

# Auswirkungsanalyse einer neuen, sektorenübergreifenden Erbringung bisher stationärer endoskopischer gastroenterologischer Leistungen entsprechend § 115f SGB V (Hybrid-DRG): Zuordnungsmatrix und Kostenanalyse

## Impact Analysis of a new, Cross-sector Service Provision of Gastroenterologic Endoscopic Services in Accordance with 115f SGB V (Hybrid-DRG): Allocation Matrix and Cost Analysis

Autorinnen/Autoren

Markus Rathmayer<sup>1</sup>, Sebastian Belle<sup>2</sup>, Wolfgang Heinlein<sup>1</sup>, Markus Dollhopf<sup>3</sup>, Martin Braun<sup>4</sup>, Jörg G. Albert<sup>5</sup> 

### Institute

- 1 inspiring-health GmbH, Munich, Germany
- 2 II. Medizinische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Germany
- 3 1. Medizinische Abteilung, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum München-Neuperlach, München, Germany
- 4 Dr. Martin Braun GmbH, Mannheim, Germany
- 5 Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, gastrointestinale Onkologie und Pneumologie, Klinikum Stuttgart, Stuttgart, Germany

### Schlüsselwörter

Gastroenterologie, Endoskopie, Kostenverteilung, Hybrid-DRG, Diagnosebezogene Fallgruppen (DRG), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

### Keywords

Gastroenterology, Endoscopy, cost distribution, Hybrid-DRG, Diagnosis Related Groups, InEK, Institute for Hospital Reimbursement

eingereicht 12.3.2024

### Bibliografie

Z Gastroenterol

DOI 10.1055/a-2292-9766

ISSN 0044-2771

© 2024, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Dr. rer. med. Markus Rathmayer  
inspiring-health GmbH, Waldmeisterstr. 72, 80935 München  
markus.rathmayer@inspiring-health.de

Prof. Dr. med. Jörg G. Albert  
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, gastrointestinale Onkologie und Pneumologie Klinikum Stuttgart,  
Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart  
jo.albert@klinikum-stuttgart.de



Zusatzmaterial finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2292-9766>.

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Mit Einführung des § 115f SGB V ist die Voraussetzung für eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ („Hybrid-DRG“) geschaffen. In einer Auswirkungsanalyse haben wir bisher stationäre Gastroenterologisch-endoskopische (GAEN)-Fälle in einer Matrix der zukünftigen Hybrid-DRG vs. dem ambulanten Operieren (AOP) oder einer stationären Behandlung zugeordnet.

**Methoden** In ausgewählten DRGs (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z, H41D, H41E) wurde eine Zuordnungsmatrix von GAEN-Fällen medizinisch begründet erstellt. Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs wurden hierfür durch eine Expertengruppe anhand des Positionspapiers der DGVS den Gruppen Hybrid-DRG, AOP und Stationär zugeordnet. Kostendaten aus dem DGVS-DRG-Projekt des Datenjahres 2022 aus 36 InEK-Kalkulationskrankenhäusern mit insgesamt 232.476 GAEN-Fällen wurden ausgewertet.

**Ergebnisse** 26 Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs wurden der Gruppe „Hybrid-DRG“, 24 der Gruppe „stationär“, 12 der Gruppe „AOP“ zugeordnet. 7 Leistungsgruppen wurden „abhängig vom OPS-Kode“ gesplittet und auf dieser Ebene eingestuft. Fälle mit Zusatzentgelten wurden von einer Hybrid-DRG ausgeschlossen, da diese dort nicht vereinbart werden können.

Die Kostenanalyse zeigt, dass Leistungen, die bereits im AOP sind, ein ähnliches Kostenniveau haben, wie Leistungen, die als „Hybrid-DRG“ eingestuft wurden. Mit der Kostenkalkulation konnte für die gebildeten Hybrid-DRG ein Kostenniveau dargestellt werden.

**Schlussfolgerung** Auf Basis von klar definierten strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen können Leistungen aus geeigneten DRGs in eine Hybrid-DRG überführt werden. Eine Zuordnung von Leistungen ohne die Einbeziehung von Fachexperten erscheint dabei äußerst schwierig. Die Fallzuordnung anhand willkürlicher Kontextfaktoren erhöht die Komplexität, ohne die Qualität der Zuordnung nachweislich zu erhöhen und müssen weiterentwickelt werden. Eine Kostenanalyse kann aus den bekannten stationären Kosten abgeleitet werden und muss als Grundlage für den Hybrid-DRG-Katalog 2025 dienen.

## ABSTRACT

**Background** With the introduction of § 115f SGB V, the prerequisites for “sector-equal remuneration” (‘Hybrid DRG’) have been created. In an impact analysis, we assigned inpatient gastroenterological endoscopic (GAEN) cases in a matrix of future hybrid DRG versus outpatient surgery (AOP) or inpatient treatment.

**Methods** In selected DRGs (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z, H41D, H41E) an allocation matrix of GAEN cases was created

on medical grounds. For this purpose, service groups from the DGVS service catalog („Leistungskatalog“) were assigned to the groups: ‚Hybrid-DRG‘, ‚AOP‘ and ‚Inpatient‘ by a group of experts based on the DGVS position paper. Cost data from the DGVS-DRG project for the 2022 data year from 36 InEK calculation hospitals with a total of 232,476 GAEN cases were evaluated.

**Results** 26 service groups from the DGVS service catalog were assigned to a “Hybrid-DRG”, 24 to the “inpatient” group, and 12 to the “AOP” group. 7 performance groups were split- ted “depending on the OPS code” and classified at this level. Cases with additional fees were excluded from a hybrid DRG because these cannot be agreed there.

The cost analysis shows that services that are already in the AOP have a similar cost level to services that have been classified as ‚Hybrid-DRG‘. With the cost calculation, a cost level could be presented for the hybrid DRGs formed.

**Conclusion** Based on clearly defined structural, procedural and personnel requirements, services from suitable DRGs can be transferred to a hybrid DRG. Assigning services without the involvement of clinical experts seems extremely difficult. Case assignment based on arbitrary contextual factors increases complexity without demonstrably increasing the quality of the assignment and needs to be further developed. A cost analysis can be derived from the known inpatient costs and must serve as the basis for the 2025 Hybrid DRG catalog.

## Abkürzungen

AOP	Ambulantes Operieren
BMG	Bundesministerium Gesundheit
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFTR	Endoskopische Vollwandresektion
EMR	Endoskopische Mukosaresektion
ERCP	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie
EUS	Endoskopischer Ultraschall
GAEN	Gastroenterologisch-endoskopisch
G-DRG	German- Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)
GIT	Gastrointestinaltrakt
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
MDC	Major Diagnostic Group = Einteilung des DRG-Systems nach Organsystemen
ÖGD	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
OTSC	Over-the Scope Clip
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (patientenbezogener Gesamtschweregrad)

PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PTCD	Perkutane transhepatische Cholangiodrainage
RFA	Radiofrequenzablation
VWD	Verweildauer
ZE	Zusatzentgelt

## Einleitung

Die zukünftige Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Erbringung endoskopischer gastroenterologischer Leistungen soll eine an den individuellen Patienten angepasste Versorgung und eine gezielte Verwendung von strukturellen und humanen Ressourcen im Gesundheitssystem erreichen. Je nach Eingriffsart und individuellen Merkmalen des Patienten soll die Behandlung und Nachbeobachtung sowie etwaiges Komplikationsmanagement ausgestaltet werden. Der Vertrag nach § 115 b SGB V mit den entsprechenden Leistungs-Katalogen für das Ambulante Operieren (AOP) [1] basiert auf der Abrechnung nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und ist für die gastroenterologische Endoskopie bisher nur sehr eingeschränkt angewendet worden, auch da die Erlöse der Leistungen z. T. nicht kostendeckend sind. Die Einführung des § 115f SGB V hat die Voraussetzung geschaffen, dass für Leistungen – primär aus diesem AOP-Katalog entnommen – eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ von den Vertragspartnern (GKV-SV, DKG, KBV) verhandelt wird. Nachdem hier in 2023 keine Einigung zustande kam [2] hat das Bun-

desministerium für Gesundheit (BMG) mit der „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)“ vom 19.12.2023 [3] einen ersten Katalog von ausgewählten Leistungen aus dem DRG-System ausgegliedert und als neue Abrechnungsform ‚Hybrid-DRG‘ ab 1.1.2024 etabliert. Das Institut für Entgelt im Krankenhaus (InEK) hat im Abschlussbericht des DRG-Systems 2024 ein Kalkulationsmodell der Hybrid-DRGs inklusive Bewertung beschrieben und Erlöse in Euro zugeordnet [4]. Die Ermittlung dieser ausgewählten Hybrid-DRGs ist bereits in den DRG-Groupen 2024 integriert. In dieser ersten Auswahl von fünf Leistungsbereichen waren noch keine die Gastroenterologie betreffenden Leistungen enthalten.

Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) hat die medizinischen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Erbringung endoskopischer Leistungen in Leitlinien und Strukturpapieren dargelegt [5, 6] und die strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen, unter denen selektierte endoskopische Eingriffe ambulant erbracht werden können, definiert [7].

In der vorliegenden Arbeit analysieren wir eine Umsetzung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung nach Hybrid-DRG Verordnung für die im Referentenentwurf des BMG vorgeschlagenen DRG-Leistungen, die die Gastroenterologie betreffen. Wir berücksichtigen dabei die medizinischen Rahmenbedingungen und analysieren die Kostendaten der § 21 Krankenhausdaten. Wir erstellen eine Auswirkungsanalyse, welche Fälle der vom BMG vorgeschlagenen DRGs in eine Hybrid-DRG ausgegliedert werden können oder ambulant (AOP) oder stationär erbracht werden.

## Material und Methoden

Die Analysen basieren auf Daten des DRG-Projekts der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) mit § 21-KHEntg-Kostendaten. Aus dem Datenjahr 2022 steht eine Datenstichprobe aus 36 InEK-Kalkulationskrankenhäusern insgesamt 325.304 gastroenterologische Fälle zur Verfügung, davon 232.476 Fälle mit zugeordneten Kosten. Die Fälle wurden auf Basis des Systemjahrs 2024 neu gruppiert. Es wurden somit dieselben Kostendaten ausgewählter Krankenhäuser verwendet, wie sie vom InEK für die jährliche Kalkulation der DRGs verwendet werden. Als Grundlage für die Analyse dienen zudem die 98 Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs [8].

## Fall- und Leistungsselektion

Die Auswirkungsanalyse evaluiert eine Zuordnung von in den vorgeschlagenen DRGs (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z, H41D, H41E) enthaltenen Fällen zu einer zukünftigen Hybrid-DRG, zu einer ambulanten oder stationären Fall-Zuordnung. Auf Basis der Fallzahlen von 2023 (Quelle: InEK Datenbrowser 2023) prüfen wir für diese DRGs innerhalb der beiden Major Diagnostic Groups (MDC) „Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane“ (MDC 06) und „Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas“ (MDC 07) das ‚Ambulantisierungspotenzial‘, indem wir die Fallzahlen für die jeweilige DRG für Deutschland, den Anteil von Kurzliegern und deren patientenbezogenen

► **Tab. 1** Definition der Kontextfaktoren durch das InEK im Definitionshandbuch des DRG-Systems 2024.

### Tabellen der InEK-Kontextfaktoren aus dem Definitionshandbuch des DRG-Systems 2024

Pr Aufwendiger Eingriff (AKF-V3)

Dg Komplexe Diagnosen (AKF-V1)

Dg Bösartige Neubildungen (AKF-V2)

Beatmung >0 Std

Gesamtschweregrad anhand des Patient Clinical Complexity Level (PCCL) ermitteln. Die Selektion der Fälle folgt dem InEK-Vorschlag für das aDRG-System 2024 [4] und den InEK-Kontextfaktoren:

1. Verweildauer von einem Tag
2. PCCL < 3 („keine schweren Komplikationen und/oder Komorbiditäten in Form einer höheren Erkrankungsschwere“)
3. Ausschluss von Fällen auf Basis von modifizierten Kontextfaktoren, die mit dem AOP 2023 [9] eingeführt wurden
4. Medizinische Definition der Fallkonstellation, die in die Hybrid-DRG führen soll.

Die Kontextfaktoren des AOP-Vertrags wurden vom InEK „vielfach spezifisch für den jeweiligen Leistungsbereich weiter ergänzt“ oder nicht übernommen ([4], Definitionshandbuch des DRG-Systems 2024, in Band 4, S. 3335) [10], ► **Tab. 1**. Über die InEK-Kontextfaktoren hinausgehend wurden Kinder und Jugendliche (Alter < 18) in dieser Analyse ausgeschlossen.

Die analysierten DRGs (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z, H41D, H41E) enthalten – abhängig von Diagnose und Behandlungsziel eines Falles – verschiedene und ggf. mehrere Prozeduren bzw. OPS-Codes im Sinne unterschiedlicher Leistungskomplexe. Typische klinische Beispiele für diese DRG finden sich in ► **Tab. 2**. Für unsere Analyse greifen wir daher auf Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs zurück [11]. Entscheidungsgrundlage dieser Analyse ist zudem die Stellungnahme der DGVS zur Verordnung „Hybrid-DRG-V“ vom Oktober 2023 sowie das Positionspapier der DGVS zu erforderlichen Strukturanforderungen [7], so dass eine Zuordnung zu den Gruppen erfolgte: Hybrid-DRG (Gruppe 1: „Hybrid-DRG“), stationär (Gruppe 2: „stationär“), AOP (Gruppe 3: „AOP“). War die jeweilige Leistungsgruppe nicht eindeutig zuzuordnen, wurden die OPS-Ketten und OPS-Codes analysiert und die Fälle entsprechend den Gruppen zugeordnet. Leistungsgruppen, deren OPS-Codes bereits im AOP-Katalog enthalten sind, wurden als „AOP“ eingestuft. Wenn eine Zusatzentgelt- (ZE-) Leistung in der DRG enthalten ist, welches bei Hybrid-DRGs derzeit gemäß § 1 Abs 3 Hybrid DRG Umsetzungsvereinbarung nicht abrechenbar ist, wurde der Fall als „nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG“ kategorisiert. Zuverlegte Fälle, weiterverlegte Fälle oder Todesfälle wurden ausgeschlossen.

Fälle, bei denen mehrere Prozeduren (OPS) eine gastroenterologisch-endoskopische Leistung (GAEN) beschreiben, wurden mit der Einstufung „stationär“, „Hybrid-DRG“ oder „AOP“ in dieser Priorisierung kategorisiert, wenn mindestens eine der Prozeduren

► **Tab. 2** Bezeichnung der ausgewählten DRG und jeweils typische Beispiele für eine klinische Behandlung mit Diagnose bzw. Prozedur. Die DRGs enthalten zahlreiche verschiedene, vergleichbare Fallkonstellationen und fassen diese pauschal für die Abrechnung in der jeweiligen DRG zusammen.

DRG	Bezeichnung	Typisches Beispiel für eine klinische Behandlung / Diagnose	Typisches Beispiel für eine klinische Behandlung / Prozedur
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	(V. a.) Tumorerkrankungen oberer Gastrointestinaltrakt, M. Crohn	Gastroskopie (über 80 % der Fälle) mit Biopsie, Computertomographie, oft auch Koloskopie
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren	Enterokolitis Clostridium difficile, andere Kolitis, Ösophagusstenose; oft pflegebedürftige Patienten	Gastroskopie (fast 50 % der Fälle) mit Biopsie, ggf. auch Koloskopie oder Computertomographie
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	Akute Divertikulitis, gastrointestinale Blutung	ggf. mit ÖGD und Koloskopie oder Computertomographie
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	Unklare abdominelle Symptome, z. B. Kolitis, Obstipation	Gastroskopie (fast 50 % der Fälle) mit Biopsie, ggf. auch Koloskopie oder Computertomographie
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	Kolonpolyp	Koloskopie (gut 50 % der Fälle) mit Entfernung von 1–2 Polypen, einfache Mukosaresektion bei Polyp < 2 cm
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis	V. a. Choledocholithiasis	Endosonographie, ERCP mit Papillotomie mit Steinentfernung, ggf. Stenteinlage
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre	Stent im Gallengang	Endosonographie oder ERCP ohne Papillotomie, ggf. Stententfernung

Vorschrift für die Ausgliederung von gastroenterologischen-endoskopischen Fällen in Hybrid-DRGs

1. Auswahl einer DRG
  - a. mit einer hohen Fallzahl
  - b. in Kombination mit einem hohen Anteil von Tagesfällen
2. Innerhalb jeder DRG: Ausschluss von Fällen
  - i. die zu- oder weiterverlegt wurden oder starben
  - ii. mit einer Verweildauer von mehr als 2 Tagen
  - iii. mit einem PCCL größer als 3
  - iv. mit einem Patientenalter von kleiner als 17 Jahren
  - v. bei denen ein oder mehrere Kriterien der (InEK-)Kontextfaktoren zutreffen
  - vi. Ausschluss von Fällen, die nicht ausschließlich Leistungsgruppen enthalten, die auf Basis von strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen als ambulant erbringbar definiert sind

► **Abb. 1** Vorschrift für die Ausgliederung von Fällen in Hybrid-DRGs (Selektionsschritte).

der Gruppe der jeweilig höheren Einstufung „stationär“ oder „Hybrid-DRG“ zuzuordnen war.

