

# Gruppierungsrelevanz von Fachabteilungsschlüsseln nach §301 SGB V im Bundesleistungsgruppengrouper

**Prof. Dr. Norbert Roeder, Dr. Wolfgang Fiori, Dr. Holger Bunzemeier**

Seit der Zertifizierung des Bundesleistungsgruppengroupers Anfang Februar 2025 und der Auslieferung an die Krankenhäuser haben zahlreiche Einrichtungen begonnen, ihre Leistungsdaten zu gruppieren, um die Darstellung im Bundesleistungsgruppensystem zu analysieren und zu verstehen. Da die Fälle im Bundesleistungsgruppensystem teilweise vom NRW-System abweichenden Leistungsgruppen zugeordnet werden, führen die Ergebnisse zu Diskussionen und in einigen Fällen auch zur Frage, ob durch Umkodierung von Fachabteilungsschlüsseln Einfluss auf die Gruppierungsergebnisse für einzelne Standorte genommen werden sollte. Im Mittelpunkt der Diskussion steht insbesondere die Verwendung spezifischer Fachabteilungsschlüssel, die in die Leistungsgruppen führen, die die Facharzt Kompetenzen (ehemals als Teilgebiete) der Inneren Medizin abbilden. Hierbei handelt es sich um die folgenden fünf Leistungsgruppen:

- Komplexe Endokrinologie
- Komplexe Gastroenterologie
- Komplexe Pneumologie
- Komplexe Nephrologie
- Komplexe Rheumatologie

In dem Kontext besonders relevant sind auch die beiden Leistungsgruppen für spezielle Facharzt Kompetenzen der Chirurgie:

- Kinder- und Jugendchirurgie
- Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

Ein Teil der Fälle wird diesen Leistungsgruppen (Ausnahme Komplexe Nephrologie) über OPS-Kodes, teilweise auch in Kombination mit ICD-Kodes zugeordnet. Es handelt sich dabei jedoch bei vielen Krankenhausstandorten um nur wenige Fälle. Der Großteil der Fälle wird diesen Leistungsgruppen nur zugeordnet, wenn entsprechende spezifische Fachabteilungsschlüssel am Krankenhausstandort für diese Facharzt Kompetenzen im Datensatz verwendet wurden.

Die Nutzung spezifischer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V variiert jedoch von Bundesland zu Bundesland und innerhalb der Länder auch von Krankenhaus zu Krankenhaus. In einigen Krankenhäusern wird für alle internistischen Abteilungen einheitlich der allgemein-internistische Fachabteilungsschlüssel 0100 verwendet. In diesen Einrichtungen findet man dann häufig nur eine sehr geringe Anzahl von Fällen (zugeordnet über OPS/ICD) oder gar keine Fälle in den Leistungsgruppen der spezifischen Facharzt Kompetenzen. In Krankenhäusern, die

hingegen die spezifischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V nutzen, werden ein großer Teil der Fälle oder sogar alle Fälle (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Komplexe Rheumatologie) der jeweiligen Fachabteilungen in die spezifischen Leistungsgruppen gruppiert.

---

***Ob ein Krankenhaus eine relevante Anzahl von Fällen in einer der o.g. Leistungsgruppen der spezifischen Facharzt Kompetenzen aufweist, hängt bedingt durch den Gruppierungsalgorithmus weniger davon ab, welche Leistungen das Krankenhaus erbringt, sondern welcher Fachabteilungsschlüssel am Krankenhaus verwendet wird.***

---

Krankenhäuser, die bisher keine spezifischen Fachabteilungsschlüssel verwendet haben, sehen sich nun mit der Frage konfrontiert, ob ihnen dadurch in der Krankenhausplanung und bei der Berechnung des Vorhaltebudgets zukünftig Nachteile entstehen werden. Einzelne Beratungsunternehmen empfehlen, die spezifischen Fachabteilungsschlüssel ab sofort zu nutzen, auch wenn diese zuvor nicht angewendet wurden. Auch Empfehlungen zur nachträglichen Korrektur bereits abgerechneter Fälle wurden ausgesprochen.

Hinter der Empfehlung scheint die Annahme zu stecken, dass Krankenhäuser Versorgungsaufträge für Leistungsgruppen der Facharzt Kompetenzen der Inneren Medizin womöglich nur zugewiesen bekommen könnten, wenn sie eine relevante Fallzahl in den Leistungsgruppen vorzuweisen haben.

