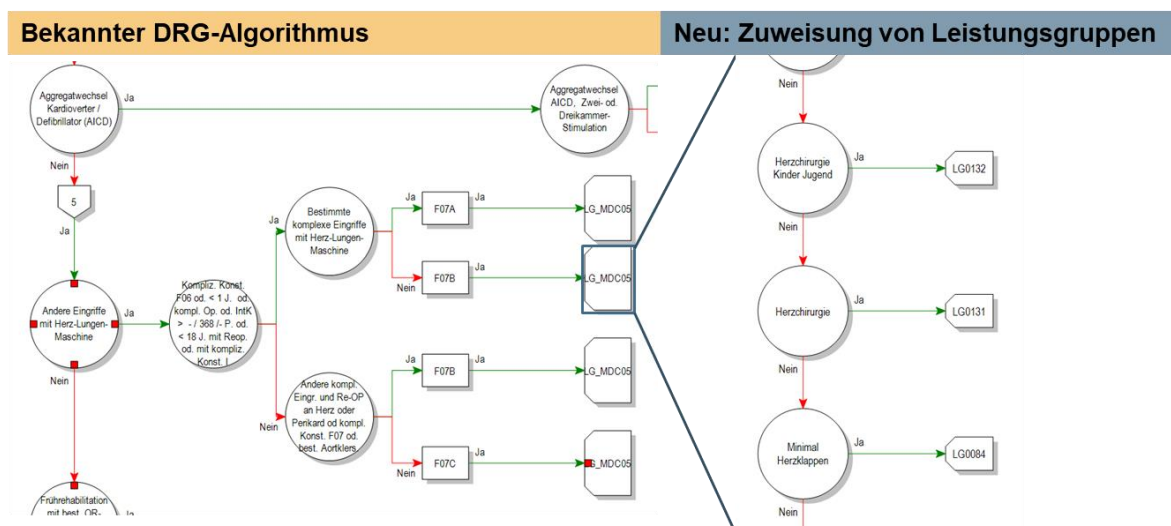


Abbildung 1: Nachdem ein Fall in eine DRG gruppiert wurde, wird dem Fall zudem auch eine Leistungsgruppe zugewiesen. Dabei kann sich die Abfragereihenfolge der „spezifischen“ Definition der allgemeinen Leistungsgruppen je nach MDC unterscheiden.

Der Leistungsgruppengrouper nutzt in vielfältiger Weise Attribute des DRG-Systems, wenn sich gezeigt hat, dass diese die Sachgerechtigkeit der LG-Zuordnung verbessern:

- unterschiedliche Abfragereihenfolge der LG in verschiedenen MDCs (siehe Frage 4)
- Abfragereihenfolge ist mitunter auch direkt von der DRG abhängig (Beispiel Schilddrüsen-OP, siehe Frage 13)
- MDC und DRG werden als direkter Bestandteil von LG-Definitionen genutzt, und zwar
 - positiv (DRG ist eines von mehreren Definitionskriterien der LG, siehe Frage 15: DRG für sozial-/neuropädiatrische Therapie → Kinder-LG)
 - wie auch negativ (Ausschlusskriterien, siehe Frage 7 „Pneumonie im gastroenterologischen Bett ist nicht automatisch LG Komplexe Gastroenterologie“)
- Von ganz besonderer Bedeutung ist die Zuweisung typischer chirurgischer Behandlungsfälle zur Leistungsgruppe *Allgemeine Chirurgie*. Hier ordnet der Leistungsgruppengrouper zum einen alle Fälle ein, welche die Logik einer bestimmten „eher chirurgischen DRG“ erfüllen, aber

auch alle Fälle einer bestimmten DRG X, wenn diese Fälle nicht aus anderen Gründen bereits früher in der Abfragereihenfolge zugeordnet wurden.

Der gemeinsame „DRG/LG-Grouper“ erfordert zudem keine mehrfache Gruppierung der Fälle, wie dies ein reiner LG-Grouper mit sich brächte (die DRG wäre weiterhin zu ermitteln). Hier unterscheidet sich ein Grouper, welcher der Planung alleine dient, vollständig von einem Leistungsgruppengrouper für die Zwecke der Vergütungsermittlung. Dieser Leistungsgruppengrouper muss eine eindeutige Zuordnung von DRG und Leistungsgruppe sicherstellen.

Ein weiterer praktischer Vorteil des gemeinsamen Groupers ist, dass die zur Gruppierung verwendeten Attribute auch in gleicher Weise behandelt werden, beispielsweise hinsichtlich der Fragen „Was sind gültige Diagnosen und Prozeduren?“, „Wie wird die Verweildauer ermittelt?“, „Was ist ein gültiges Aufnahmegewicht?“ etc.

4 In welcher Reihenfolge werden die einzelnen Leistungsgruppen abgefragt?

Die „Zweiteilung“ des NRW-Systems in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen ist auch für die Abfragereihenfolge im Leistungsgruppengrouper (= Hierarchie der Leistungsgruppen) von Bedeutung:

- Für die meist über OPS-Kodes definierten spezifischen Leistungsgruppen gilt grundsätzlich, dass ein Fall unter Umständen – typischerweise wenn er mehrere OPS-Kodes hat – auch die Definition mehrerer Leistungsgruppen erfüllen kann, sodass die Abfragereihenfolge im Grouperalgorithmus von Bedeutung ist. Für diese Leistungsgruppen besteht auch im NRW-System eine Abfragehierarchie, an der sich der Leistungsgruppengrouper orientiert.
- Die allgemeinen Leistungsgruppen stehen am Ende der Abfragehierarchie. Da diese aufgrund der Definition über einen eindeutigen Fachabteilungsschlüssel (NRW-System: „letzte Fachabteilung“, Leistungsgruppengrouper: „längste Fachabteilung“, siehe Frage 5) überschneidungsfrei (disjunkt) sind (ein Fall kann stets nur eine letzte Fachabteilung haben), ist deren Reihenfolge untereinander zumeist nicht von Bedeutung.

Für die neu etablierten (spezifischen) leistungsbezogenen Definitionskriterien für die allgemeinen, bisher ausschließlich fachabteilungsbezogen definierten Leistungsgruppen, war die Abfrageposition im Algorithmus festzulegen. Im NRW-System ist nicht von Bedeutung, ob die allgemeine Leistungsgruppe *Komplexe Endokrinologie und Diabetologie* vor oder nach der allgemeinen Leistungsgruppe *Komplexe Pneumologie* abgefragt wird. Aufgrund der spezifischen Erweiterung der Leistungsgruppen (siehe Frage 7) kann ein Fall im Leistungsgruppengrouper mehrere der ergänzten (meist) OPS-basierten Definitionen erfüllen. Ein Fall mit zuordnungsrelevanten Leistungen sowohl der Komplexen Endokrinologie und Diabetologie als auch der Komplexen Pneumologie wird dann der Leistungsgruppe zugeordnet, die im Algorithmus zuerst abgefragt wird. Die Reihenfolge der Abfrage richtet sich in diesen Fällen vielfach nach Kriterien des DRG-Systems wie Hauptdiagnose, DRG oder MDC.

