Die wichtige Bedeutung der FAB-Schlüssel im Umgang mit dem Leistungsgruppen-Grouper

Vorsicht bei einer unkritischen Analyse der Allgemeinen Leistungsgruppen *Komplexe Pneumologie, Komplexe Gastroenterologie, Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Komplexe Rheumatologie* sowie weiterer Ergebnisse für die Krankenhausplanung.

Die Leistungsgruppen-Grouper für den Bund sind seit Anfang Februar 2025 zertifiziert und ausgeliefert, die krankenhausinternen Vorbereitungen für die neuen Krankenhausplanungen der Länder im vollen Gange. Wir haben in der Zwischenzeit die Daten zahlreicher Krankenhäuser - u. a. auch von Maximalversorgern verschiedenster Bundesländer - analysiert, den Mitarbeiter/-innen der Kliniken vorgestellt und erläutert.

Zwar hat das InEK in seinen FAQ zum LG-Grouping ausführlich erklärt, wann und wie eine Allgemeine LG angesteuert wird und dieses Vorgehen anhand von Beispielen demonstriert. Dennoch treffen wir immer wieder auf ein grundlegendes Verständnisproblem, dass zur Aufstellung und Planung der zukünftigen Krankenhausversorgung beseitigt werden muss – insbesondere auch bei Berücksichtigung der Qualitätskriterien für verwandte LG.

Das Problem lässt sich am Beispiel der **LG006 Komplexe Pneumologie** erläutern.
Im Kompakt-Definitionshandbuch 2024/25 wird dargestellt, wie man in die LG006 gelangen kann. Für die Ansteuerung gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Im Datensatz liegen sowohl eine Hauptdiagnose mit dem ICD-Kode aus Tabelle LG006-**K1** als auch ein OPS-Kode aus der Tabelle LG006-**K2** vor und es ist kein Fall mit einer DRG E63. Diese Einstufung erfolgt unabhängig von der FAB-Bezeichnung!

Komplexe Pneumologie

Pr LG Komplexe Pneumologie 2 (LG006-K2)	HD LG Komplexe Pneumologie 3 (LG006-K1)	ADRG != E63

LG Komplexe Pneumologie 3 (LG006-K1)

A15.-	TB Atmungsorg, bakt/molek/histolog gesichert	J63.-	Pneumokoniose durch sonstige anorganische Stäube
B37.1	Kandidose der Lunge	J64	Nnbez Pneumokoniose
B44.1	Sonstige Aspergillose der Lunge	J65	Pneumokoniose in Verbindung m Tuberkulose
C34.-	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	J66.-	KH d Atemwege durch spez organischen Staub
C37	Bösartige Neubildung des Thymus	J67.-	Allergische Alveolitis durch organischen Staub
C45.0	Mesotheliom der Pleura	J68.-	KH d AtmOrg d Einatm v chem Sub, Gas, Rauch/Dämpfen
C77.1	Sekundäre u nnbez BNB: Intrathorakale Lymphknoten	J69.-	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	J70.-	KH d Atmungsorgane durch sonst exogene Subst
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	J80.-	Akutes Atemnotsyndrom Kind/Jugendlich/Erwachsen [ARDS]
D02.2	Carcinoma in situ Bronchus Lunge	J81	Lungenödem
D38.1	NB unsich/unbek Veralth Trachea Bronch Lunge	J84.-	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
D86.0	Sarkoidose der Lunge	J85.-	Abszess der Lunge und des Mediastinums
E66.2-	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation	J86.-	Pyothorax
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen	J90	Pleuraerguss, aonkl
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	J91	Pleuraerguss b aokl KH
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen	J92.-	Pleuraplaques
G47.3-	Schlafapnoe	J93.-	Pneumothorax
J39.80	Erworbene Stenose der Trachea	J94.2	Hämatothorax
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	J95.80	Iatrogener Pneumothorax
J41.-	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen
J42	Nnbez chronische Bronchitis	J96.-	Respiratorische Insuffizienz, ao nicht klassif
J43.-	Emphysem	J98.0	KH Bronchien, aonkl
J44.-	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	J98.1-	Lungenkollaps
J45.-	Asthma bronchiale	J98.2	Interstitielles Emphysem
J46	Status asthmaticus	J98.3	Kompensatorisches Emphysem
J47	Bronchiektasen	J98.50	Mediastinitis
J60	Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose	J98.6	KH Zwerchfell
J61.-	Pneumokoniose durch Asbest und sonst anorganische Fasern	J99.0	LungenKH b seropositiver chron Polyarthritis
J62.-	Pneumokoniose durch Quarzstaub	R04.2	Hämoptoe

Diese unter L006-**K1** genannten Hauptdiagnosen kommen in allen Krankenhäusern noch relativ häufig vor - die in der Tabelle LG006-**K2** genannten OPS-Kodes allerdings nicht!