⇒ Diese Hypothese ist aber keineswegs als sicher zu unterstellen.

In NRW werden zum Beispiel die Fälle aus Fachabteilungen mit spezifischen Fachabteilungsschlüsseln der Facharzt Kompetenzen der Inneren Medizin der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet und die Leistungsgruppen für die einzelnen Facharzt Kompetenzen ausschließlich zur Kompetenzausweisung an den jeweiligen Krankenhausstandorten genutzt. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser, die die entsprechenden Mindestvoraussetzungen für diese Leistungsgruppen erfüllen, diese beantragen konnten und auch zugewiesen bekamen. Allerdings wurden diesen Leistungsgruppen in der Umsetzung der leistungsgruppenbezogenen Krankenhausplanung in NRW keine Fälle zugewiesen. Der Hintergrund dieser Umsetzung ist, dass sich die Leistungen der einzelnen Facharzt Kompetenzen der Inneren Medizin auf der Ebene von Einzelfällen nicht deutlich voneinander und einer „Allgemeinen Inneren Medizin“ abgrenzen ließen. Lediglich für einzelne, meist interventionelle Verfahren ist eine Zuordnung von Leistungen zu Facharzt Kompetenzen möglich (z.B. interventionelle Kardiologie, EPU/Ablation, Stammzelltransplantation).

Auch ist nicht sicher abschätzbar, wie sich eine veränderte Anwendung von Fachabteilungsschlüsseln auf die Vorhaltebudgets der Jahre 27/28 auswirken wird. Positive als auch

negative Effekte sind möglich und hängen insbesondere auch davon ab, ob und wie sich andere Krankenhäuser im Bundesland in Bezug auf die Anwendung der Fachabteilungsschlüssel verhalten werden.

Es soll auch darauf hingewiesen werden, dass eine Veränderung der genutzten Fachabteilungsschlüssel auf der Krankenhausebene auch mögliche Effekte in Bezug auf die Pflegepersonaluntergrenzen, die Versorgungstufenzuordnung (BMG-Level nach Krankenhaus-transparenzgesetz) und die Ausweisung als Fachkrankenhaus („Level F“) haben kann.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass es nicht vorgesehen ist, die Fachabteilungsschlüssel einseitig durch das Krankenhaus ohne Zustimmung der Kostenträger zu ändern. Die Fachabteilungsschlüssel sind (rechtlich) in der Budgetvereinbarung festzulegen. Sie bedürfen damit des Einvernehmens zwischen Krankenhaus und Krankenkassen. Dies ergibt sich implizit aus folgendem Satz in der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 (S. 124 in der Veröffentlichung zur Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V vom 12.12.2024: *„Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.“*<sup>1</sup>

Auch die Festlegung in der Richtlinie des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen führt dies in § 5 Abs. 2 impliziert aus:

„Eine Fachabteilung liegt vor, **sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:**

1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigen-ständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.
2. Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.
3. Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und
4. **die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.“**

**Wann sollte erwogen werden, Fachabteilungsschlüssel zu ändern?**

---

<sup>1</sup> [https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer\\_1/krankenhaeuser/gesamtdokument/301\\_Gesamtdokument.pdf](https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/krankenhaeuser/gesamtdokument/301_Gesamtdokument.pdf)

Aus unserer Sicht kann aktuell am ehesten Krankenhausstandorten, die spezifische Fachabteilungsschlüssel verwenden, jedoch nicht die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppen dieser Facharztkompetenzen erfüllen und auch zukünftig nicht erfüllen werden, die Änderung der betroffenen Fachabteilungsschlüssel auf einen Schlüssel für eine Allgemeine Innere oder Chirurgie empfohlen werden (im Einvernehmen mit den Kostenträgern). Ändert sich die Gesetzeslage nicht, droht ihnen sonst ein Abrechnungsverbot und evtl. der (unwiederbringliche) Verlust der ausgegliederten Vorhaltevergütung.

Allerdings kann auch diesen Standorten nicht garantiert werden, dass sie hiernach nicht Nachteile bei der Planung oder der Berechnung der Vorhaltebudgets erfahren werden, weil weder die Entscheidungen der Planungsbehörden vorweggenommen werden können, noch heute vollständig klar ist, wie die Berechnung der Vorhaltebudgets zukünftig erfolgen wird. Hierzu soll beispielsweise bis Ende September 2025 das InEK noch ein Konzept veröffentlichen.