Damit ist eine Vorschrift für die Zuordnung von DRG-Fällen zu einer sektorengleichen Vergütung möglich, ► **Abb. 1**.

Die Fälle wurden hinsichtlich ihrer Kosten entsprechend der InEK-Kostenmatrix der nach KHEntg § 21 aggregierten Kostendaten analysiert, wie bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt und veröffentlicht [8, 11, 12]. Der DGVS stehen durch das DRG-Projekt seit 2011 die Fall- und Kostendaten von InEK-Kalkula-

tionskrankenhäusern zur Verfügung. Für diese Arbeit wurden die Fall- und Kostendaten aus dem Jahr 2022 von 36 Häusern ausgewertet. Es wurden die Kostendaten dieser Fälle in Form von Fallgesamtkosten und Endoskopiekosten (Kostenstellengruppe 8) ausgegeben. Für diese Werte wurde jeweils der Mittelwert, Median angegeben. Zusätzlich werden das 25 %- und 75 %-Quartil und die Interquartilrange (IQR) berechnet, um die Relevanz von Kostenunterschieden festzustellen. Es wurde überprüft, inwieweit

► **Tab. 3** Die DRGs mit gastroenterologisch-endoskopischen Leistungen in dieser Auswirkungsanalyse mit stationären Fallzahlen, Kurzliegeranteil und Anteil PCCL < 3 bei Kurzliegern in Deutschland in 2023.

DRG	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Alle Fälle	Kurzlieger	Anteil Kurzlieger	Anteil PCCL < 3 bei Kurzliegern
G47B	0,728	5,2	55.381	10.745	19 %	91,4 %
G67A	0,635	5,8	68.887	12.407	18 %	90,7 %
G67B	0,492	4,4	274.358	43.685	16 %	96,1 %
G67C	0,377	3,4	369.762	126.451	34 %	97,6 %
G71Z	0,461	3,4	81.492	39.134	48 %	98,8 %
H41D	0,873	5,9	71.275	24.750	35 %	99,7 %
H41E	0,605	4,5	45.206	6.190	14 %	99,7 %

die Einstufung Hybrid-DRG, AOP und stationär sich auf die Fall- und Endoskopiekosten niederschlagen.

## Ergebnisse

Die ausgewählten DRGs mit Bewertungsrelation und mittlerer VWD finden sich in ► **Tab. 3**. Die G67C wies in 2023 insgesamt 369.762 Fälle, davon 126.451 Kurzlieger, auf (VWD = 1, Kurzliegeranteil: 34%). 97,6% der Kurzlieger in der G67C zeigen einen PCCL < 3.

Die DRGs H41E und H41D wiesen eine Fallzahl von 71.275 und 45.206 Fälle mit einem Kurzlieger-Anteil von 35% und 14% auf. Die Patienten hatten in H41E und H41D zu 99,5% einen PCCL < 3.

Alle ausgewählten DRGs mit Kurzliegeranteil finden sich in ► **Tab. 3** [14].

► **Abb. 2** zeigt die Fallauswahl der Datenstichprobe inkl. der späteren Anwendung der Ausgliederungsvorschrift. In der Datenstichprobe werden 78 von insgesamt 98 Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs [15] erbracht. 26 Leistungsgruppen wurden der Gruppe „Hybrid-DRG“ zugeordnet, 24 der Gruppe „stationär“, 12 Leistungen der Gruppe „AOP“. Sieben Leistungsgruppen wurden auf Basis der OPS-Codes gesplittet („abhängig von OPS“) und auf dieser Ebene eingestuft, ► **Tab. 4**. Einen solchen Split gab es bei den Leistungsgruppen „endoskopische Mukosaresektion (EMR) ODER Polypektomie von mindestens einem Polypen > 2 cm“, wobei die Resektion der Polypen > 2 cm der Gruppe „stationär“ zugeordnet wurde, auch die Resektionen im Duodenum wurden wegen des vorhandenen Blutungsrisikos der Gruppe „stationär“ zugeordnet. Leistungen, die gemäß der DGVS-Vorgaben [7] mit einer Nachbeobachtungszeit von 16–24 Stunden verbunden sind, wurden stationär zugeordnet, da es bisher kein Kriterium im DRG-Grouper-Algorithmus gibt, diese Fälle von denen mit einer kürzeren Beobachtungszeit zu unterscheiden („stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar“). 9 Leistungen, die in der stationären Abrechnung ein bepreistes oder unbepreistes Zusatzentgelt (ZE) zusätzlich zur DRG-Vergütung des Falles erhalten, wurden von einer Hybrid-DRG ausgeschlossen bzw. stationär zugeordnet („nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG“), da in der aktuellen Regelung die Zusatzentgelte für Hybrid-DRGs grundsätzlich ent-

fallen. Hohe Sachkosten werden sonst aktuell durch Wegfall des Zusatzentgeltes nicht kompensiert.

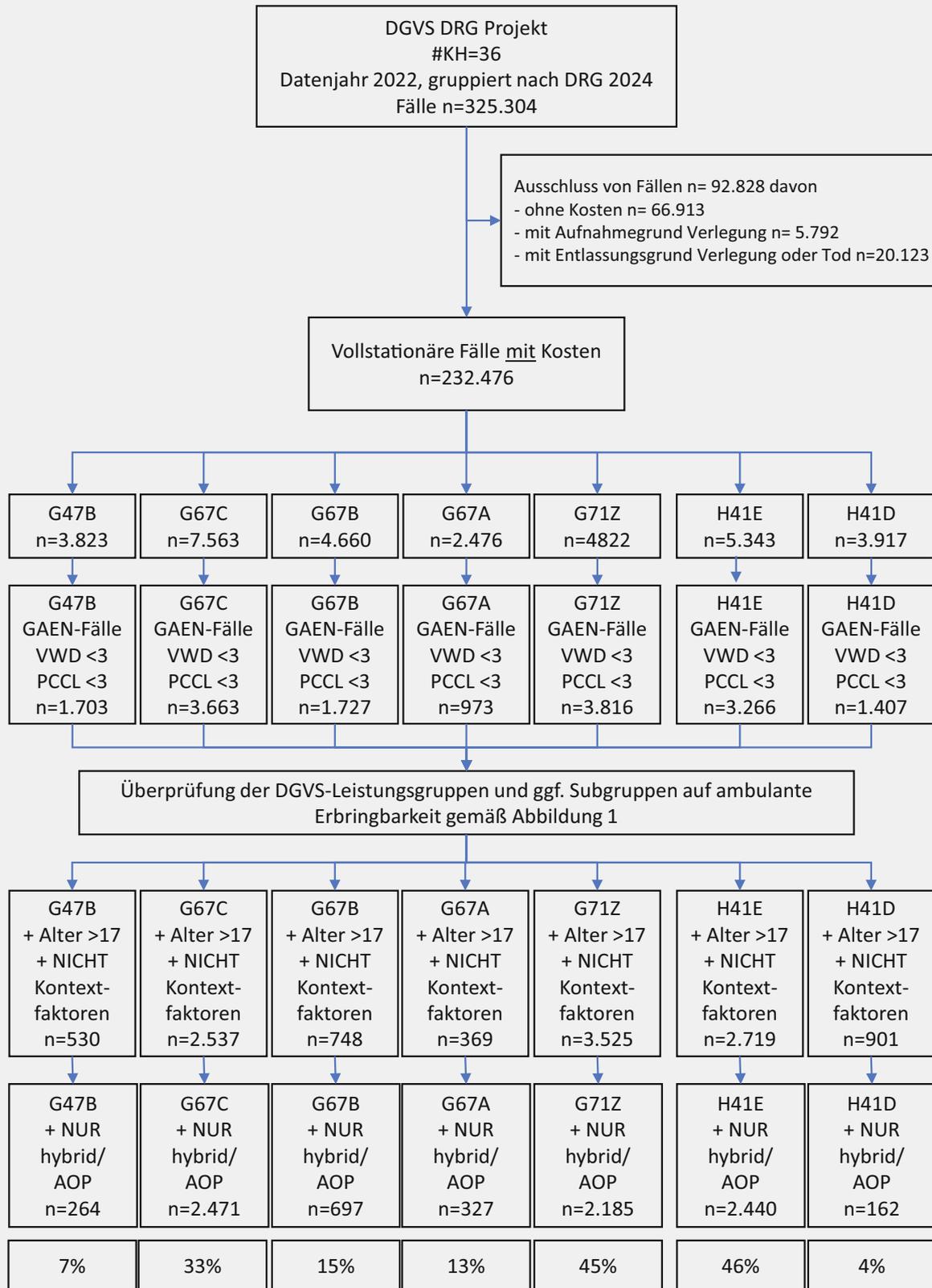
## Bildung einer Hybrid-DRG aus der G67C

