

DGVS | Olivaer Platz 7 | 10707 Berlin

Frau Nina Warken
Bundesgesundheitsministerin
Herrn Michael Weller
Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und
Krankenversicherung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Herrn Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer
InEK GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Nachrichtlich
Helmut Watzlawik, Abteilungsleiter
Krankenhausversorgung (IV), MAGS NRW
Dr. Alice Süß, BMG
Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der DKG
Dr. Monika Nothacker, Stellvertretende Leiterin
AWMF IMWI
Prof. Dr. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM
Prof. Dr. Galle, 1. stellv. Vorsitzender der DGIM
PD Dr. Michael Weber, Präsident Verband
Leitender Krankenhausärzte

Per E-Mail an
michael.weller@bmg.bund.de, info@bmg.de,
frank.heimig@inek-drg.de, medizin@inek-drg.de,
Alice.Suess@bmg.bund.de, dkgmail@dkgev.de,
nothacker@awmf.org, Ertl_G@ukw.de,
J.Galle@klinikum-luedenscheid.de,
pd.dr.m.weber@gmail.com,
maj.weber48@googlemail.com

Berlin, 14. Mai 2025

**InEK-Leistungsgruppen-Grouper: Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für
Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten**

Sehr geehrte Frau Ministerin Warken,
sehr geehrter Herr Dr. Weller,
sehr geehrter Herr Dr. Heimig,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Zulassung von Leistungsgruppen (LG) an den Krankenhäusern ist das zentrale Planungsinstrument der Krankenhausreform und wesentlich für die zukünftige Krankenhausplanung. Die LG lösen die bisher nicht eindeutig definierten Fachabteilungen ab. LG werden durch die Behörden der Länder am jeweiligen Krankenhaus definierten Qualitätskriterien folgend zugelassen. Die Vergütung der Patientenfälle erfolgt nach Zuordnung zu einer spezifischen LG, wobei jeder Fall

DER VORSTAND

Olivaer Platz 7
10707 Berlin

Telefon: +49. (0) 30. 31 98 31 50 00
Fax: +49. (0) 30. 31 98 31 50 09
E-Mail: info@dgvs.de
Web: www.dgvs.de

KONTOVERBINDUNG

Deutsche Bank Lübeck
IBAN DE94 2307 0700 0750 2339 00
BIC DEUTDEDDB237

VORSTAND

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer
Präsident

Prof. Dr. med. Matthias Ebert
Finanzen

Prof. Dr. med. Jörg Albert
Gesundheitsökonomie

Dr. med. Peter Buggisch
Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Stephan Hollerbach
Vorsitz Sektion Endoskopie 2025

Prof. Dr. med. Alexander G. Meining
Sekretär Sektion Endoskopie

Prof. Dr. med. Andreas Stallmach
Kongresspräsident 2025

Prof. Dr. med. Birgit Terjung
Öffentlichkeitsarbeit

eindeutig einer LG zuzuordnen ist. Nur bei Zuordnung des Falls zu einer LG, die im Krankenhaus zugelassen wurde, kann der Fall abgerechnet werden. Die Aufgabe der Fallzuordnung übernimmt der sogenannte LG-Grouper, der vom InEK entwickelt und erstmalig Anfang 2025 vorgestellt worden ist.

Entsprechend § 135f SBV muss eine Mindestvorhaltezahl je LG erreicht werden. Das Krankenhaus erhält das Vorhaltebudget nach § 6b KHEntG nur dann, wenn das Krankenhaus die Mindestvorhaltezahl für die jeweilige LG erreicht. Damit ist ein weiteres Planungsinstrument für die faktische Einsetzung von LG an Krankenhäusern geschaffen.

Die DGVS hat im Oktober 2023 einen detaillierten Vorschlag zur Zuordnung von Patientenfällen anhand von Leistungsmerkmalen (OPS, ICD) zur LG Komplexe Gastroenterologie entwickelt und dem InEK für die Entwicklung des LG-Grouper zur Verfügung gestellt (Anlage 1). Anfang dieses Jahres ist der LG-Grouper nun erschienen und es zeigt sich, dass ganz wesentlich (ca. 90 %) Patientenfälle nicht über Leistungsmerkmale der LG Komplexe Gastroenterologie zugeordnet werden, sondern über den sogenannten Fachbereichsschlüssel (FAB) der Abrechnungsdatensätze nach §301 SGB V (Anlage 2: Brief der DGVS vom 17.03.2025).

