

Dr. Eberhard Hansis, Dr. Hannes Dahnke

Ist der InEK-Grouper eine zuverlässige Basis für die Krankenhausplanung?

Neue Studie von Vebeto berechnet die Auswirkungen einer Krankenhausplanung mittels der Fachabteilungsschlüssel

Die Krankenhausreform schreitet voran und stellt Krankenhäuser und Planungsbehörden vor weitere Herausforderungen: Anfang 2025 ist der Leistungsgruppen-Grouper des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht worden. Auf Basis dieses Groupers sollen die Bundesländer zeitnah ihre Krankenhausplanung umsetzen, denn die Reform gibt einen straffen Zeitplan vor.

Aber welche Auswirkungen hat die Krankenhausplanung auf Basis des InEK-Groupers? Bietet der Grouper eine zuverlässige und sinnvolle Systematik? In unserer aktuellen Vebeto Studie „Fachabteilungsschlüssel und Leistungsgruppen der Inneren Medizin“ simulieren wir konkret die Auswirkungen.

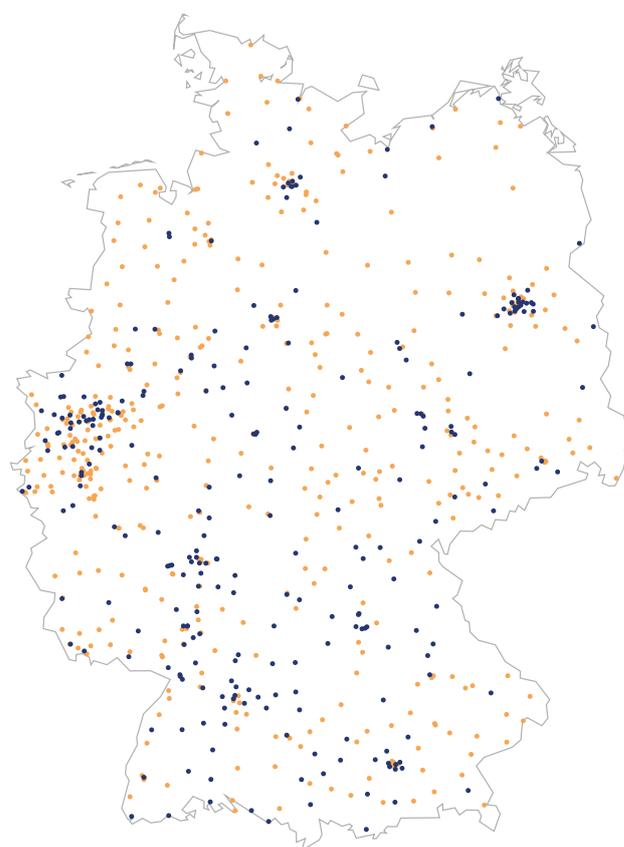
Zum Hintergrund: Die Krankenhausreform fußt auf der Gliederung der stationären Versorgung in medizinische Leistungsgruppen, die relevant für die Berechnung der Erlöse und die Krankenhausplanung der Länder sind. Innerhalb dieser Systematik wird die Innere Medizin in sechs Leistungsgruppen aufgeteilt: Allgemeine Innere Medizin, Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Pneumologie und Rheumatologie.

Für die Zuordnung der Fälle innerhalb der Inneren Medizin stützt sich der InEK-Grouper insbesondere auf die Fachabteilungsschlüssel. Diese werden in den Krankenhäusern aber bisher nicht einheitlich genutzt. Die verwendeten Fachabteilungsschlüssel geben also nicht die medizinische Versorgungsrealität wieder. Die Folge: Die Zuordnung zu den Leistungsgruppen der Inneren Medizin ist unzuverlässig. Davon ist auch der Leistungsbereich Chirurgie (Allgemeine Chirurgie und Plastische Chirurgie) betroffen. Gemeinsam umfassen diese beiden Leistungsbereiche rund 50 % aller stationären Fälle.

Die unzuverlässige Eingruppierung kann weitreichende Folgen haben: Werden einem Haus aufgrund fehlender Fachabteilungsschlüssel nur geringe Fallzahlen in einer Leistungsgruppe zugeordnet, so könnte es die Mindestvorhaltezahl der Leistungsgruppe unterschreiten. Dann verliert das Krankenhaus die Vorhaltefinanzierung für die (wenigen) Fälle, die der Leistungsgruppe zugeordnet wurden. Schon hier wird deutlich, dass eine unscharfe Systematik die Krankenhausplanung verzerrt und Erlösverluste bei Krankenhäusern bedingen kann.

In unserer Analyse behandeln wir nun konkret die Frage: Wie groß ist der Unterschied zwischen den berichteten Fachabteilungsschlüsseln der Inneren Medizin und der Versorgungsrealität an den Krankenhäusern?

Vebeto Analyse für die Gastroenterologie aller deutschen Krankenhäuser: Jeder Punkt auf der Karte stellt ein Krankenhaus dar, das gastroenterologische Leistungen anbietet. Blau bedeutet, dass ein Fachabteilungsschlüssel für die Gastroenterologie berichtet wird. Orange zeigt, dass keiner berichtet wird, obwohl entsprechende Versorgung geleistet wurden.