Die Ausgliederungsvorschrift (► **Abb. 1**) wird auf die DRG G67C angewendet und in ► **Abb. 3** schrittweise analysiert. In unserer Datenstichprobe führen 7.563 Fälle in die G67C. Davon haben 2.146 Fälle die Hauptdiagnose Gastritis und Duodenitis. Diese bilden zusammen mit der gastroösophageale Refluxkrankheit und sonstigen Krankheiten des Verdauungssystems über 70% der Hauptdiagnosen. 92% der Fälle unserer Stichprobe haben eine Verweildauer von unter 6 Tagen, 30% eine Verweildauer von 1 Tag. 67% der Fälle haben 1 Leistung pro Fall, 26% 2 Leistungen, das Maximum liegt bei 9 Leistungen pro Fall. 96% der Patienten sind über 45 Jahre alt.

Die Reduktion auf eine VWD < 3 und PCCL < 3 verändert die Anteile der Hauptdiagnosen nicht wesentlich, auch die Anzahl der GAEN-Leistungen pro Fall bleiben in ihren Verhältnissen in etwa gleich, wobei das Maximum nun 5 Leistungen pro Fall wird. Die Anwendung der InEK-Kontextfaktoren führt zu keiner Änderung bei den Hauptdiagnosen. Zusammen mit dem Ausschluss von Kindern und Jugendlichen reduziert sich die Fallmenge auf 34% (2.537 Fälle) der Ursprungsmenge in der Stichprobe.

Mit der Beschränkung auf Leistungsgruppen mit der Einstufung „Hybrid-DRG“ und „AOP“ (gemäß ► **Tab. 4**) reduziert sich die Anzahl der Fälle nur gering auf dann 2.471 (Anteil von 33%). In dieser nun gebildeten Hybrid-DRG gehören zu den häufigsten Leistungen die einfachen Biopsien und Stufenbiopsien am oberen und unteren Gastrointestinaltrakt. Weitere Anteile haben die Bougierung und Dilatation sowie die Schlingenpolypektomie und die EMR. In Einzelfällen wird auch eine EUS erbracht. In 1.796 Fällen (73%) wird nur eine Leistungsgruppe, in 562 Fälle (23%) zwei und in 109 Fällen (7%) drei Leistungsgruppen erbracht, ► **Tab. 5**.

Als Gegenprüfung zeigt die ► **Tab. 6** die Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung von Fällen aus der G67C in eine Hybrid-DRG verhindern. Fälle, in denen eine PEG, PEJ oder JET-PEG enthalten sind, werden nicht ausgegliedert. Auch Leistungsgruppen, die eine EFTR, Polypektomien von min.



► **Abb. 2** Falldaten für die einzelnen DRGs aus 36 InEK-Kalkulationshäusern des DGVS-DRG-Projekts aus dem Datenjahr 2022 gruppiert nach 2024 und Anwendung der Ausgliederungsvorschrift mit entsprechender schrittweiser Selektion. Die Prozentzahlen zeigen den Anteil der aus der ursprünglich stationären DRG ausgegliederten Fälle.

► **Tab. 4** Zuordnung der Leistungsgruppen des DGVS-Leistungskatalogs in der DRG-Auswahl zur Gruppe „Hybrid-DRG“, „stationär“ oder „AOP“. Abhängig vom OPS in Einzelfällen mit gesplitteter Entscheidung. „AOP“ bedeutet, dass diese Leistung bereits im AOP enthalten ist. „Nicht möglich“ bedeutet, dass die Leistung auf Grund des Fehlens von Zusatzentgelten (ZE) bei den Hybrid-DRGs nur stationär erbracht werden kann.

Gruppe	DGVS Leistungsgruppe	Zuordnung
<b>ÖGD</b>	ÖGD diagnostisch	Hybrid-DRG
	ÖGD mit einfacher Biopsie (1–5) bzw. Entfernung Gastrostomiekatheter	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Stufenbiopsie bzw. Chromoendoskopie des oberen VT bzw. Dünndarmmanometrie bzw. Ileoskopie über ein Stoma	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Entfernung Magenballon ODER ÖGD mit Stententfernung	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Varizen­therapie, einfach (nur 1 Therapie­verfahren / Elektiveingriff)	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Koagulation	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Bougierung/Dilatation	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Wechsel PEG/PEJ (inkl. PEG ohne Gastro)	Hybrid-DRG
	ÖGD mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	Hybrid-DRG
	ÖGD mit Fremdkörperentfernung ODER Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration	Hybrid-DRG
	ÖGD mit PEG	stationär
	ÖGD mit PEJ / JET PEG	stationär
	ÖGD mit RFA	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ÖGD mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär
	ÖGD mit 1 selbstexpandierender Prothese Ösophagus/Magen/Duodenum	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ÖGD mit EMR bzw. ÖGD mit Zenker-Divertikulotomie ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	Abhängig vom OPS: EMR < 2cm: Hybrid-DRG, Zenker und Polypen > 2 cm stationär.
	ÖGD mit OTSC	stationär
	ÖGD mit selbstexpandierender/n Prothese/n Ösophagus/Magen/Duodenum mit Bougierung, Dilatation etc.	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ÖGD mit > 2 Schlingenpolypektomien	Abhängig vom OPS: Hybrid-DRG außer Duodenum stationär
ÖGD mit > 1 selbstexpandierender Prothese Ösophagus/Magen/Duodenum	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG	
ÖGD mit ESD	stationär	
<b>ERCP</b>	ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	AOP
	ERCP mit Steinextraktion nach Papillotomie in einer früheren Untersuchung	Hybrid-DRG
	ERCP mit Papillotomie ohne oder mit anschließender Steinextraktion. ERCP mit Papillenmanometrie. ERCP mit Exzision AN der Papille	stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar
	ERCP mit 1 nicht-selbstexpand. Prothese (Kunststoff) Galle/Pankreas Mit Papillotomie	abhängig vom OPS
	ERCP mit 1 selbstexpand. Prothese Galle/Pankreas	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ERCP mit > 1 selbstexpand. Prothese Galle/Pankreas	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ERCP mit > 1 nicht-selbstexpand. Prothese (Kunststoff) Galle/Pankreas	Hybrid-DRG
	ERCP mit Lithotripsie	stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar
	ERCP mit nicht-selbstexpand. Prothese/n (Kunststoff) Galle/Pankreas mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion	stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar
	ERCP mit selbstexpandierende Prothese/n Galle/Pankreas mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	ERCP mit Papillenexzision oder Exzision am Gallengang	stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar
	Diagnostische oder therapeutische Cholangioskopie/Pankreatoskopie	stationär

► Tab. 4 (Fortsetzung)