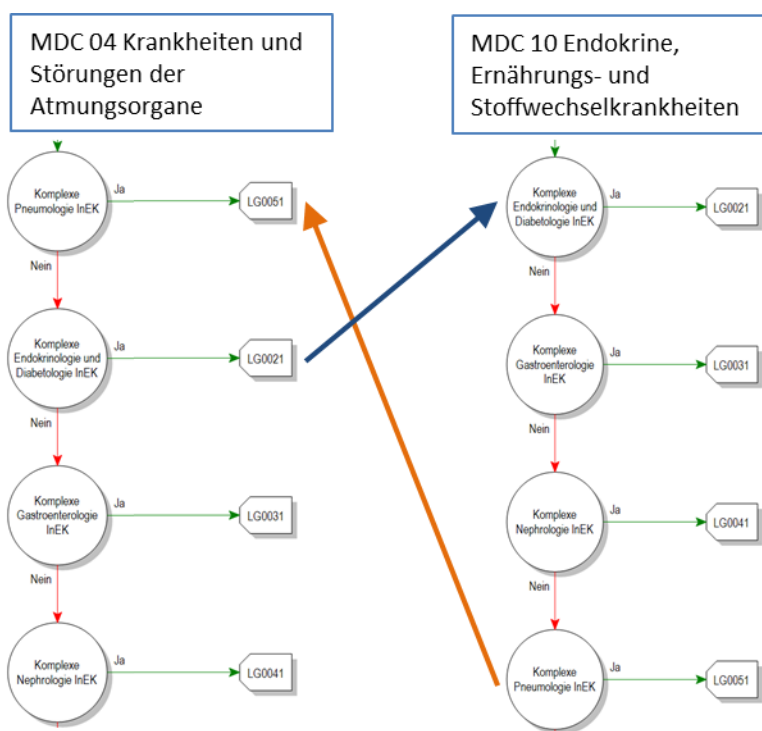


Abbildung 2: In MDC 04 (Atmungsorgane) wird beispielsweise die leistungsbezogene Definition der Leistungsgruppe *Komplexe Pneumologie* „früher“ abgefragt, in MDC 10 (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) hingegen die leistungsbezogene Definition *Komplexe Endokrinologie und Diabetologie*.

Weitere relevante Erläuterungen zur Abfragereihenfolge finden sich auch bei Frage 13.

5 Was passiert, wenn ein Fall nicht nur auf einer, sondern auf mehreren Fachabteilungen behandelt worden ist?

Interne Verlegungen eines Falles zwischen mehreren Fachabteilungen kommen häufig vor und sind vom Leistungsgruppengrouper zu berücksichtigen. Im NRW-System wird über die chronologisch letzte (also die entlassende) Fachabteilung eine eindeutige Zuordnung vorgenommen. Das Zuweisungskriterium ist also, auf welcher Fachabteilung der Patient zuletzt behandelt wurde – was jedoch nicht zwangsläufig den Gesamtaufenthalt prägen muss.

Beispielsweise könnte ein Patient mehrere Wochen auf einer urologischen Fachabteilung behandelt und dort auch operiert, vor Entlassung aber noch für wenige Tage auf einer internistischen Fachabteilung versorgt worden sein – die „entlassende Fachabteilung“ wäre also die Innere Medizin. Es erscheint aber eher sachgerecht, diesen Fall der Leistungsgruppe *Urologie* zuzuweisen, da die dortige Versorgung den stationären Aufenthalt deutlich stärker bestimmt hat. Der Leistungsgruppengrouper verwendet aus diesem Grund für die Zuweisung statt der entlassenden Fachabteilung den „überwiegenden Aufenthalt“ in einer Fachabteilung, der aus den vorliegenden Routedaten minutengenau bestimmt werden kann. Dabei werden Gruppen aus „ähnlichen“ Fachabteilungen gebildet, um beispielsweise die Aufenthaltsdauer in den FAB 0100 Innere Medizin und FAB 0103 Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie bei einem Fall zusammen zu berücksichtigen und von anderen nicht-internistischen Teilaufenthalten abzugrenzen (sodass beispielsweise ein Fall mit Fachabteilungsaufenthalten von 5 Tagen Innere Medizin, 6 Tagen Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie und 7 Tagen Allgemeine Chirurgie als internistisch gewertet wird).

Bei der Ermittlung des „überwiegenden Aufenthalts“ (auch als „längste Fachabteilung“ bezeichnet) gibt es bei Fällen, die an verschiedenen Standorten eines Krankenhauses behandelt wurden, eine Besonderheit, wie in Frage 6 dargestellt wird.

Die Eingruppierung der Fälle in spezifische Leistungsgruppen ist davon typischerweise nicht betroffen, da diese in der Abfragereihenfolge vor den allgemeinen Leistungsgruppen und meist ohne Nutzung der Fachabteilungsinformationen angesteuert werden.

6 Wie behandelt der Leistungsgruppengrouper zwischen verschiedenen Standorten desselben Krankenhauses verlegte Fälle?

Ein Krankenhaus kann aus mehreren Standorten bestehen und mehrere Standortnummern bei nur einem Institutionskennzeichen (IK) besitzen. Da ein Fall vom Leistungsgruppengrouper aber grundsätzlich nur einem Standort zugeordnet werden soll, stellt sich bei intern zwischen zwei (oder mehreren) Krankenhausstandorten verlegten Fällen die Frage, welchem Standort der Fall und damit die Leistungsgruppe zugeordnet wird. Für die Zuordnung zu einem Standort sind dabei folgende Fragen maßgeblich: Welche Leistung prägt den Fall? An welchem Standort wurde die prägende Leistung erbracht?

Ein Fall und seine Leistungsgruppe werden dem Standort zugeordnet, an dem die für das Erreichen der Leistungsgruppe relevante Leistung erbracht wurde. Hierfür ist die seit 2024 zu erfassende Standortnummer mit direktem Bezug zu den einzelnen OPS-Kodes von großer Bedeutung.

Wird die Leistungsgruppe des Falls nicht über eine Prozedur definiert (sondern z.B. über eine Fachabteilung), wird der Fall dem Standort mit der längsten Aufenthaltsdauer zugewiesen.

Dieser „längste Standort“ und die vom Leistungsgruppengrouper ermittelte „längste Fachabteilung“ (siehe Frage 5) müssen zueinander kongruent sein, damit nicht fehlerhaft Leistungsgruppen zu Standorten zugewiesen werden, an denen die entsprechenden Fachabteilungen gar nicht vertreten sind. Dies wird nachfolgend an zwei Beispielen illustriert:

Fall 1:

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

Der „längste Standort“ bei Fall 1 ist der Standort 2, die „längste Fachabteilung“ (bezogen auf den gesamten Krankenhausaufenthalt) aber die FAB Urologie. Der Fall sollte aber möglichst nicht der Kombination „Urologie an Standort 2“ zugeordnet werden (wo es möglicherweise keine Urologie gibt). Hier ermittelt der Leistungsgruppengrouper die „längste Fachabteilung am längsten Standort“ und kommt so auf die oben grün markierte Zuordnung („Innere Medizin an Standort 2“).