Dabei analysieren wir beispielhaft die Leistungsgruppen Gastroenterologie und Pneumologie. Um die tatsächliche Versorgung an allen deutschen Krankenhäusern zu messen, betrachten wir OPS-Ziffern (Operationen und Prozeduren), die für die jeweilige Spezialisierung charakteristisch sind. Diese vergleichen wir mit den berichteten Fachabteilungsschlüsseln laut Bundes-Klinik-Atlas.

Bei der Gastroenterologie zeigt sich: Es gibt 702 Versorger, die relevante Prozedurzahlen für alle betrachteten OPS-Ziffern erbringen. Davon berichten aber nur 264 einen Fachabtei-

lungsschlüssel für die Gastroenterologie, also 38 % dieser Häuser.

Für die Pneumologie ergibt sich entsprechend: 296 Versorger erzielen relevante Prozedurzahlen in allen betrachteten OPS-Ziffern. Davon berichten 136 einen Fachabteilungsschlüssel für die Pneumologie, also lediglich 46 % dieser Häuser.

Diese Abweichungen ziehen sich durch alle Bundesländer, Arten der Trägerschaft und Größenklassen der Krankenhäuser. Das zeigen wir in unserer Studie in separaten statistischen Auswertungen. Es ist also damit zu rechnen, dass die aktuelle Version des Leistungsgruppen-Groupers die Krankenhausplanung und Erlösberechnung verzerren wird. Zudem können Häuser die von ihnen berichteten Fachabteilungsschlüssel in einem gewissen Rahmen beeinflussen. Das verringert die Vergleichbarkeit und Transparenz ihrer Leistungen.

Wie aber könnte man den Leistungsgruppen-Groupers zuverlässig gestalten? Ein schwieriges Problem hierbei ist, dass Krankenhäuser vor Aufnahme eines Patienten feststellen müssen, ob es sich etwa um einen Fall der „Allgemeinen Inneren Medizin“ oder einen der „Komplexen Gastroenterologie“ handelt –

für Leistungen außerhalb der zugewiesenen Leistungsgruppen gilt nämlich ein Abrechnungsverbot nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG § 8 (4)). Dies schränkt die Weiterentwicklung des Groupers stark ein.

Der aktuelle InEK-Groupers zeigt sich in der datenbasierten Analyse jedoch nicht als tauglich für eine belastbare Krankenhausplanung in der Inneren Medizin.

Die vollständige Vebeto Studie zum InEK-Groupers steht zum freien Download bereit auf: <https://www.vebeto.de>

Die Verfasser

Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke sind die Gründer und Geschäftsführer von Vebeto seit 2019. Mit unabhängigen Analysen und Studien will Vebeto mehr Transparenz im Krankenhauswesen schaffen und jedem deutschen Krankenhaus datenbasierte Entscheidungen ermöglichen.

Kliniken begrüßen KHTFV

DKG: wichtige Schritte zur Finanzierung der Krankenhausreform

Die Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (KHTFV) ist seit dem 18. April in Kraft. Der Bundesrat hatte am 21. März 2025 der KHTFV zugestimmt – mit zahlreichen Maßgaben.

Die Verordnung, kurz Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV), beschreibt, welche Vorhaben zur Umstrukturierung im Sinne der Krankenhausreform künftig gefördert werden können (► **siehe dazu den Fachbeitrag ab Seite 344**). Förderfähig sind demnach die Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, die Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, die Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die Bildung regional begrenzter Krankenhausverbände, die Bildung integrierter Notfallstrukturen, die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses und die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten.

Der Transformationsfonds soll nicht mehr im Wesentlichen von den gesetzlich Versicherten getragen, sondern über das sogenannte Sondervermögen Infrastruktur des Bundes finanziert werden.

Zur Veröffentlichung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) erklärt die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der **Deutschen Krankenhausgesellschaft Prof. Dr. Henriette Neumeyer**: „Jetzt ist die künftige Bundesregierung gefragt, ihr Wort zu halten und zügig die gesetzliche Grundlage für diese Neuverteilung der Finanzierung zu schaffen.“

Die DKG begrüße, dass Investitionen zum Erhalt bestehender Strukturen nun nicht mehr grundsätzlich von der Förderung ausgeschlossen sind, wie es ursprünglich geplant war. „Nach wie vor ist kritisch, dass ambulante Versorgungsangebote von der Förderung ausgeschlossen bleiben. Das ist besonders für die Krankenhäuser gravierend, die die Länder als sektorenübergreifende Versorger planen. Die Versorgung stärker sektorenübergreifend zu organisieren und gerade dort zu sichern, wo es immer weniger Arztpraxen gibt, ist postuliertes Ziel der Krankenhausreform. Jetzt die ambulante Versorgung in Kliniken von der Förderung auszunehmen, steht im Widerspruch zu diesem Ziel. Wichtige Ziele der Reform würden verfehlt, wenn die Politik die Investitionskosten dieser ambulanten Versorgungsangebote nicht berücksichtigt. Die Transformation der Versorgungslandschaft bliebe unvollständig“, so Prof. Neumeyer. *krii*

Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9