Handelt es sich um Krankenhausstandorte, die für die Sicherung der Versorgung relevant sind und sie deshalb im Sinne einer Ausnahmeregelung vom Land einen Versorgungsauftrag trotz der Nichterfüllung der Qualitätskriterien zugewiesen bekommen, kann diese Empfehlung ohnehin nicht uneingeschränkt gelten, denn eine Änderung der Fachabteilungsschlüssel könnte dann Nachteile bei den Vorhaltebudgets nach sich ziehen.

Zumindest für Krankenhausstandorte, die nicht von einem unmittelbaren Abrechnungsverbot als Folge der Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen, für die sie die Mindestvoraussetzungen nicht erfüllen, über Fachabteilungsschlüssel bedroht sind, könnte es eine Option sein, zunächst einmal abzuwarten, welche Empfehlungen aus dem Leistungsgruppenausschuss resultieren und was letztendlich das BMG im Rahmen der Rechtsverordnung festsetzt. Auch weitere Änderungen des KHVVG sind im Bereich der möglichen Erwartungen. Wenn diesbezüglich Klarheit besteht, kann besser entschieden werden, wie ein Krankenhausstandort mit den dann bekannten Herausforderungen konkret umgehen soll. Eine einfache zeitnahe und insbesondere unterjährige Änderung der Fachabteilungsschlüssel kann in Unkenntnis möglicher Entwicklungen für Krankenhäuser auch riskant sein.

### **Einfluss auf die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung**

Die Bezugsjahre für die Ermittlung der **Vorhaltevolumina für jede Leistungsgruppe auf der Landesebene** sind nach § 37 KHG Abs. 1 Satz 6 KHG die Jahre 2023 und 2024. Das bedeutet, dass die Leistungsdaten dieser beiden Jahre darüber entscheiden, wie viel Vorhaltebudget in den Jahren 2027 und 2028 für jede Leistungsgruppe im Bundesland zur Verfügung stehen wird. Die Daten aus 2023 liegen dem InEK bereits vor. Es ist unwahrscheinlich, dass Krankenhäuser bis zur Frist am 31. März einheitlich die Daten aus 2024 noch anpassen werden bzw. das überhaupt dürften. Die an das InEK gelieferten Daten würden bei einer nachträglichen

Anpassung von den an die Kostenträger übermittelten Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V differieren.

Der **prozentuale Anteil einzelner Krankenhausstandorte an dem jeweiligen Landesvorhaltebudget** für eine Leistungsgruppe soll aus ihren IST-Daten des Jahres 2025 ermittelt werden (solange das Land keine Planfallzahlen vergibt).

Bildlich gesprochen bedeutet das, dass die „Kuchen“ (Vorhaltebudgets je Leistungsgruppe auf Bundeslandebene) bereits „gebacken“ wurden (Zutaten: §21-Daten der Krankenhäuser der Jahre 2023 und 2024). Wer nun wie viel vom jeweiligen Kuchen abbekommen wird, hängt davon ab, welchen Leistungsanteil jeder Krankenhausstandort an den Gesamtleistungen im Bundesland je Leistungsgruppe auf Grundlage der 2025er Daten erreicht (es sei denn, das Land gibt Planfallzahlen vor). Verwenden Häuser ab 2025 andere Fachabteilungsschlüssel, um z.B. in die Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ zu rutschen, wird das auf Basis der 23/24er Daten ermittelte Vorhaltebudget dieser Leistungsgruppe dann auf eine viel höhere Zahl von Häusern auf Grundlage der 25er Daten umverteilt. Das würde für alle Häuser mit dieser Leistungsgruppe dann zu einer im Vergleich zu heute schlechteren Vergütung führen. Die Häuser, die nur die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ haben, würden vom Verhalten der anderen Häuser womöglich profitieren, weil das Vorhaltebudget für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“, auch abgeleitet aus den historischen Daten 23/24, nun unter weniger Häusern aufgeteilt würde.