Fall 2:

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

Bei Fall 2 ist die „längste Fachabteilung am längsten Standort“ ebenfalls die Fachabteilung Innere Medizin. Da bei diesem Fall aber die Zuordnung der LG über eine Prozedur (Zystektomie an Standort 1) erfolgt, ergibt sich abweichend zu Fall 1 die Standortzuordnung über den Standort der Leistungserbringung und es resultiert die grün markierte Zuordnung („Standort 1“).

7 Was ist der Unterschied zwischen einer Leistungsgruppe mit einem „F“ als Endsteller und einer Leistungsgruppe ohne „F“?

Warum gibt der Leistungsgruppengrouper für manche Leistungsgruppen zwei unterschiedliche Ergebnisse aus, bei der Komplexen Gastroenterologie zum Beispiel LG004 und LG004F?

Die Eingruppierung ist in beiden Fällen letztlich identisch (nämlich *Komplexe Gastroenterologie*, d.h. LG004 und LG004F bilden zusammen die Leistungsgruppe *Komplexe Gastroenterologie*). Das „F“ zeigt an dieser Stelle lediglich an, dass die Zuweisung über den FAB-Schlüssel erfolgte. Für viele Leistungsgruppen – die meisten der im NRW-System fachabteilungsbezogen definierten (also allgemeinen) LG – existieren also zwei grundsätzliche Zuordnungsmöglichkeiten, die man etwas verkürzt als **leistungsbezogen definiert** und **fachabteilungsbezogen definiert** bezeichnen könnte.

Würde sich die Eingruppierung in allgemeine Leistungsgruppen ausschließlich auf die erfassten Fachabteilungsschlüssel der Fälle beziehen, wäre sie stark abhängig von der Anwendung der FAB-Schlüssel im jeweiligen Krankenhaus (oder im jeweiligen Bundesland). Dabei wäre es – erneut am Beispiel der Komplexen Gastroenterologie – sowohl möglich, dass

- eine Vielzahl „typisch gastroenterologischer“ Fälle eines Hauses aufgrund des Fehlens eines entsprechenden Fachabteilungsschlüssels nicht der LG *Komplexe Gastroenterologie* zugeordnet würde, als auch, dass
- eine Vielzahl von Fällen, die keine gastroenterologischen Krankheitsbilder oder Behandlungen aufweisen, allein wegen des gastroenterologischen Fachabteilungsschlüssels der LG *Komplexe Gastroenterologie* zugeordnet würde.

Oder beispielhaft erläutert, wäre dann ein Fall A mit transduodenaler Drainage einer Pankreaszyste nicht in der LG *Komplexe Gastroenterologie*, wenn er formal in einer FAB der Inneren Medizin liegt, ein Fall B mit Harnwegsinfekt (oder Pneumonie), der in einem Bett einer gastroenterologischen FAB liegt, dagegen schon.

Der Leistungsgruppengrouper versucht, diese Konstellationen nach Möglichkeit zu vermeiden, indem A) eine spezifische Zuordnungsmöglichkeit anhand von typisch gastroenterologischen Leistungen etabliert wird und B) die abteilungsbezogene Zuordnung für Fälle, die sehr viel eher allgemeininternistisch als gastroenterologisch sind, eingeschränkt wird. Dies geschieht beispielsweise indem bestimmte DRGs von der Zuordnung ausgeschlossen werden, sodass zum Beispiel ein in einer gastroenterologischen Fachabteilung behandelter Fall mit Pneumonie nicht der LG *Komplexe Gastroenterologie*, sondern der LG *Allgemeine Innere Medizin* zugeordnet wird.

Betrifft der in Frage 7 adressierte Sachverhalt alle Leistungsgruppen?

Die beiden unter Frage 7 dargestellten unterschiedlichen Zuordnungsmöglichkeiten (**leistungsbezogen** und **fachabteilungsbezogen**) kommen nur bei den allgemeinen Leistungsgruppen zur Anwendung. Spezifische Leistungsgruppen, die schon im NRW-System ausschließlich oder primär über OPS-Kodes definiert sind, wie z.B. die LGs *Bauchaortenaneurysma* oder *Leberchirurgie*, sind davon nicht betroffen.

Für die allermeisten allgemeinen Leistungsgruppen wurden zusätzliche leistungsbezogene (spezifische) Zuweisungen etabliert, um den Nachteilen einer ausschließlich fachabteilungsbezogenen Zuweisung zu begegnen. Die durch diese Ergänzungen zusätzlich eingruppierten Fallzahlanteile variieren dabei zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen.

Nach aktuellem Entwicklungsstand konnte lediglich für eine allgemeine Leistungsgruppe (LG005 *Komplexe Nephrologie*) keine ergänzende leistungsbezogene Definition gefunden werden, da die geprüften OPS-Kodes wie etwa Dialysen oder Nierenbiopsien sich nicht als ausreichend spezifisch zeigten. Es existiert selbstverständlich eine nennenswerte Zahl von „typischen“ Leistungen welche in der Nephrologie erbracht werden (Sensitivität). Allerdings waren auf dieser ersten Entwicklungsstufe kaum Leistungen zu identifizieren, welche praktisch nur in nephrologischen Fachabteilungen erbracht werden und als „spezifisch“ für die Nephrologie bezeichnet werden können. Somit existiert derzeit zwar eine LG005F „mit F“, aber keine LG005 „ohne F“. Auch die an letzter Stelle im Algorithmus abgefragte LG001F *Allgemeine Innere Medizin* hat keine ergänzende leistungsbezogene Definition.

Die umgekehrte Konstellation, Fälle aus fachabteilungsbezogen definierten Leistungsgruppen auszuschließen, weil sie nicht dem typischen Leistungsinhalt dort entsprechen, kommt deutlich seltener zur Anwendung. Nach aktuellem Stand des Leistungsgruppengroupers werden nur in den LG004F *Komplexe Gastroenterologie*, LG005F *Komplexe Nephrologie* und LG006F *Komplexe Pneumologie* Fälle mit bestimmten, eher allgemein-internistischen Krankheitsbildern von der fachabteilungsbezogenen Zuordnung ausgenommen und stattdessen der LG001F *Allgemeine Innere Medizin* zugewiesen.

Auch in anderen fachabteilungsbezogenen Leistungsgruppen finden sich zwar einzelne Fälle, die dort nicht „zu passen“ scheinen, aber bei weitem nicht in dem Umfang wie bei den genannten drei internistischen Schwerpunkten. Bei diesen Konstellationen müssen sich in Abhängigkeit von der weiteren Ausgestaltung der Definition der FAB-Schlüssel weitere Analysen anschließen.

Welche Fälle werden somit konkret z.B. der Leistungsgruppe *Komplexe Gastroenterologie* zugeordnet?

Bei der Gruppierung von Fällen ist neben den dargestellten **leistungsbezogenen** und **fachabteilungsbezogenen** Zuordnungsmöglichkeiten auch die Abfragereihenfolge (dazu mehr in Frage 4) zu beachten. Die Abfragereihenfolge ist vereinfacht dargestellt wie folgt:

- Zuerst werden die spezifischen Leistungsgruppen abgefragt (z.B. *Herzchirurgie*),
- dann folgen die **leistungsbezogenen Zuweisungen** zu den allgemeinen Leistungsgruppen „ohne F“;
- am Ende der Abfragereihenfolge stehen die **fachabteilungsbezogenen Zuweisungen** zu den allgemeinen Leistungsgruppen „mit F“.