Gruppe	DGVS Leistungsgruppe	Zuordnung
<b>PTCD</b>	Dilatation / Bougierung / Wechsel bei liegender PTC/PTCD	Hybrid-DRG
	PTCD bzw. PTC	stationär
	PTCD bzw. PTC mit selbstexpandierender/n bzw. nicht selbstexpandierender/n Prothese/n Galle/Pankreas	stationär
	PTCD bzw. PTC mit Steinentfernung bzw. Lithotripsie	stationär
	PTCD bzw. PTC mit selbstexpandierender/n bzw. nicht selbstexpandierender/n Prothese/n Galle/Pankreas mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion	stationär
	PTCD bzw. PTC mit Destruktion (RFA, photodynamische Therapie, Elektrokoagulation, sonstige Verfahren)	stationär, da Beob. 16–24 h nicht prüfbar
<b>INTESTINO</b>	Intestinoskopie mit Push-Technik	Hybrid-DRG
	Intestinoskopie mit Push-Technik und mit Destruktion/Blutstillung	stationär
	Intestinoskopie mit Push-Technik mit EMR ODER Exzision ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	Abhängig vom OPS: EMR Hybrid-DRG, Polypen > 2 cm stationär
	Intestinoskopie mit Push-and-pull-back-Technik / Motorspirale	Abhängig vom OPS: diagnostische Hybrid-DRG, Motor stationär
	Intestinoskopie mit Push-and-pull-back-Technik / Motorspirale und mit Destruktion/Blutstillung	stationär
	Intestinoskopie mit Push-and-pull-back-Technik / Motorspirale und mit Exzision ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär
<b>EUS_OGIT</b>	EUS oberer GIT	AOP
	EUS oberer GIT mit Feinnadelaspirationszytologie ODER Implantation von Bestrahlungsmarkern	Hybrid-DRG
<b>EUS_UGIT</b>	EUS mit Feinnadelpunktion am unteren Verdauungstrakt	Hybrid-DRG
<b>PROKTO-SKOPIE</b>	Proktoskopie diagnostisch bzw. Analdruckmessung	AOP
	Proktoskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	entfällt, da ambulant erbracht
	Proktoskopie mit Fremdkörperentfernung ODER Bougierung ODER Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt oder > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	Hybrid-DRG
<b>KOLOSKOPIE</b>	Rekto-/Sigmoideoskopie diagnostisch	AOP
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit Stufenbiopsie	AOP
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit Koagulation	AOP
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit Bougierung/Dilatation	Hybrid-DRG
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit > 2 Schlingenpolypektomien	Hybrid-DRG
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit OTSC	stationär
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit 1 selbstexpandierenden Prothese	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	Rekto-/Sigmoideoskopie mit EMR ODER EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	Abhängig vom OPS: EMR Hybrid-DRG; EFTR und Polypen > 2 cm stationär
Rekto-/Sigmoideoskopie mit ESD	stationär	

► **Tab. 4** (Fortsetzung)

Gruppe	DGVS Leistungsgruppe	Zuordnung
<b>KOLO-SKOPIE</b>	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie diagnostisch bzw. Ileoskopie bzw. Jejunoskopie	AOP
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie bzw. Dickdarmmanometrie	AOP
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Koagulation	Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Fremdkörperentfernung ODER Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration	Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Bougierung/Dilatation	Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit > 2 Schlingenpolypektomien	Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit EMR ODER EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	Abhängig vom OPS: EMR < 2cm: Hybrid-DRG; EFTR und Polypen > 2 cm stationär
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit 1 selbstexpandierenden Prothese	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit OTSC	stationär
	Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit ESD	stationär

einem Polypen größer als 2 cm oder eine komplexe Blutstillung enthalten, müssen stationär erbracht werden.

## Bildung einer Hybrid-DRG aus der G47B

Analog wurde die Selektionsvorschrift auf die G47B angewendet, **Supplementary Abb. 4**. In der G47B sind Hauptdiagnosen bösartiger Neubildungen, Barrett-Ösophagus, Morbus Crohn und gutartige Neubildungen enthalten. Mit der Reduktion auf eine VWD<3 und PCCL<3 bleibt das Spektrum der Hauptdiagnosen in etwa gleich, die Anzahl der GAEN-Leistungen pro Fall wurde von zuvor max. 11 auf max. 5 reduziert. Durch die Anwendung der InEK-Kontextfaktoren – welche auch die bösartigen Neubildungen enthalten – und den Ausschluss von Kindern und Jugendlichen wird das Krankheitsspektrum auf Morbus Crohn, Barrett Ösophagus und gutartige Neubildung eingeschränkt.

Mit der Beschränkung auf Leistungsgruppen mit der Gruppierung „Hybrid-DRG“ und „AOP“ reduziert sich die Anzahl der Fälle auf 264, was einem Anteil von 7 % entspricht. In dieser nun gebildeten Hybrid-DRG gehören zu den häufigsten Leistungen die einfachen Biopsien und Stufenbiopsien am oberen und unteren Gastrointestinaltrakt. Es folgen die Bougierung und Dilatation sowie der endoskopische Ultraschall. Bei 112 Fällen wird nur eine Leistungsgruppe, in 121 Fälle zwei und in 26 Fällen drei Leistungsgruppen erbracht. Damit haben mehr als die Hälfte der Fälle mehr als 1 Leistungsgruppe (siehe **Supplementary Tab. 12**).

Zur Gegenprüfung zeigt die ► **Tab. 7** die Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung von Fällen aus der G47B in eine Hybrid-DRG verhindern. Fälle, in denen ein ESD, EFTR und Polypektomien von min. einem Polypen größer als 2 cm zum Einsatz kommt oder diese Eingriffe den Einsatz eines OTSC zur Folge haben, werden der Gruppe ‚stationär‘ zugeordnet. Dazu gehören auch die komplexen Blutstillungen.

Die ÖGD mit RFA und die ÖGD mit selbstexpandierender/n Prothese kann nicht ausgliedert werden, da diese Leistung stationär mit einem Zusatzentgelt verbunden ist, das in einer Hybrid-DRG derzeit nicht vorgesehen ist.

## Bildung einer Hybrid-DRG aus der H41E

Die Ausgliederungsvorschrift wird auf die H41E angewendet, **Supplementary Abb. 5**. In unserer Stichprobe führen 5.343 Fälle in die H41E. Davon haben 64 % der Fälle die Hauptdiagnose „sonstige Krankheiten der Gallenwege“, wozu auch der „Verschluss des Gallenganges“ gehört und die „Cholelithiasis“. 61 % der Fälle haben eine VWD < 3 Tagen, 49 % eine Verweildauer von 1 Tag und somit höher als der Anteil in Deutschland. 67 % der Fälle haben eine Leistung pro Fall, 28 % zwei Leistungen, das Maximum liegt bei fünf; 99,6 % sind älter als 45 Jahre.

Die Reduktion auf eine VWD<3 und PCCL<3 verändert die Anteile Hauptdiagnosen nicht wesentlich, auch die Anzahl der GAEN-Leistungen pro Fall bleiben in ihren Verhältnissen in etwa gleich. Durch die InEK-Kontextfaktoren werden die Fälle mit bös-

G67C n=7.563		HD3	ICD Text	#Fälle	VWD	#Fälle	PCCL	#Fälle	Alter	#Fälle
					<b>7563</b>		<b>7563</b>		<b>7563</b>	
K29	Gastritis und Duodenitis	2.146	1	2260	0	4837				
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	904	2	1527	1	1366	0		6	6
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	674	3	1067	2	868	1		6	6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	641	4	740	3	492	2		8	8
			5	583	4	6	4	33	33	
			6	415			7	43	43	
			7	341			10	20	20	
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	509	8	204			12		34	34
			9	117			14		27	27
			10	78			15		30	30
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	410	11-54	231	2	1978	16		40	40
					3	455	17		36	36
K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	391	4	35	4	35	18		39	39
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	294	5	4	6	1	45	2418	60	1253
			6	1	70		1282	78	817	
R13	Dysphagie	255	78					85	1471	1471
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	223								

G67C GAEN-Fälle VWD <3 PCCL <3 n=3.663		HD3	ICDK_HD3_Bezeichnung	#Fälle	#Leist- ungen	#Fälle	Alter	#Fälle
					<b>3663</b>		<b>3663</b>	
K29	Gastritis und Duodenitis	1.152	1	2717			0	3
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	453	2	778	1		1	6
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	394	3	156	2		2	4
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	217	4	10	3		4	29
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	198	5	2	4		7	34
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	148			5		10	13
							12	24
R13	Dysphagie	145					14	18
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	142					15	20
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	130					16	28
							17	25
K25	Ulcus ventriculi	126					18	29
K26	Ulcus duodeni	95					45	1302
							60	602
							70	564
							78	392
							85	570