Besonders problematisch könnte es werden, wenn für 2025 die Fachabteilungsschlüssel angepasst werden, um eine hohe Fallzahl in Leistungsgruppen der spezifischen Facharzt Kompetenzen zu erzielen, das Land im Rahmen seiner Krankenhausplanung dann aber dem Haus den Versorgungsauftrag für diese Leistungsgruppe nicht erteilt. Dann würde das Krankenhaus mit den relevanten Leistungen nach der KHVVG-Systematik **weder** am Vorhaltebudget der spezifischen Leistungsgruppe **noch** der allgemeinen Leistungsgruppe beteiligt. Nur die Konvergenzmechanik dürfte dann in 27/28 dafür sorgen, dass das Haus nicht direkt die gesamte Vorhaltefinanzierung für die relevanten Leistungen verliert, sondern zunächst nur einen Teil.

Ein weiterer Aspekt ist die geplante Mindestvorhaltezahle je Leistungsgruppe. Gerade in Häusern, die den spezifischen Fachabteilungsschlüssel nicht verwenden, werden gar keine oder nur sehr wenige Fälle über OPS/ICD den Leistungsgruppen der Facharzt Kompetenzen zugewiesen. Fallen diese Häuser dann aus diesen Leistungsgruppen raus oder erhalten keine Vorhaltefinanzierung, obwohl sie große spezialisierte Fachabteilungen für diese Leistungen vorhalten und die qualitativen Mindestvoraussetzungen sehr gut erfüllen?

⇒ Es muss es eine bundesweit einheitliche Lösung geben, die gute Versorgung erhält und diese nicht an Algorithmen scheitern lässt.

Aus alledem nun zu schlussfolgern, dass es grundsätzlich falsch wäre, die genutzten Fachabteilungsschlüssel anzupassen, ist aber ggf. auch ein Fehler. Es sind durchaus Szenarien vorstellbar, in denen die Änderung der Fachabteilungsschlüssel vorteilhaft wäre und auch einen finanziellen Vorteil für ein Haus bringen kann.

Dass jedoch eine vom Krankenhaus getroffene Wahl von Fachabteilungsschlüsseln darüber entscheiden soll, wie viel Vorhaltebudget es zugewiesen bekommt, erscheint nicht nur sinnfrei, sondern steht aller Voraussicht nach im Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers. Es bleibt daher zu hoffen, dass der Gesetzgeber hier Anpassungen vornehmen wird oder das noch ausstehende Konzept des InEK zur Systematik der Vorhaltefinanzierung der Unvernunft noch etwas entgegensetzen wird. So könnte der Gesetzgeber z.B. regeln, dass die Landkrankenhausplanungsbehörden den Krankenhäusern im Rahmen ihrer Planung Fachabteilungsschlüssel mit Blick auf die veränderten Rahmenbedingungen gezielt zuordnen. Zusätzlich müsste dann noch eine Anpassung der Regelungen zur Vorhaltefinanzierung in dem Sinne erfolgen, dass zunächst die Planung der Länder zu erfolgen hat und erst danach die Vorhaltefinanzierung nach einer die konkrete Planung berücksichtigenden Systematik eingeführt wird. Alternativen dazu sind denkbar, sollen aber hier nicht weiter diskutiert werden.

## **Empfehlung**

Eine Veränderung an den Fachabteilungsschlüsseln sollte durch ein Krankenhaus nicht vorschnell vorgenommen werden.

Wir sehen jedoch eine Ausnahme: Wenn ein Krankenhausstandort die Mindestvoraussetzungen für die spezifischen Leistungsgruppen sicher **nicht** erfüllt und auch nicht davon auszugehen ist, dass der Krankenhausstandort als versorgungsnotwendig bestimmt wird und deshalb trotz der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einen Versorgungsauftrag erhalten wird, wird er wahrscheinlich den spezifischen Fachabteilungsschlüssel ändern müssen (z.B. auf 0100 Innere Medizin). Auch hoch spezialisierte Einrichtungen (z.B. Palliativmedizin, Schmerzmedizin, Suchtmedizin, Weaningzentren), die aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte noch die unspezifischen Fachabteilungsschlüssel der Fachabteilungen tragen, aus denen sie sich heraus entwickelt haben, sollten über einen Wechsel des Fachabteilungsschlüssel nachdenken. Meist sind die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen, in denen die Fälle derzeit gruppiert werden, für diese Spezialisierungen unpassend. Man sollte das jedoch immer im Einzelfall unter Abwägung von Vor- und Nachteilen und im Einvernehmen mit den Planungsbehörden und den Kostenträgern entscheiden. Letztere werden ohnehin den Wechsel der Fachabteilungsschlüssel zustimmen müssen.