Auch innerhalb dieser drei Blöcke gibt es jeweils eine Abfragereihenfolge, zum Beispiel wird bei den spezifischen Leistungsgruppen die *Herzchirurgie* vor der *Interventionellen Kardiologie* abgefragt und bei den leistungsbezogenen Zuweisungen der allgemeinen Leistungsgruppen die *Neurochirurgie* vor der *Komplexen Gastroenterologie*. Dies bedeutet, dass ein Fall, der die Definitionen der Herzchirurgie und der Interventionellen Kardiologie erfüllt, der Leistungsgruppe *Herzchirurgie* zugeordnet wird

bzw. dass ein Fall, der die Definitionen der Neurochirurgie und der Komplexen Gastroenterologie erfüllt, der Leistungsgruppe *Neurochirurgie* zugeordnet wird.

Bei den fachabteilungsbezogenen Zuweisungen ist die Reihenfolge hingegen weniger relevant, da die Fälle typischerweise nur eine Definition erfüllen können (ein Fall hat nur eine „längste Fachabteilung“).

Damit wird ein Fall konkret der Leistungsgruppe *Komplexe Gastroenterologie* zugewiesen, wenn er

- einen spezifischen, die LG004 *Komplexe Gastroenterologie* definierenden Prozedurenkode, z.B. *Endoskopische Ligatur von Fundusvarizen (5-449.83)* oder *Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste, endoskopisch (5-529.n2)* ausweist und keine der Bedingungen der spezifischen Leistungsgruppen oder der zuvor abgefragten leistungsbezogenen Zuweisungen erfüllt ODER
- seinen stationären Aufenthalt ausschließlich oder maßgeblich (siehe Frage 5, „letzte Fachabteilung“ versus „längste Fachabteilung“) auf einer Fachabteilung der *Gastroenterologie* behandelt wurde und ebenfalls keine der Bedingungen der zuvor abgefragten spezifischen LG / leistungsbezogenen Zuweisungen erfüllt und zudem nicht aufgrund einer stark allgemein-internistisch geprägten DRG dort ausgeschlossen ist.

In der ersten Konstellation wird dem Behandlungsfall die LG004, in der zweiten Konstellation die LG004F zugewiesen.

8 Berücksichtigt der Leistungsgruppengrouper weitere Strukturkriterien bei der Eingruppierung von Fällen?

Die primäre Aufgabe des Leistungsgruppengroupers ist mit den vorhandenen Attributen eines Falles, welche in den Falldaten nach § 21 KHEntgG vorliegen, eine eindeutige Zuordnung des Falles zu einer DRG und zu einer Leistungsgruppe vorzunehmen. Der Leistungsgruppengrouper verwendet zum Beispiel Diagnosen, Prozeduren, Alter und Fachabteilungsschlüssel eines Krankenhausfalles, um die oben genannte algorithmische Zuordnung umzusetzen.

Mit der Etablierung des § 135e SGB V im KHVVG werden in § 135e Absatz 1 SGB V bestimmte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen festgelegt, unter anderem die „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“. So ist zum Beispiel das Vorhandensein der

- LG *Allgemeine Chirurgie*,
- LG *Intensivmedizin*,
- LG *Notfallmedizin*
- und LG *Allgemeine Innere Medizin*

Voraussetzung für die Leistungsgruppe *Spezielle Traumatologie*.

Wollte der Leistungsgruppengrouper diese beispielhaft genannten Voraussetzungen bei der Gruppierung eines Falles berücksichtigen, so müsste bei jedem einzelnen Fall eines Standortes das Gesamtergebnis der Einordnung aller Fälle eines Standortes in ihre Leistungsgruppe mitgeführt werden. Dies kann eine fallbezogene Leistungsgruppierung natürlich nicht leisten.

Im vorgelegten System findet man eine zweigeteilte Umsetzung. So ist in zukünftigen Daten nach § 21 KHEntgG das Vorhandensein einer Notfallstufe gemäß § 136c Absatz 4 SGB V mitzuführen. Daraus lässt sich die auf den Standort bezogene Zuordnung zu den Leistungsgruppen *Intensivmedizin* und *Notfallmedizin* auch bei einem einzelnen Krankenhausfall berücksichtigen.

Oder anders ausgedrückt: Dem Leistungsgruppengrouper ist zukünftig bei der Gruppierung eines einzelnen Behandlungsfalles bekannt, ob am relevanten Standort die Leistungsgruppe *Notfallmedizin* und die Leistungsgruppe *Intensivmedizin* vorliegen.

Für weitere in § 135e Absatz 1 Nr. 2 SGB V festgelegte Anforderungen, z.B. die Erbringung verwandter Leistungsgruppen oder auch für das einem Standort zuzuordnende Attribut „Perinatalzentrum“, gibt es keine Datenübermittlung bezogen auf den einzelnen Krankenhausfall (siehe auch Frage 16). Dies bedeutet, dass nach der Zuordnung in eine Leistungsgruppe durch den Leistungsgruppengrouper weitere Kriterien angelegt werden müssen, um eine abschließende Zuordnung zu den Leistungsgruppen zu erhalten. Es muss sich eine weitere logische Nachbearbeitung anschließen.

9 Wie geht der LG-Grouper mit Verbringungsleistungen um?

Bei Verbringungsleistungen handelt es sich um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen externer Dritter (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG). Der Patient verlässt das Krankenhaus nur für kurze Zeit zur Vornahme medizinisch gebotener, im aufnehmenden Krankenhaus nicht durchführbarer einzelner Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen. Der Patient bleibt aber Patient des verbringenden Krankenhauses. Leistungen, die im Rahmen einer Verbringung erbracht werden, werden gegenüber dem Kostenträger von dem Krankenhaus abgerechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat (§ 8 Abs. 6 KHEntgG).

Leistungen, welche im Rahmen einer Verbringung erbracht werden, werden vom verbringenden Krankenhaus mit Prozedurenschlüsseln kodiert und gemäß § 21 KHEntgG vom verbringenden Krankenhaus dem Fall zugeordnet und gegebenenfalls für die DRG-Eingruppierung verwendet.

Bis zur Änderung im Krankenhaustransparenzgesetz gab es keine Verpflichtung die Tatsache der Verbringung im §21-Datensatz bei der Leistung zu dokumentieren.

In der Folge konnte man mit den Datensätzen des Jahres 2023 eine nicht selten in Verbringung durchgeführte Leistung wie die Herzkatheteruntersuchung nicht eindeutig dem tatsächlichen Leistungserbringer zuordnen. Krankenhäuser, welche z.B. selbst gar kein Herzkatheterlabor vorhalten, haben korrekterweise die Leistung verschlüsselt und erfüllen damit – auf Basis der Daten des Jahres 2023 - die logische Bedingung für die Einordnung in die Leistungsgruppe LG011 *Interventionelle Kardiologie*.

Mit Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes Ende März 2024 sind nun alle Prozeduren mit dem tatsächlichen Erbringungsstandort zu übermitteln (Angabe der jeweiligen Standortnummer). Auf diese Weise sollen die Verbringungsleistungen in ambulanten Einrichtungen oder in anderen Krankenhäusern bzw. an anderen Krankenhausstandorten sichtbar werden. Die Beantwortung der Frage, wie mit Verbringungsleistungen umzugehen ist, ist sowohl für den Vorhalt als auch für die Erfüllung und den Nachweis der Strukturvorgaben von großer Bedeutung.