G67C + Alter >17 + NICHT Kontext- faktoren n=2.537		HD3	ICDK_HD3_Bezeichnung	#Fälle	#Leist- ungen	#Fälle	Alter	#Fälle
					<b>2537</b>		<b>2537</b>	
K29	Gastritis und Duodenitis	912	1	1852			18	23
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	306	2	570	1		45	983
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	186	3	111	2		60	427
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	178			3		70	397
					4		3	78
K52	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	125			5		85	400
					1			
A09	Sonstige funktionelle Darmstörungen	123						
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	117						
R13	Dysphagie	110						
K44	Hernia diaphragmatica	76						
K25	Ulcus ventriculi	75						

G67C + NUR hybrid +AOP n=2.471		HD3	ICDK_HD3_Bezeichnung	#Fälle	#Leist- ungen	#Fälle	Alter	#Fälle
					<b>2471</b>		<b>2471</b>	
K29	Gastritis und Duodenitis	910	1	1796			18	22
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	304	2	562	1		45	964
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	185	3	109	2		60	418
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	177			3		70	380
					4		3	78
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	123			5		85	393
					1			
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	123						
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	93						
R13	Dysphagie	86						
K44	Hernia diaphragmatica	76						
K25	Ulcus ventriculi	75						

► **Abb. 3** Fallselektion in der G67C bei Anwendung der Kriterien VWD<2, PCCL<3, Fälle mit mind. 1 GAEN-Leistung, des Ausschlusses von Kontextfaktoren und der Altersgruppen und schließlich der Ausgliederung von Fällen, die als „Hybrid-DRG“ oder „AOP“ eingestuft wurden.

► **Tab. 5** Leistungsgruppen, die nach Selektion von „Hybrid-DRG“ und „AOP“ in einer G67C-Hybrid noch verbleiben.

Leistungsgruppen, die nach Ausgliederung aus der G67C in einer Hybrid-DRG enthalten sind	Einstufung	#Leistungen
ÖGD mit einfacher Biopsie (1–5) bzw. Entfernung Gastrostomiekatheter	Hybrid-DRG	1.109
ÖGD mit Stufenbiopsie bzw. Chromoendoskopie des oberen VT bzw. Dünndarmmanometrie bzw. Ileoskopie über ein Stoma	Hybrid-DRG	546
ÖGD diagnostisch	Hybrid-DRG	466
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie diagnostisch bzw. Ileoskopie bzw. Jejunoskopie	AOP	392
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie bzw. Dickdarmmanometrie	AOP	195
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP	115
Proktoskopie diagnostisch bzw. Analdruckmessung	AOP	99
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP	75
ÖGD mit Koagulation	Hybrid-DRG	45
Rekto-/Sigmoideoskopie diagnostisch	AOP	34
ÖGD mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG	32
ÖGD mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	Hybrid-DRG	29
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG	26
ÖGD mit Wechsel PEG/PEJ (inkl. PEG ohne Gastro)	Hybrid-DRG	12
Rekto-/Sigmoideoskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP	9
Intestinoskopie mit Push-and-pull-back-Technik	Hybrid-DRG	8
Rekto-/Sigmoideoskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP	8
ÖGD mit Bougierung/Dilatation	Hybrid-DRG	7
ÖGD mit Fremdkörperentfernung ODER Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration	Hybrid-DRG	6
Rekto-/Sigmoideoskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG	5
ÖGD mit EMR *)	Hybrid-DRG	3
Rekto-/Sigmoideoskopie mit Stufenbiopsie	AOP	3
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Bougierung/Dilatation	Hybrid-DRG	3
EUS oberer GIT mit Feinnadelaspirationszytologie ODER Implantation von Bestrahlungsmarkern	Hybrid-DRG	2
ÖGD mit Entfernung Magenballon ODER ÖGD mit Stententfernung	Hybrid-DRG	2
Intestinoskopie mit Push-Technik mit EMR	Hybrid-DRG	1
ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	AOP	1
Proktoskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	entfällt	1
Intestinoskopie mit Push-Technik	Hybrid-DRG	1
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit > 2 Schlingenpolypektomien	Hybrid-DRG	1

Hinweise: \*) Die Leistungsgruppe „ÖGD mit EMR ODER ÖGD mit Zenker-Divertikulotomie ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2cm“ wurde gesplittet und hier nur die „ÖGD mit EMR“ angegeben.

artigen Neubildungen entfernt, die Fallmenge reduziert sich auf 51 % (2.719 Fälle) der Ursprungsmenge. Mit der Beschränkung auf GAEN-Leistungsgruppen mit der Gruppierung „Hybrid-DRG“ und „AOP“ (gemäß ► **Tab. 4**) reduziert sich die Anzahl der Fälle auf 2.440, was einem Anteil von 46 % entspricht. In dieser nun gebildeten Hybrid-DRG gehören zu den häufigsten Leistungen die „ERCP mit 1 oder mehr als 1 nicht-selbstexpandierende Prothese (Kunststoff) für Galle oder Pankreas“ und die „ERCP mit Steinextraktion nach Papillotomie, gefolgt von der EUS am oberen GIT

und der ÖGD diagnostisch oder mit einfacher Biopsie (siehe ► **Tab. 8**).

Als Gegenprüfung zeigt die ► **Tab. 9** die Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung von Fällen aus der G67C in eine Hybrid-DRG verhindern. Fälle, in denen eine ERCP mit Lithotripsie, Bougierung oder Dilatation oder Steinextraktion mit Papillotomie durchgeführt wurden, sollen weiterhin stationär durchgeführt werden. Auch PTCD-Fälle müssen weiterhin stationär erbracht werden.

► **Tab. 6** Leistungsgruppen, die als „stationär“ oder „nicht möglich, da kein ZE bei der Hybrid-DRG“ eingestuft sind, die beim letzten Selektionsschritt die Ausgliederung aus der G67C in eine Hybrid-DRG verhindern.

Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung in eine Hybrid-DRG der G67C verhindern	Einstufung	#Leistungen
ÖGD mit PEG	Stationär	24
ÖGD mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	Stationär	18
ÖGD mit PEJ / JET PEG	stationär	7
ÖGD mit Zenker-Divertikulotomie ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	6
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär	4
Intestinoskopie mit Push-and-pull-back-Technik / Motorspirale und mit Exzision ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	3
Rekto-/Sigmoidoskopie mit EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	2
Intestinoskopie mit Push-Technik und mit Destruktion/Blutstillung	stationär	2
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	1

► **Tab. 7** Leistungsgruppen, die als „stationär“ oder „nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG“ eingestuft sind, die beim letzten Selektionsschritt, die Ausgliederung aus der G47B in eine Hybrid-DRG verhindern.

Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung in eine Hybrid-DRG der G47B verhindern	Einstufung	Leistungen (n)
Rekto-/Sigmoidoskopie mit ESD	stationär	54
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit EMR ODER EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	35
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit OTSC	stationär	32
ÖGD mit ESD	stationär	28
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit ESD	stationär	25
Intestinoskopie mit Push-Technik und mit Destruktion/Blutstillung	stationär	8
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär	8
ÖGD mit OTSC	stationär	8
ÖGD mit EMR bzw. ÖGD mit Zenker-Divertikulotomie ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	7
Rekto-/Sigmoidoskopie mit EMR ODER EFTR ODER Polypektomie von min. einem Polypen > 2 cm	stationär	6
Rekto-/Sigmoidoskopie mit OTSC	stationär	3
ÖGD mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär	1
ÖGD mit RFA	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG	82
ÖGD mit selbstexpandierender/n Prothese/n Ösophagus/Magen/Duodenum mit Bougierung, Dilatation etc.	nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG	1

Immerhin 75 Leistungen mit ERCP mit 1 selbstexpandierende Prothese Galle/Pankreas ohne oder mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion führen dazu, dass die Ausgliederung der Fälle „nicht möglich“ war, weil ein entsprechendes Zusatzentgelt in einer Hybrid-DRG derzeit nicht vorgesehen ist.