In allen anderen Fällen sollte eher zurückhaltend mit Änderungen an den Fachabteilungsschlüsseln umgegangen werden. Das bundesweite Leistungsgruppensystem hinsichtlich der Leistungsgruppendifinitionen, aber auch der entsprechenden Mindestvoraussetzungen

und Auswahlkriterien für die einzelnen Leistungsgruppen und der Anwendung wird mittels Rechtsverordnung vom BMG festgesetzt, so dass noch Veränderungen möglich sind.

**Krankenhäuser, die spezifische Fachabteilungen nach den Facharztkompetenzen der Inneren Medizin oder Chirurgie ohne den spezifischen Fachabteilungsschlüssel betreiben, könnten auch ihre Landesplanungsbehörde anschreiben und sie über die bestehende Problematik an ihrem Standort informieren mit der Bitte um konkrete Hinweise, wie sie vorgehen sollen.**

## **Mögliche Lösung**

Eine Lösung für das Problem wäre die Verteilung der Vorhaltebudgets für die Leistungsgruppen der Facharztkompetenzen der Inneren Medizin/Chirurgie ausschließlich über die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ abzuwickeln. Hierfür müssten alle Fälle aus den einzelnen Krankenhausstandorten, die spezifische Fachabteilungsschlüssel der Facharztkompetenzen der Medizin/Chirurgie verwenden, der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ in 2023/2024 und 2025 bzw. weiteren Bezugsjahren zugewiesen werden. Dadurch würden die Datenjahre 2023/2024 mit 2025 inhaltlich bezogen auf diese Leistungsgruppen synchronisiert. Ausgenommen von dieser Fallaggregation auf die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ könnten die Fälle sein, die den LG der Facharztkompetenzen über OPS-Kodes oder weitere krankenhausunabhängige Kriterien (ICD, OPS-/ICD-Kombinationen, DRG, Alter, etc.) zugeordnet werden. Diese Fälle lassen sich basierend auf dieser Definition unabhängig von den verwendeten Fachabteilungsschlüsseln an allen Krankenhausstandorten ermitteln. Allerdings sollten diese spezifischen Leistungen nur an den Krankenhausstandorten erbracht werden dürfen, die dafür die entsprechende Leistungsgruppe im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausplanung zugewiesen bekommen haben.

Ein ähnliches Vorgehen sollte bei den Leistungsgruppen „Plastische Chirurgie“ und „Kinder- und Jugendchirurgie“ gewählt werden.

## **Nutzen**

Sollten eventuelle Änderungen von Fachabteilungsschlüsseln in den Krankenhausstandorten 2025 oder später vorgenommen werden, hätte das bei Umsetzung des o.a. Vorschlags zunächst keinen Einfluss auf die Verteilung der Vorhaltebudgets.

Der Vorteil dieser vorgeschlagenen Lösung ist auch, dass Krankenhäuser zunächst keine Veränderungen an den Fachabteilungsschlüsseln vornehmen müssten. Sollten sie es dennoch tun, hätte das keinen Einfluss auf die Ermittlung und Verteilung der Vorhaltebudgets.

Die Planungsbehörden müssten diese Problematik bei der Zuweisung der Leistungsgruppen berücksichtigen, indem sie die Leistungsgruppen für die Facharztkompetenzen der Inneren

Medizin und Chirurgie unabhängig von der Fallzahl den Krankenhausstandorten zuweisen, die die Mindestvoraussetzungen für diese Leistungsgruppen erfüllen qualitative statt quantitative Planung dieser Leistungsgruppen). Sollte eine Planungsbehörde Planfallzahlen vergeben wollen, kann sie dies für die Leistungsgruppen dieser Facharzt Kompetenzen nicht tun, sofern es sich um Fälle handelt, die über Fachabteilungsschlüssel zugewiesen wurden. Dies erscheint auch nicht sinnvoll, da in den Fachabteilungen, die einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel verwenden, in der Regel Patienten mit dem Bedarf an unterschiedlicher oder kombinierter ärztlichen Facharzt Kompetenz behandelt werden (siehe oben), sodass diese Fachabteilungen nicht „sortenrein“ sind.