Der aktuelle Leistungsgruppengrouper ordnet einen Fall mit Verbringungsleistungen dem Standort zu, welcher aus dem Standort der belegenden Fachabteilung(en) resultiert bzw. dem Standort der maßgeblichen Prozedur am eigenen Standort. Er weist zudem den Tatbestand der Verbringung aus (Flag „extern“), sofern die notwendigen Informationen von den Krankenhäusern korrekt und vollständig im §21-Datensatz verschlüsselt wurden. Die Information zur Verbringung liegt somit vor und die Berücksichtigung für Fragestellungen der Abrechnung, des Vorhaltes und der Zuordnung der Leistungsgruppen kann datenbasiert diskutiert werden.

Fragen zur Definition einzelner Leistungsgruppen

10 Wie werden die fünf „neuen“ Leistungsgruppen definiert?

Die fünf Leistungsgruppen

- *Notfallmedizin,*
- *Spezielle Traumatologie,*
- *Infektiologie,*
- *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und*
- *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie*

sind kein Bestandteil des NRW-Systems, sodass es für diese noch keine fallbezogenen Definitionen gab. Im aktuellen Entwicklungsstand des Leistungsgruppengroupers konnten für keine der fünf neuen LG fachabteilungsbezogene Definitionskriterien etabliert werden. Es gibt keine belastbare Differenzierung auf FAB-Ebene für Spezielle Kinder- und Jugendmedizin, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Traumatologie (versus „nicht spezielle“). Angewendete und für eine Definition geeignete FAB-Schlüssel für Notfallmedizin und Infektiologie gibt es ebenfalls nicht.

Es konnte keine belastbare, fallzahlrelevante Differenzierung auf Ebene einer spezifischen leistungsbezogenen Definition zwischen der LG *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* und der LG *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin* einerseits und der LG *Kinder- und Jugendchirurgie* und der LG *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* andererseits erarbeitet werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Leistungen der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin und Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie nicht berücksichtigt werden. Die von den Fachgesellschaften und Experten übermittelten Anregungen wurden analysiert und die benannten spezifischen Leistungsdefinitionen zu einem großen Teil den bestehenden LG *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* beziehungsweise LG *Kinder- und Jugendchirurgie* zugeordnet. Diese Leistungsdefinitionen finden sich somit in den beiden bereits bestehenden Leistungsgruppen eingeordnet.

Die Etablierung einer geeigneten leistungsbezogenen LG-Definition konnte mit dem aktuellen Entwicklungsstand des Leistungsgruppengroupers für die LG *Spezielle Traumatologie* umgesetzt werden (siehe hierzu Frage 11).

11 Wie wird die Leistungsgruppe *Spezielle Traumatologie* definiert?

Die Leistungsgruppe *Spezielle Traumatologie* (LG027) gehört nicht zu den im Krankenhausplan NRW bereits festgelegten Leistungsgruppen, sondern ist eine „neue“ LG gemäß Krankenhaustransparenzgesetz. Bei der fall- und leistungsbezogenen Definition waren insbesondere die zahlreichen Überschneidungen mit anderen Leistungsgruppen, wie z.B. der Allgemeinen Chirurgie, der Neurochirurgie oder der Kinder- und Jugendchirurgie, zu berücksichtigen. Unterstützung erhielt das InEK bei dieser Fragestellung von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Viele traumatologische Leistungen, die auch von der ersten Definition der Fachgesellschaft erfasst waren, werden von deutlich mehr als 1.000 Krankenhausstandorten erbracht (etwa Osteosynthesen bei Mittelhandfrakturen). Solche Leistungen können nicht als „speziell“ gewertet werden.

In Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft wurde für den aktuellen Stand des Leistungsgruppengroupers eine leistungsbezogene Definition entwickelt mit dem Ziel, eine eher „spezifische“ als „sensitive“ Definition zu finden. Beispielsweise ist die osteosynthetische Versorgung einer Azetabulumfraktur typischerweise in der speziellen Traumatologie abgebildet (deutlich unter 500 Standorte), die endoprothetische Versorgung einer Schenkelhalsfraktur (mit über 1.000 Standorten) hingegen nicht.

Die Leistungsgruppe nutzt neben Diagnose- und Prozedurenkombinationen (insbesondere zur Abbildung von Mehrfacheingriffen) auch Elemente des DRG-Systems wie die Definition bestimmter Polytrauma-DRGs.

12 Wie wird die Leistungsgruppe *Intensivmedizin* definiert?

Das NRW-Leistungsgruppensystem enthält zwar einen Leistungsbereich „Intensivmedizin“, dieser ist jedoch nicht fallbezogen definiert: „Das Versorgungsspektrum im Leistungsbereich Intensivmedizin orientiert sich an der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Dem Leistungsbereich ist die allgemeine Leistungsgruppe Intensivmedizin zugeordnet.“ Auch kann eine Zuordnung eines Falles über einen Fachabteilungsschlüssel für Intensivmedizin nicht erfolgen, da diese nicht von jeder intensivmedizinischen Einheit genutzt werden.

Möglichkeiten einer fallbezogene Eingruppierung in die LG064 *Intensivmedizin* wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des Leistungsgruppengroupers umfangreich analysiert (insbesondere die OPS-Kodes für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung ermöglichen hier verschiedene Ansätze). Jedoch ist für die LG064 *Intensivmedizin* aktuell keine fallbezogene Eingruppierung vorgesehen. Es ist zu beachten, dass sich somit auch stark intensivmedizinisch geprägte Fälle auf alle anderen Leistungsgruppen verteilen können.

Die Zuordnung der Leistungsgruppe *Intensivmedizin* erfolgt in Zukunft bzw. im nächsten Entwicklungsschritt auf Standortebene über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Notfallstufen, die dem Leistungsgruppengrouper zeitnah zur Verfügung stehen werden.

13 Wie wird die Leistungsgruppe LG014F *Allgemeine Chirurgie* definiert?

Der Leistungsgruppe LG014F *Allgemeine Chirurgie* werden in erster Linie die Fälle zugeordnet, deren Aufenthalt überwiegend auf chirurgischen Fachteilungen stattgefunden hat, wobei (in Ermangelung fachabteilungsbezogener Leistungsgruppen beispielsweise für Gefäß- oder Unfallchirurgie) dies nicht nur allgemeinchirurgische Fachabteilungen sind. Darüber hinaus werden auch operierte Fälle ohne eine klar zuzuordnende allgemeine Leistungsgruppe hier eingruppiert.