Der Vorschlag der DGVS ist ein fachlich und – soweit möglich – wissenschaftlich begründeter Vorschlag von gastroenterologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, die in der täglichen Patientenbehandlung stehen. Zielkriterium der Fallzuordnung ist, dass Patientenfälle, die eine entsprechende fachliche Expertise benötigen, der LG Komplexe Gastroenterologie und internistische Behandlungskonstellationen, die diese Fachlichkeit nicht zwingend benötigen, der LG Allgemeine Innere zugeordnet werden können. Es wurde also das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung (§ 135f SBV V) verfolgt.

Eine fachspezifische gastroenterologische Versorgung ist beispielsweise erforderlich bei der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Bereich der Hepatologie, der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, der gastrointestinalen Onkologie und der therapeutischen Endoskopie wie etwa der ERCP (Endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatographie) oder der endoskopischen Resektion von Neoplasien des Gastrointestinaltrakts. Die Zuordnung zur LG Komplexen Gastroenterologie dient hierbei der qualitativ hochwertigen medizinischen Behandlung und folgt insofern dem Geist der Krankenhausreform. Es ist demzufolge nicht sinnvoll, spezialisierte gastroenterologische Leistungen durch den LG-Grouper der LG Allgemeinen Innere zuzuordnen.

Es ist klar, dass für eine flächendeckende Versorgung eine ausreichende Anzahl an LG Komplexe Gastroenterologie erforderlich ist, die aber weniger Standorte umfassen kann als die aktuelle Zahl an Abteilungen für Gastroenterologie in Deutschland. Dies ergibt sich auch aus den Zulassungs- bzw. Qualitätskriterien für die LG, durch die eine Selektion vorgenommen wird. Dies haben wir in unserem Vorschlag zum LG-Grouper zu berücksichtigen versucht und Auswirkungsanalysen anhand der Leistungsvolumina nach DeStatis durchgeführt. Die ERCP ist hierbei ein gutes Beispiel (Anlage 3: Leifeld et al. Einfluss der Spezialisierung auf primäre Erfolgs- sowie Komplikationsrate bei der ERCP. Vorschlag zur Verbesserung der Qualität. Z Gastroenterol 2024; 62: 1224–1228). Circa 1000 Kliniken in Deutschland führen derzeit ERCP-Leistungen aus (Quelle: InEK), ein Teil hiervon in einer Frequenz, die eine regelmäßige Ausübung der Methode nicht gewährleistet. Die LG Komplexe Gastroenterologie soll für die

qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung in Deutschland stehen. Dies muss Ausdruck finden, dadurch dass spezialisierte gastroenterologische Leistungen wie die ERCP über den LG-Grouper auch dieser Gruppe zugeordnet werden können.

Wir möchten daher dazu auffordern, dass deutlich mehr gastroenterologische Fälle der LG Komplexe Gastroenterologie über die leistungsbezogene Zuordnung (LG004) zugewiesen werden, um die Fachlichkeit besser abzubilden. Unser Vorschlag, der Ihnen bereits vorliegt und nochmals in Anlage 1 gebracht wird, lässt eine erhebliche Ausweitung zu.

Die fachabteilungsbezogene Zuordnung (LG004F) über den FAB-Schlüssel sollte erhalten bleiben, es muss aber das erste Erhebungsjahr, das der Mindestvorhaltezahl zugrunde gelegt wird, bekannt sein, sodass die Krankenhäuser die Möglichkeit haben, die FAB-Schlüssel verhandeln zu können, bevor sie einer solch grundlegenden Erfassung mit wirtschaftlich weitgehenden Auswirkungen unterliegen, wie dies für die Vorhaltevergütung geplant ist. Beispielsweise könnte eine Erhebung 2026 für eine erste Vorhaltepauschale 2028 die erforderliche Transparenz darstellen.

Für einen Austausch stehen wir selbstverständlich jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Jörg Albert
DGVS Vorstand Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer
DGVS Präsident

PD Dr. med. Petra Lynen-Jansen
DGVS Geschäftsführung

Anlage1: DGVS Vorschlag Grouper Oktober 2023

Anlage 2: Stellungnahme der DGVS zum INEK Grouper vom 17.03.2025

Anlage 3: Leifeld et alt. Einfluss der Spezialisierung auf primäre Erfolgs- sowie Komplikationsrate bei der ERCP. Vorschlag zur Verbesserung der Qualität. ZfGastroenterol 2024; 62: 1224–1228