## Kostenkalkulation

Für die ausgewählten DRGs wurden Kosten der entstandenen Hybrid-DRG aus den Fallkosten der einzelnen Fälle extrahiert. Die Fallgesamtkosten werden in ► **Abb. 4** dargestellt. Die Gruppe der

► **Tab. 8** Leistungsgruppen, die nach Selektion von „Hybrid-DRG“ und „AOP“ in einer H41E-Hybrid-DRG noch verbleiben.

Leistungsgruppen, die nach Ausgliederung aus der H41E in einer Hybrid-DRG enthalten sind	Einstufung	#Leistungen
ERCP mit 1 nicht-selbsexpand. Prothese (Kunststoff) Galle/Pankreas Mit Papillotomie	abhängig vom OPS	669
ERCP mit Steinextraktion nach Papillotomie in einer früheren Untersuchung	Hybrid-DRG	637
EUS oberer GIT	AOP	497
ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	AOP	391
ÖGD diagnostisch	Hybrid-DRG	354
EUS oberer GIT mit Feinnadelaspirationszytologie ODER Implantation von Bestrahlungsmarkern	Hybrid-DRG	218
ÖGD mit einfacher Biopsie (1–5) bzw. Entfernung Gastrostomiekatheter	Hybrid-DRG	112
ERCP mit > 1 nicht-selbsexpand. Prothese (Kunststoff) Galle/Pankreas	Hybrid-DRG	96
ÖGD mit Stufenbiopsie bzw. Chromoendoskopie des oberen VT bzw. Dünndarmmanometrie bzw. Ileoskopie über ein Stoma	Hybrid-DRG	51
ÖGD mit Fremdkörperentfernung ODER Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration	Hybrid-DRG	18
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie diagnostisch bzw. Ileoskopie bzw. Jejunoskopie	AOP	14
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie bzw. Dickdarmmanometrie	AOP	8
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP	5
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP	5
Proktoskopie diagnostisch bzw. Analdruckmessung	AOP	4
ÖGD mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG	4
Rekto-/Sigmoidoskopie mit 1–2 Schlingenpolypektomie/n	AOP	2
Rekto-/Sigmoidoskopie mit einfacher Biopsie (1–5)	AOP	2
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit > 2 Schlingenpolypektomien	Hybrid-DRG	1
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, einfach (nur 1 Blutstillungsverfahren, 1 x angewandt, Elektiveingriff)	Hybrid-DRG	1
Rekto-/Sigmoidoskopie mit > 2 Schlingenpolypektomien	Hybrid-DRG	1

Fälle, die im AOP abgebildet sind, zeigen für die G67C nach Anwendung der Ausgliederungsvorschrift (wie in ► **Abb. 1** beschrieben) im Median höhere Gesamtkosten als die Gruppe der Fälle, die als „Hybrid-DRG“ eingestuft wurde. Das 25%-Quartil der AOP-Gruppe in dieser DRG zeigt höhere Kosten als das 25%-Quartil der „Hybrid-DRG“-Gruppe, so dass die AOP-Gruppe insgesamt teurer ist als die „Hybrid-DRG“-Gruppe. In allen anderen DRGs sind die Kosten der AOP-Gruppe niedriger und auch die 25-Quartile liegen unter der der „Hybrid-DRG“-Gruppe.

In ► **Abb. 5** werden die Gesamtkosten der Endoskopie (Kostenstellengruppe 8) dargestellt. Die Fälle, deren Ausgliederung wegen des fehlenden Zusatzentgelts in einer Hybrid-DRG der Gruppe „nicht möglich“ zugeordnet werden, sind überdurchschnittlich hoch. In der G47B befinden sich 83 Fälle mit deutlich höheren Endoskopie-Kosten, die auf die Materialkosten des Ablationskatheters bei der ÖGD mit RFA bzw. die Stents bei der Stenteinlage hinweisen (siehe auch ► **Tab. 7**). Dasselbe gilt für die 75 Fälle der H41E. Diese höheren Kosten kommen durch die selbstexpandierenden Prothesen an Gallen- und Pankreasgang zustande (siehe auch ► **Tab. 9**).

## Diskussion

Mit dem Referentenentwurf zur ‚Hybrid-DRG-V‘ legte das BMG eine Liste gastroenterologisch-endoskopischer DRGs vor, die als Ausgangspunkt für weitere Hybrid-DRGs dienen sollen. Diese DRGs haben wir analysiert und hinsichtlich der Umsetzung in einer Hybrid-DRG evaluiert. Die vorliegende Auswirkungsanalyse zeigt dabei, dass eine Zuordnung von bisher stationär erbrachten GAEN-Leistungen zu einer Hybrid-DRG, zu einer stationären Leistungserbringung und zu einer Leistungserbringung nach AOP möglich ist. Sie zeigt zugleich die hohe Komplexität in der Fallzuordnung, die medizinischen Kriterien folgen muss und doch anhand von OPS-Ziffern konstruiert werden soll. Ohne die intensive Analyse von Fallkonstellationen durch medizinische Fachexperten – wie in dieser Analyse geschehen – ist eine Zuordnung zu der jeweiligen Gruppe (Hybrid-DRG, stationär, AOP) aus unserer Sicht nicht realisierbar. Insbesondere eine Fallansteuerung der Gruppen durch OPS-Konstellationen, die in allen Gruppen enthalten sind, erschwert die eindeutige Zuordnung erheblich. Eine Hierarchie von Kriterien, die zur stationären, Hybrid- und AOP- Zuordnung in nachgeordneter Reihung eine eindeutige Zuordnung ermöglicht, ist daher dringlich erforderlich und eine exklusive Selektion von Fallkonstellationen in den AOP vs. Hybrid-DRG scheint ratsam. Aufwändige Prozeduren (OPS) oder schwerwiegende Diagnosen

► **Tab. 9** Leistungsgruppen, die als „stationär“ oder „nicht möglich, da kein ZE bei Hybrid-DRG“ eingestuft sind, die beim letzten Selektionsschritt, die Ausgliederung aus der H41E in eine Hybrid-DRG verhindern.

Leistungsgruppen, die im letzten Selektionsschritt die Ausgliederung in eine Hybrid-DRG der H41E verhindern	Einstufung	#Leistungen
ERCP mit nicht-selbsexpand. Prothese/n (Kunststoff) Galle/Pankreas mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion	stationär	162
ERCP mit Lithotripsie	stationär	16
PTCD bzw. PTC	stationär	10
ERCP mit Papillenexzision oder Exzision am Gallengang	stationär	7
PTCD bzw. PTC mit selbstexpandierender/n bzw. nicht selbstexpandierender/n Prothese/n Galle/Pankreas	stationär	7
ERCP mit Papillotomie ohne oder mit anschließender Steinextraktion. ERCP mit Papillenmanometrie. ERCP mit Exzision AN der Papille	stationär	1
Koloskopie partielle/totale/Ileokoloskopie mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär	1
ÖGD mit Blutstillung, komplex (nur 1 Blutstillungsverfahren, mehrfach angewandt ODER > 1 Blutstillungsverfahren / Notfalleingriff)	stationär	1
PTCD bzw. PTC mit Steinentfernung bzw. Lithotripsie	stationär	1
ERCP mit 1 selbstexpand. Prothese Galle/Pankreas	nicht möglich	52
ERCP mit selbstexpandierender Prothese/n Galle/Pankreas mit Bougierung, Dilatation, Lithotripsie oder Steinextraktion	nicht möglich	23

(ICD), die nach medizinischen Kriterien nicht ambulant erbringbar sind, sind beispielsweise zu ergänzen. Darüber hinaus kann die Wahlfreiheit einer Zuordnung dem die Leistung erbringenden Behandlungszentrum frei überlassen werden. Fallzuordnungen über ‚Kontextfaktoren‘ o. ä. strukturierte Parameterabfragen haben den Nachteil, dass individuelle Patientenkonstellationen nicht erfasst werden und erfordern für jeden einzelnen Patienten einen bürokratischen Mehraufwand, der der Patientenversorgung entzogen wird.