Es ist aufgrund der nachrangigen Sortierposition der LG014F *Allgemeine Chirurgie* jedoch zu beachten, dass Fälle, die typische Fälle der *Allgemeinen Chirurgie* sind, aufgrund möglicherweise kleinerer zusätzlicher Prozeduren in ihrem Gesamtaufenthalt, die im Rahmen der leistungsbezogenen Zuweisungen zu anderen allgemeinen Leistungsgruppen relevant sind, in eine nicht zum Gesamtfall passende LG eingruppiert werden könnten. Das könnte für Fälle mit größeren (aber nicht im Rahmen der spezifischen LG abgefragten) chirurgischen Eingriffen (wie einer Endoprothese oder einer Hemikolektomie) beispielsweise aufgrund einer gastroenterologischen Prozedur der Fall sein. Hinzu kommt, dass die Eingruppierung anhand des längsten Fachabteilungsaufenthalts für bestimmte Konstellationen mit großen chirurgischen Eingriffen nicht sachgerecht erscheint – so könnte für einen Fall mit einer Hemikolektomie, der 11 Tage auf einer internistischen und 10 Tage auf einer chirurgischen Fachabteilung behandelt wurde, die Zuordnung zu einer nicht-chirurgischen Leistungsgruppe fraglich erscheinen. Diesen insbesondere in Bezug auf die Definition der LG *Allgemeine Chirurgie* relevanten möglichen Unschärfen bei der Zuordnung begegnet der Leistungsgruppengrouper auf verschiedenen Wegen:

1. Für bestimmte, typischerweise chirurgisch erbrachte DRGs, „überspringt“ der Leistungsgruppengrouper die leistungsbezogenen Abfragen zu den allgemeinen LG, sodass – sofern keine spezifische LG angesteuert wird – die Fälle primär nach der „längsten FAB“ und somit auch

bei Vorhandensein einer typischerweise für eine andere LG zuordnungsrelevanten Prozedur in die LG014F *Allgemeine Chirurgie* eingruppiert werden können.

Dies betrifft beispielsweise Fälle der Basis-DRGs K06 (Schilddrüsenoperationen), die aufgrund dieses „Überspringens“ auch dann die LG014F *Allgemeine Chirurgie* erreichen können, wenn sie aufgrund einer weiteren Prozedur (z.B. an Rachen, Kehlkopf oder Luftröhre) „normalerweise“ in die LG050 *HNO* eingruppiert worden wären. Ein weiteres Beispiel sind Fälle mit Gallenblasenoperation (Basis-DRGs H07/H08), die somit die LG014F *Allgemeine Chirurgie* erreichen können, obwohl sie eine weitere Prozedur aufweisen (etwa für die *diagnostische Endoskopie der Gallenwege bei anatomischer Besonderheit*), die „normalerweise“ zur Zuordnung in die LG004 *Komplexe Gastroenterologie* geführt hätte. Voraussetzung für die Zuordnung zur allgemeinchirurgischen LG ist in beiden Fälle aber weiterhin, dass der längste Fachabteilungsaufenthalt in der Chirurgie stattgefunden hat, anderenfalls könnten die Fälle beispielsweise den LG LG050F *HNO* oder LG004F *Komplexe Gastroenterologie* zugeordnet werden.

- Analog der unter Frage 7 dargestellten Vorgehensweise, die fachabteilungsbezogenen Zuweisungen in die allgemeinen Leistungsgruppen um eine leistungsbezogene Komponente zu ergänzen, wurde auch für LG014F *Allgemeine Chirurgie* eine entsprechende Zuordnung ergänzt. Diese kommt aktuell vor allem für Fälle mit Hüftgelenksendoprothesen sowie für bestimmte große Eingriffe an Magen und Darm zum Einsatz. Im Gegensatz zur unter 1. dargestellten Vorgehensweise erfolgt in diesen Fällen eine direkte, von den Fachabteilungsschlüsseln unabhängige Zuordnung in die LG014F *Allgemeine Chirurgie* auch dann, wenn beispielsweise der größere Teil des Aufenthaltes in Fachabteilungen der Gastroenterologie oder der Inneren Medizin stattfand. Aktuell kommt diese Zuordnung für einige wenige komplexe chirurgische Leistungen zur Anwendung. In einigen Sonderfällen wird die Zuordnungslogik noch weiter DRG-individuell präzisiert, wie die nachfolgenden Beispiele illustrieren:

Beispiel	Basis-DRG(s)	Typische Eingriffe	Zugeordnete allgemeine Leistungsgruppe(n) [wenn keine spezifische LG]
1a	K06	Schilddrüsen-OP	Nach „längster Fachabteilung“
1b	H07, H08	Gallenblasenentfernung	Nach „längster Fachabteilung“
2a	I03, I05, I36, I46, I47	Endoprothese Hüftgelenk (bei Fraktur)	Stets <i>Allgemeine Chirurgie</i>
2b	G02	Komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm	Nach „längster Fachabteilung“, möglich aber nur <i>Allgemeine Chirurgie, Frauenheilkunde</i> und <i>Urologie</i>
2c	G18	Eingriffe an Dün- und Dickdarm	Nach „längster Fachabteilung“, jedoch nicht LG001F <i>Innere Medizin</i>

14 Wie wird bei der Definition der Leistungsgruppen *Geriatric* und *Palliativmedizin* die Verweildauer als Kriterium genutzt?

Immer wieder werden Fälle zunächst aufgrund eines akuten Geschehens im Krankenhaus aufgenommen und behandelt, bevor im Anschluss eine Verlegung auf eine andere, z.B. eine geriatriche Fachabteilung erfolgt. Das Vorliegen eines geriatriche Attributs (sei es ein OPS-Kode oder ein FAB-Schlüssel) als Zuweisungskriterium zur Leistungsgruppe *Geriatric* zu nutzen wäre somit in vielen Fällen nicht zielführend, da dann der andere, mitunter den Aufenthalt prägende Teil der Behandlung,

grundsätzlich keine Berücksichtigung finden würde. Daher wird bei der Zuordnung zu bestimmten Leistungsgruppen, wie der LG056 *Geriatric*, die Dauer der entsprechenden Behandlung in Relation zur Dauer des gesamten stationären Aufenthaltes gewertet.

Zur Verschlüsselung einer geriatrischen Behandlung werden die Prozedurenkodes für *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* (8-550.*) genutzt. Diese setzen sowohl Struktur- als auch Mindestmerkmale in personeller, apparativer und infrastruktureller Hinsicht voraus. Daneben sind diese Prozeduren nach Behandlungstagen und Therapieeinheiten unterteilt:

- 8-550.0 *Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten*
- 8-550.1 *Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*
- 8-550.2 *Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten*

Im NRW-System wird praktisch jeder Fall mit einer der oben genannten Prozeduren der Leistungsgruppe LG056 *Geriatric* zugeordnet, unabhängig davon, ob und, wenn ja, wo (und wie lange) eine weitere Behandlung erfolgt ist. Dieses Vorgehen wurde im Leistungsgruppengrouper durch die Implementierung eines Verweildauerbezugs präzisiert. So kann ein Fall mit der Prozedur 8-550.0 (7 bis 13 Behandlungstage) nur dann der LG056 zugewiesen werden, wenn der stationäre Aufenthalt insgesamt weniger als 20 Tage gedauert hat und der Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung somit einen nicht unerheblichen Teil (im Mittel somit mindestens etwa die Hälfte) davon ausmacht.