LG Komplexe Pneumologie 2 (LG006-K2)

1-920.02‡	Vollst Eval, o Aufn Wartel z Lungentranspl
1-920.12‡	Teilw Eval, o Aufn Wartel z Lungentranspl
1-920.13‡	Teilw Eval, o Aufn Wartel z HerzLuTranspl
1-920.22‡	Vollst Eval, m Aufn Wartel z Lungentranspl
1-920.23‡	Vollst Eval, m Aufn Wartel z HerzLuTranspl
1-920.32‡	Re-Eval, m Aufn/Verbleib Wartel Lungentranspl
1-920.33‡	Re-Eval, m Aufn/Verbleib Wartel HerzLuTranspl
1-920.42‡	Re-Eval, m Herausn v Wartel Lungentranspl
1-920.43‡	Re-Eval, m Herausn v Wartel HerzLuTranspl
5-339.06	Dilat Bronch, bronchosk, Einl/Wechsel 1 Bifurkationsstent
5-339.07↔	Dilat Bronch, bronchosk, Einl 2 Schienen (Stents), Kunststoff
5-339.08↔	Dilat Bronch, bronchosk, Einl 2 Schienen (Stents), Metall
5-339.09↔	Dilat Bronch, bronchosk, Einl 3 Schienen (Stents), Kunststoff
5-339.0a↔	Dilat Bronch, bronchosk, Einl 3 Schienen (Stents), Metall
5-339.0b↔	Dilat Bronch, bronchosk, Einl/Wechsel ab 2 Bifurkationsstents
5-339.33↔	Wechsel bronch Schiene/n (Stent/s) auf 2 Sch/St Kunststoff
5-339.34↔	Wechsel bronch Schiene/n (Stent/s) auf 2 Sch/St Metall
5-339.35↔	Wechsel bronch Schiene/n (Stent/s) auf 3 Sch/St Kunststoff
5-339.36↔	Wechsel bronch Schiene/n (Stent/s) auf 3 Sch/St Metall
5-339.5-	Impl/Wechsel e endobronchialen Klappensystems, endosk
5-339.7-	Einführung von polymeris Hydrogelschaum, bronchoskopisch
5-339.8-	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchosk
5-339.91	Impl von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch
8-97c.02‡	Stat Beh erf Aufn a Warteli LungenTx: Mind 16 bis 22 Tg
8-97c.12‡	Stat Beh erf Aufn a Warteli LungenTx: Mind 23 bis 29 Tg
8-97c.22‡	Stat Beh erf Aufn a Warteli LungenTx: Mind 30 bis 43 Tg
8-97c.32‡	Stat Beh erf Aufn a Warteli LungenTx: Mind 44 bis 57 Tg
8-97c.42‡	Stat Beh erf Aufn a Warteli LungenTx: Mind 58 Tg
8-97c.52‡	Stat Beh bei Aufn a WartLi b 15 BehTag: Vor Lungentranspl

Vereinfacht gesagt:
Hat keine der o. a. Prozeduren stattgefunden, kommt der Fall über diesen Algorithmus nicht in die Leistungsgruppe *Komplexe Pneumologie*.

2. Es bleibt also nur noch die alternative Zuordnung über die **LG006F.** Dazu müssen deren Kriterien aus dem Def-Handbuch gleichzeitig erfüllt werden:
   Längste VWD *FAB_Pneumologie* und gleichzeitig die OPS-Ziffer aus LG006F-**K1.**

Komplexe Pneumologie

Längste FAB Gruppe FAB_PNEUMOLOGIE	Pr LG Komplexe Pneumologie 1 (LG006F-K1)
	Nicht [LG Basis-DRG Gruppe 3]

LG Komplexe Pneumologie 1 (LG006F-K1)