Es stellt sich auch hier die Frage, was den Behandlungsfall prägt. Wird ein Patient aufgrund einer Schenkelhalsfraktur ins Krankenhaus aufgenommen, eine Totalendoprothese am Hüftgelenk eingesetzt und wird dieser sehr früh zur Weiterbehandlung für 15 Tage auf eine geriatrische Station verlegt, so sollte diesem Fall wohl eher die Leistungsgruppe LG056 *Geriatric* zugewiesen werden. Anders stellt sich ggf. die Situation dar, wenn die stationäre Aufnahme wegen eines Prostatakarzinoms erfolgt, der Patient nach radikaler Prostatektomie und mehreren Wochen auf einer urologischen Fachabteilung vor seiner Entlassung noch 7 Tage geriatrisch behandelt wird. In diesem Fall prägen der urologische Eingriff sowie die sich anschließende Behandlung in der Urologie den Fall stärker als der Aufenthalt in der Geriatric und die Eingruppierung in die LG038 *Urologie* erscheint hier sachgerechter.

Bei der Leistungsgruppe *Palliativmedizin* ist der Verweildauerbezug in ähnlicher Weise umgesetzt.

Fragen zur Behandlung von Kindern, Neugeborenen und Entbindungen (Mütter)

15 Wie berücksichtigt der Leistungsgruppengrouper die Behandlung von Kindern?

Im NRW- System existieren mehrere spezifische, z.B. über Prozeduren und das Alter definierte Leistungsgruppen für

- Neonatologie (3 LG),
- Kinderherzchirurgie (1 LG) und
- Kinderhämatologie und -onkologie (2 LG).

Dagegen entscheidet bei den beiden Leistungsgruppen *Allgemeine Kinder- und Jugendchirurgie* sowie *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* die entlassende Fachabteilung über die Zuordnung, ohne eine Altersbeschränkung.

Bei der Zuordnung von stationär behandelten Kindern zu Leistungsgruppen ist jedoch nicht unbedingt offensichtlich, wann die Fälle „kinderspezifischen“ Leistungsgruppen (wie *Kinder- und Jugendchirurgie*, *Kinder- und Jugendmedizin* oder *Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche* zuzuordnen sind), und wann die Zuordnung zu einer nicht ausschließlich Kindern vorbehaltenen Leistungsgruppe sachgerechter erscheint. Es existiert nach Auffassung des InEK keine einheitliche, stets anwendbare Altersgrenze.

Hinzu kommt bei der Behandlung von Kindern eine große Überschneidung mit anderen Fachgebieten bzw. Leistungsgruppen. So werden beispielsweise Tonsillektomien oder Adenotomien auch bei Kindern jeden Alters ganz überwiegend in einer Fachabteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde durchgeführt. Dagegen werden Kinder mit internistischen Krankheitsbildern typischerweise auf pädiatrischen Fachabteilungen behandelt.

Eine Zuweisung zu „Kinder-Leistungsgruppen“ ausschließlich für Standorte mit ausgewiesenen Abteilungen für Kinder- und Jugendchirurgie bzw. Kinder- und Jugendmedizin wäre aus Sicht des InEK nicht sachgerecht, da beispielsweise einige Standorte, die unstrittig kinderspezifische Leistungen erbringen, dann ausgenommen wären. Alle Patienten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze stets einer „Kinder-Leistungsgruppe“ zuzurechnen, erscheint aber ebenso nicht sachgerecht.

Im Ergebnis ist die Definition der Leistungsgruppen der *Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin* bzw. *-chirurgie* im Vergleich zu den meisten anderen Leistungsgruppen sehr komplex. Die Zuweisung setzt typischerweise entweder ein Alter von unter 16 Jahren (zum Teil auch mit abweichender Altersgrenze) oder einen überwiegenden Aufenthalt auf einer pädiatrischen Fachabteilung voraus, nutzt aber auch eine Vielzahl von Prozeduren und Diagnosen, teilweise in Kombination mit der längsten behandelnden Fachabteilung, schließt andererseits aber auch bestimmte Fachabteilungen aus.

Zur Illustration der Komplexität und somit rein exemplarisch seien hier einige Bestandteile der Definition aufgeführt. So sind Fälle beispielsweise der LG046 *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* zugeordnet, wenn sie

- bestimmte OPS-Kodes in Zusammenhang mit einer Epilepsie aufweisen, < 16 Jahre alt sind und nicht überwiegend von neurologischen/neurochirurgischen Fachabteilungen behandelt werden,
- eine Infektion der unteren Atemwege aufweisen, < 14 Jahre alt sind und nicht überwiegend auf pneumologischen Fachabteilungen behandelt werden,
- eine DRG für sozial-/neuropädiatrische Therapie (B46, U41) aufweisen,
- < 16 Jahre alt sind und eine Prozedur der LG *Interventionelle Kardiologie* aufweisen,
- ...

Der LG046F *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* sind Fälle zugeordnet, die

- als „längste Fachabteilung“ eine FAB der *Kinder- und Jugendmedizin* haben (unabhängig vom Alter),
- als „längste Fachabteilung“ eine nicht einer anderen allgemeinen LG zugeordnete FAB haben (beispielsweise Nuklearmedizin oder Intensivmedizin) und < 16 Jahre alt sind oder
- einen OPS-Kode für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter aufweisen.

(Zur Erläuterung des grundsätzlichen Unterschieds von LG046 und LG046F siehe auch Frage 7)

16 Wie erfolgt die Zuordnung zu den Leistungsgruppen für Entbindungen (Mütter) und Neugeborene?

Bei einer Geburt im Krankenhaus resultieren bei der Eingruppierung im Leistungsgruppengrouper verschiedene Leistungsgruppen, nämlich getrennt für Mutter und Kind. Auch im Krankenhausplan NRW gehören diese Leistungsgruppen zu verschiedenen Leistungsbereichen. Die Leistungsgruppe Geburt, in NRW dem Leistungsbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe zugehörig, orientiert sich an der Weiterbildungsordnung, konkret am Teil „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ des Gebietes „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie den weiteren, für die Geburtshilfe erforderlichen Leistungen dieses Gebietes. Die Zuordnung richtet sich nach den Vorgaben der G-BA-Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“.

Neonatologie

Der Leistungsbereich Neonatologie beinhaltet mehrere Leistungsgruppen, nämlich den Perinatalen Schwerpunkt sowie die Perinatalzentren Level 1 und Level 2. Auch hier erfolgt eine Orientierung am Schwerpunkt Neonatologie und den Versorgungsstufen der G-BA Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“.

Im Leistungsgruppensystem können diese Definitionen nur zum Teil verwendet werden, da dies häufig nicht-fallbezogene Informationen sind. Zur Definition der LG042 *Geburten* werden die Diagnosen Z37.* für das Resultat der Entbindung verwendet, welche im Datensatz der Mutter zu dokumentieren sind und deshalb (auch bereits im DRG-System) ein weitgehend zuverlässiges Kriterium zur Detektion von „mütterlichen Datensätzen“ sind. Bestimmte Fälle ohne einen Kode Z37.- wurden durch eine entsprechend erweiterte Zuordnung ergänzt (z.B. Fälle mit OPS-Kode für *Sectio caesarea* und Alter > 0 Jahre). Hierdurch konnte die Definition der Leistungsgruppe LG042 *Geburten* weiter präzisiert werden.

In Anlage 1 des SGB V werden drei neonatologische Leistungsgruppen aufgeführt: LG044 *Perinatalzentrum Level 1*, LG045 *Perinatalzentrum Level 2* und LG043 *Perinataler Schwerpunkt*. Im Leistungsgruppengrouper waren Definitionen für diese Leistungsgruppen festzulegen. In der G-BA-Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ wird für die perinatalen Schwerpunkte u.a. ein bestimmtes Geburtsgewicht vorausgesetzt:

- Perinatalzentrum Level 1: kleiner 1.250 Gramm
- Perinatalzentrum Level 2: 1.250 bis 1.499 Gramm
- Perinataler Schwerpunkt: mindestens 1.500 Gramm

In den Falldatensätzen nach § 21 KHEntgG liegen typischerweise die Aufnahme-/Geburtsgewichte der Neugeborenen vor. Zudem zeigen die Diagnosekodes und demographische Variablen bei korrekter Anwendung an, ob eine Geburt im fraglichen Krankenhaus stattgefunden hat oder nicht. Diese Angaben werden deshalb zur weiteren Präzisierung der Definition dieser Leistungsgruppen verwendet. Zusätzlich wurden aus den LG für Perinatalzentren Level 1 und 2 Fälle ausgeschlossen, die beispielsweise bei einem Tag Verweildauer einen Entlassungsgrund „verlegt“ oder „verstorben“ aufweisen, um die Zuordnung dieser Leistungsgruppen nicht allein aufgrund solcher sporadischer Fälle auszulösen.

Eine zu beachtende Konsequenz der aktuell fallbasierten Zuordnungen zu den Perinatal-LG ist, dass Neugeborene mit beispielsweise 1.400 Gramm Aufnahmegewicht stets der LG *Perinatalzentrum Level 2* zugeordnet werden, auch wenn die Einrichtung ein Perinatalzentrum Level 1 ist.

Ohne die Kenntnis darüber, ob ein Perinatalzentrum als Attribut an einem Standort vorliegt, kann der fallbezogene Leistungsgruppengrouper dies nicht bei der Zuordnung einer Leistungsgruppe zu einem Fall berücksichtigen. Vor allem kann bei Einzelfällen eine neonatologische Leistungsgruppe des Perinatalzentrums (Level 1 oder 2) zugeordnet werden, obwohl der Standort dieses Leistungsangebot nicht regelhaft vorhält. Aus den genannten Gründen kommt es vor, dass Standorten mit Perinatalzentrum Level 1 in Abhängigkeit des Geburtsgewichts sowohl Fälle mit der Leistungsgruppe *Perinatalzentrum Level 1* als auch Fälle mit der Leistungsgruppe *Perinatalzentrum Level 2* als auch Fälle mit der Leistungsgruppe *Perinataler Schwerpunkt* zugeordnet werden.

Für eine davon abweichende Zuordnung ist eine Weiterentwicklung des Leistungsgruppengroupers vorzunehmen. Dabei müsste das standortebene Attribut, ob ein Perinatalzentrum (und welchen Levels) vorliegt, in zukünftigen Daten nach § 21 KHEntgG abgefragt werden.

Gesunde Neugeborene

Der Leistungsgruppengrouper muss, wie bereits dargestellt, jedem Behandlungsfall eindeutig genau eine Leistungsgruppe zuordnen. Dies gilt auch für „gesunde Neugeborene“ und führt daher zu einer Besonderheit bei der Eingruppierung der gesunden Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht ab 1500 Gramm. Auch die gesunden Neugeborenen, welche an Krankenhausstandorten geboren werden, die gemäß der Richtlinie des G-BA weder Perinatal Zentrum Level 1 oder Level 2 noch Perinataler Schwerpunkt sind, waren einer Leistungsgruppe zuzuordnen. Im veröffentlichten Entwicklungsstand des Leistungsgruppengroupers wurden alle diese Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht ab 1500 Gramm der Leistungsgruppe *Perinataler Schwerpunkt* zugeordnet.

Es erschien nicht sinnvoll diese Fälle der Leistungsgruppe *Allgemeine Frauenheilkunde* oder der Leistungsgruppe *Kinder- und Jugendmedizin* zuzuordnen, da diese Leistungsgruppen umfangreiche Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität mit sich bringen. Bei den Anforderungen an die personelle Ausstattung der zuletzt genannten Leistungsgruppe werden beispielsweise das Vorhandensein und die Verfügbarkeit von Fachärzten der Kinder- und Jugendmedizin vorgegeben. Auch eine Zuordnung zur Leistungsgruppe *Geburten* verbot sich, da diese Leistungsgruppe der Entbindung und damit den Müttern zugeordnet ist und zudem ebenfalls umfangreiche Strukturvorgaben erfüllt sein müssen.

Somit unterscheidet die Leistungsgruppe *Perinataler Schwerpunkt* nicht wie der G-BA zwischen Perinataler Schwerpunkt (Versorgungsstufen III) und Geburtsklinik (Versorgungsstufe IV). Perspektivisch wäre die Etablierung einer neuen Leistungsgruppe denkbar.

Fragen zu einzelnen Leistungen

17 In welcher Leistungsgruppe ist die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Schenkelhalsfraktur abgebildet?

Die spezifischen NRW-Leistungsgruppen 14.1 *Endoprothetik Hüfte* und 14.3 *Revision Hüftendoprothese* beinhalten die Erstimplantation und die Revisionen von Gelenkendoprothesen „außer bei Fraktur“ und damit besonders planungsrelevante Bereiche. Bei der Weiterentwicklung des Leistungsgruppengroupers wurden diese Definitionen weitgehend unverändert belassen, sodass in den korrespondierenden Leistungsgruppen LG023 und LG025 die typischen Fälle mit Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk bei Fraktur weiterhin nicht abgebildet sind – was bei großen Unterschieden hinsichtlich Planbarkeit und Versorgungswirklichkeit vermutlich auch nicht sachgerecht wäre.

In die neue Leistungsgruppe LG027 *Spezielle Traumatologie* wurden die typischen Fälle auch nicht aufgenommen, da sie dort – gemäß Eingaben der Fachgesellschaft wie auch hinsichtlich der Verteilung über mehr als 1.000 Standorte – als nicht geeignet für eine Zuordnung erscheinen.

Somit verbleibt für die meisten Fälle „nur“ die Zuordnung zur Leistungsgruppe LG014F *Allgemeine Chirurgie*. Diese steht in der Abfragereihenfolge aber „fast ganz unten“, was zum Charakter dieser LG als eine von zwei (neben der *Allgemeinen Inneren Medizin*) in Teilen als „Restegruppe“ fungierenden LG geschuldet ist. Der Begriff „Restegruppe“ meint dabei lediglich, dass den beiden Leistungsgruppen LG001F und LG014F auch viele anderenorts nicht spezifisch abzubildende Konstellationen zugewiesen werden – siehe dazu Frage 2b. Aufgrund der nachgeordneten Abfrageposition der LG014F *Allgemeine Chirurgie* ergeben sich einige Besonderheiten, da in bestimmten Konstellationen vermieden werden sollte, dass chirurgische Fälle aufgrund zuvor abgefragter, aber den Fall möglicherweise deutlich weniger stark prägender Attribute in nicht-chirurgische Leistungsgruppen eingruppiert werden. Dies betrifft konkret auch die Hüftgelenksendoprothesen und ist unter Frage 13 detaillierter dargestellt.