1-426.3	(Perkutane) Biopsie Lymphkn Steuerg d bildg Verf, mediastinal
1-430.-	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
1-431.-	Perkut (Nadel-)Biopsie an respiratorischen Organen
1-432.-	Perkut Biop an resp Org m Strg d bildgeb Verf
1-581.-	Biopsie a Mediast u and intrathor Org durch Inzision
1-620.-	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-691.0	Diagnostische Thorakoskopie
1-714‡	Messung der bronchialen Reaktivität
3-05f‡	Transbronchiale Endosonographie
5-319.1-	And Op a Larynx u Trachea: Dilat d Trachea (endosk)
5-319.6-	And Op a Larynx u Trach: Wechs trach Schien (Stent)
5-319.7‡	Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)
5-320.-	Exz u Destr v erkr Gewebe eines Bronchus
5-339.0-	Dilatation eines Bronchus, bronchoskopisch
5-339.2-	Destruktion von erkranktem Lungengewebe
5-339.3-	Wechsel einer oder mehrerer bronchialer Schienen (Stents)
5-339.4‡↔	Entfernung einer bronchialen Schiene (Stent)
5-339.5-	Impl/Wechsel e endobronchialen Klappensystems, endosk
5-339.7-	Einführung von polymeris Hydrogelschaum, bronchoskopisch
5-339.8-	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchosk
5-339.91	Impl von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch
5-345.6‡↔	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]: Durch Instillation
8-100.3-	Fremdkörperentfernung durch Tracheoskopie
8-100.4-	Fremdkörperentfernung d Bronchosk m flexibl Instrument
8-100.5-	Fremdkörperentfernung d Bronchoskopie m starr Instrument
8-144.1‡↔	Ther Drainage Pleurahöhle: Kleinlu, dauerhaftes Verweilsyst
8-152.0‡	Therapeut perkut Punktion v Organen des Thorax: Perikard
8-152.2‡↔	Therapeut perkut Punktion v Organen des Thorax: Lunge
8-152.x‡↔	Therapeut perkut Punktion v Organen des Thorax: Sonstige
8-152.y‡	Therapeut perkut Punktion v Organen des Thorax: Nnbez
8-173.-	Therapeutische Spülung (Lavage) Lunge und Pleurahöhle

Vereinfacht gesagt:
Besitzt ein Krankenhaus nicht die Ausweisung eines FAB-Schlüssels aus der FAB-Gruppe Pneumologie - ausgewiesen im Krankenhausplan -, kann der Fall über den Algorithmus nicht in die Leistungsgruppe LG006 *Komplexe Pneumologie* gelangen.
Zahlreiche Krankenhäuser können somit trotz ihrer pneumologischen Expertise und der Durchführung zahlreicher Prozeduren aus der o. a. Tabelle nicht die LG006 *Komplexe Pneumologie* ausweisen.

Das hier für die **LG006** *Komplexe Pneumologie* aufgezeigte Problem betrifft auch zahlreiche weitere internistische Leistungsgruppen wie u. a. die **LG002** *Komplexe Endokrinologie und Diabetologie*, die **LG004** Komplexe Gastroenterologie und die **LG007** *Komplexe Rheumatologie*.

Durch den komplizierten Algorithmus des LG-Groupers und die Zuweisung je nach ICD/OPS/Alter usw. und ggf. die längste Verweildauer in bestimmten Fachabteilungen bzw. Standorten kommt das Problem auch an anderen Stellen vor, die wir hier aus Platzgründen nicht alle aufführen können.

Was wird durch diese Probleme falsch bzw. verzerrt abgebildet und deshalb in der Krankenhausplanung zum Nachteil für den eigenen Standort?

Die Krankenhausplanung der Bundesländer verlangt sehr kurzfristig die Leistungsgruppenausweisung der einzelnen Klinikstandorte. Durch den o. a. Algorithmus haben wir in den letzten Wochen Universitätskliniken und natürlich auch andere Krankenhäuser aller Versorgungsstufen gesehen, die zum einen kaum Fälle in den o. a. Leistungsgruppen ausweisen, weil sie die dafür notwendigen Fachabteilungsschlüssel nicht haben.

Zum anderen gelangen Fälle in Leistungsgruppen, wo sie wenige oder auch viele Fälle ausweisen, da sie den Fachabteilungsschlüssel aus der Historie heraus „*noch*“ besitzen (z. B. konservativ und langzeitbehandelte Patienten in einer Fachabteilung Neurochirurgie führen bei Schmerztherapien in die LG Neurochirurgie, obwohl in dieser Fachabteilung schon lange nicht mehr operiert wird).

Erfolgt jetzt die Planung der Bundesländer anhand dieser Zahlen, führt das zu grundsätzlich falschen Annahmen und Konsequenzen! Alleine aufgrund eines fehlenden FAB-Schlüssels wird das medizinische Spektrum verzerrt dargestellt, obwohl das Personal und auch die weiteren notwendigen Voraussetzungen vorhanden sind.

Was ist bzw. wäre also zu tun, um das eigene Spektrum korrekt abzubilden?

1. Kurzfristig: Die „*händische*“ Überarbeitung der hauseigenen Fälle und Daten. Leider geht es wirklich nur mit viel Handarbeit, da sich eine Fachabteilung mit einem einzigen FAB-Segment für die Innere Medizin nicht so ohne weiteres in die FAB-Segmente für die Gastroenterologie, Rheumatologie, Pneumologie etc. umwandeln lässt.

2. Kurz- bis mittelfristig: Beantragung der Fachabteilungszuweisung bei der für das Bundesland zuständigen Institution mit der Bitte um dringende Bearbeitung und Erledigung, da ansonsten die Krankenhausplanung konterkariert wird.

3. Ob das InEK aufgrund dieser Problematik, die einige Krankenhäuser schon vor zwei Jahren erkannt und entsprechend gehandelt haben, diesen Algorithmus in der Zukunft ändern werden bzw. wollen, ist uns nicht bekannt. Allerdings beginnen die Planungen jetzt. Um keinen Fehlstart hinzulegen, empfehlen wir Punkt 1. und 2.

Bei der Durchsicht der Leistungsgruppenergebnisse in den letzten Wochen sind uns noch zahlreiche andere, für uns nicht nachvollziehbare Ungereimtheiten aufgefallen.

Wir weisen an dieser Stelle bereits darauf hin, dass auch die Ansteuerung der **LG027** *Spezielle Traumatologie* für einiges Kopfzerbrechen sorgen wird, da wir nicht nachvollziehen können, warum relativ leicht zu versorgende Patienten mit Beckenfrakturen und „*kleiner*“ Osteosynthese in die **LG027** gelangen; komplexe Operationen bei Schenkelhalsfrakturen (ohne den Einbau von Endoprothesen) allerdings nicht. Aber das ist ein anderes Thema!

Natürlich respektieren wir die komplexen Aufgaben und den enormen Zeitdruck, unter dem das InEK stand und immer noch steht. Das Institut hat ja rechtzeitig darauf hingewiesen, dass es einen Leistungsgruppen-Grouper präsentiert, für den sie „*zerrissen werden*“. Zudem hat das InEK auch sehr früh das Problem der allgemeinen und speziellen Leistungsgruppen aus dem NRW-System thematisiert und dennoch so gut wie möglich versucht, diesen Sprachgebrauch beizubehalten – wahrscheinlich auch, damit die bereits in NRW erfolgte Krankenhausplanung „*einigermaßen*“ kompatibel zum Bund sein sollte - was sie aber nicht sein wird und deshalb auch einer differenzierten Betrachtung bedarf - wir haben bereits darauf hingewiesen.

Durch den Wechsel von entlassender (NRW) zu „*längstliegender*“ (Bund) Fachabteilung und der Verknüpfung dieser FAB-Zuteilung mit ICD/OPS-Kodes kommt es unseres Erachtens allerdings länder- und standortbezogen zu Verschiebungen der Leistungsspektren durch die LG-Zuteilung, die nicht im Sinne der Erfinder und des Gesetzgebers sein dürften.

Natürlich kann man erst einmal mit dem neuen Leistungsgruppen-Grouper Fälle gruppieren, ausprobieren und anfangen, das neue System als „*lernendes*“ System zu begreifen. Das darf aber nicht zu falschen Schlussfolgerungen führen. Dazu soll dieser Beitrag dienen.

Nur darf das Leistungsgruppensystem, auf dessen Basis und Funktionsweise zahlreiche Verantwortliche aus Politik und Krankenhausversorgung vertrauen, nicht solange lernen wie das aG-DRG-System. Denn nach 22 Jahren kann durch die unterschiedlichsten BSG-Urteile, die Nichtüberarbeitung/Anpassung der Kodierrichtlinien sowie diverser, sich widersprechender Bundesschlichtungsausschuss-Sprüche niemand mehr so richtig beantworten, wie eigentlich die Hauptdiagnose korrekt definiert ist - die übrigens auch eine wichtige Rolle bei der LG-Zuteilung spielen wird.

Bei Fragen und Anmerkungen:

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers
Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. Philipp Kaysers, M.Sc.
Health-Care-Management

info@kaysers-consilium.de
Tel 02832 - 404010

KAYSERS **CONSILIUM**GmbH
Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
Marienstraße 24 - 47623 Kevelaer