Ab dem AOP-Katalog für 2023 wurden erstmalig sogenannte ‚Kontextfaktoren‘ definiert. Sie dienen bei AOP-Leistungen der Begründung einer stationären Durchführung. Auch das InEK hat für das aG-DRG-System 2024 in Anlehnung an die AOP-Kontextfaktoren erstmalig Kontextfaktoren in Bezug auf die Hybrid-DRGs definiert. Beispielsweise wurden Beatmungstunden berücksichtigt und aufwendige Eingriffe mittels OPS-Kodes bzw. komplexe Diagnosen wie ‚bösartige Neubildungen‘ mittels ICD-Kodes identifiziert. Diese InEK-/Hybrid-DRG-Kontextfaktoren müssen im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt werden, wofür die Schaffung von neuen Datensatz-Parametern (z. B. ‚Überwachungsnotwendigkeit von 16–24 Stunden‘) erforderlich sein kann. Ebenfalls sollte bedacht werden, dass die Kombination von zwei (ambulant erbringbaren) Leistungen, möglicherweise NICHT ambulant erbringbar ist. Dies könnte etwa durch die Kombination von zwei getrennten OPS-Listen definiert werden. Die Versorgung nicht-elektiver Fälle außerhalb der im Niedergelassenen-Bereich üblichen Praxis-Öffnungszeiten, muss aus der Hybrid-DRG ausgeschlossen sein, da sie hochwahrscheinlich mit höheren Kosten verbunden ist.

Für den ‚Startkatalog‘ der Hybrid-DRG für 2024 war in der Verordnung eine Liste von OPS-Codes vorgegeben, die nach Angaben

des InEK keine ausreichende Definition für die Ausgliederung darstellten. Sie mussten um Leistungen ergänzt werden, die entweder Bestandteil einer vollständigen Behandlung waren oder aufwandsgleich waren [4]. Auch in dieser Auswirkungsanalyse haben wir gezeigt, dass Fallkonstellationen oft aus OPS-Ketten mit mehreren OPS bestehen. Der DGVS-Leistungskatalog hat daher eine geeignete Grundlage für die Fallanalysen geboten. Dieser Umstand ist für die Entwicklung einer Hybrid-DRG für GAEN-Fälle besonders zu beachten.

Diese Auswirkungsanalyse zeigt die hohe Anzahl von Fällen, die in einigen der vorgeschlagenen DRGs enthalten ist und teilweise mit einem sechsstelligen Kurzliegeranteil verbunden ist. Dies spricht für einen hohen Anteil an bisher stationär behandelten Fällen, die in die Hybrid-DRG wandern können. Dies entspricht der Anforderung des § 115f SGB V Abs. 2, einschließlich der geforderten kurzen Verweildauer (VWD = 1), ein niedriger Komplexitätsgrad (PCCL < 3) [4]. Wir haben die VWD auf 2 Tage erweitert, um den Datenpool zu vergrößern. Dies hat in den Kostenanalysen keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Die Leistungen „mit verlängerter Überwachung über 16–24h“ (entsprechend[7]) wurden in dieser Analyse nicht als für die Hybrid-DRG geeignet betrachtet, da diese Überwachungszeit kaum ambulant realisierbar ist.

Die Anteile der Fälle, die in eine Hybrid-DRG ausgegliedert werden können, liegen bei der G67C und G71Z als DRGs mit hohem Kurzliegeranteil erwartungsgemäß hoch. Andere DRGs wie die G47B, G67B, G67A haben nur einen geringen Anteil an Kurzliegern. Bei Anwendung der Ausgliederungsvorschrift, die auch die Komplexität der Behandlung berücksichtigt, verbleiben teilweise unter 10 % für eine Hybrid-DRG. Hier stellt sich die Frage, ob diese DRGs sich für eine Ausgliederung aus dem stationären Leistungsvolumen in eine Hybrid-DRG eignen.

DRG	Gruppe	#KH	#Fälle	Vwd IST	Mittelwert Kosten Gesamt	Median Kosten Gesamt	25% Quartile Kosten Gesamt	75% Quartile Kosten Gesamt
G47B	AOP	7	8	1,3	1.391,68 €	1.325,42 €	1.076,45 €	1.410,66 €
G47B	Hybrid-DRG	32	256	1,4	2.218,14 €	1.694,83 €	1.316,39 €	2.242,59 €
G47B	stationär	24	183	1,8	2.675,22 €	2.675,27 €	1.997,32 €	3.138,73 €
G47B	nicht möglich	18	83	1,3	2.798,68 €	2.766,46 €	2.314,83 €	3.405,89 €
G67A	AOP	8	10	1,5	1.402,62 €	1.337,55 €	1.136,03 €	1.681,54 €
G67A	Hybrid-DRG	35	317	1,3	1.559,57 €	1.503,31 €	1.207,48 €	1.875,97 €
G67A	stationär	24	39	1,5	1.940,38 €	1.721,90 €	1.477,01 €	2.115,49 €
G67A	nicht möglich	2	3	1,0	2.542,52 €	2.632,07 €	2.394,83 €	2.734,99 €
G67B	AOP	35	189	1,4	1.333,03 €	1.192,01 €	989,83 €	1.602,79 €
G67B	Hybrid-DRG	36	508	1,5	1.559,37 €	1.478,07 €	1.178,22 €	1.857,47 €
G67B	stationär	24	50	1,5	1.807,98 €	1.663,63 €	1.275,54 €	2.106,74 €
G67B	nicht möglich	1	1	1,0	2.607,78 €	2.607,78 €	2.607,78 €	2.607,78 €
G67C	AOP	36	272	1,5	1.423,07 €	1.366,77 €	1.123,15 €	1.664,74 €
G67C	Hybrid-DRG	36	2.199	1,4	1.368,64 €	1.287,51 €	1.042,33 €	1.609,08 €
G67C	stationär	27	66	1,3	1.503,79 €	1.440,99 €	1.014,55 €	1.677,90 €
G71Z	AOP	36	629	1,3	1.307,20 €	1.220,40 €	1.017,36 €	1.522,50 €
G71Z	Hybrid-DRG	36	1.556	1,3	1.561,23 €	1.456,87 €	1.155,04 €	1.860,96 €
G71Z	stationär	36	1.339	1,3	1.723,45 €	1.557,92 €	1.258,27 €	2.051,42 €
G71Z	nicht möglich	1	1	2,0	3.402,23 €	3.402,23 €	3.402,23 €	3.402,23 €
H41D	AOP	1	1	2,0	1.434,89 €	1.434,89 €	1.434,89 €	1.434,89 €
H41D	Hybrid-DRG	23	161	1,3	2.035,69 €	1.923,45 €	1.561,16 €	2.344,88 €
H41D	stationär	36	708	1,4	2.057,35 €	1.909,40 €	1.484,66 €	2.438,80 €
H41D	nicht möglich	16	31	1,3	2.535,21 €	2.161,91 €	1.821,58 €	2.826,74 €
H41E	AOP	35	497	1,2	1.369,70 €	1.275,92 €	1.004,59 €	1.646,43 €
H41E	Hybrid-DRG	36	1.943	1,2	1.691,91 €	1.612,72 €	1.242,71 €	1.975,11 €
H41E	stationär	26	204	1,2	2.086,16 €	1.954,72 €	1.546,72 €	2.567,11 €
H41E	nicht möglich	18	75	1,2	2.051,00 €	1.944,24 €	1.481,90 €	2.521,15 €

► **Abb. 4** Für die Gesamtkosten der Fälle, die als Hybrid-DRG, AOP, stationär oder nicht möglich eingestuft wurden, werden pro DRG der Mittelwert, Median, 25%- und 75%-Quartil angegeben. Zusätzliche Spalten: Anzahl Krankenhäuser (#KH), Anzahl Fälle (#Fälle), Mittlere InEK-Kosten der DRG und Mittlerer Verweildauer der Fälle in der Stichprobe (VWD Ist).

DRG	Gruppe	#KH	#Fälle	Mittelwert Kosten ENDO	Median Kosten ENDO	25% Quartile Kosten ENDO	75% Quartile Kosten ENDO
G47B	AOP	7	8	708,92 €	497,72 €	450,83 €	772,90 €
G47B	Hybrid-DRG	32	256	818,47 €	686,32 €	488,20 €	1.000,74 €
G47B	stationär	24	183	1.729,11 €	1.682,34 €	1.081,12 €	2.207,17 €
G47B	nicht möglich	18	83	2.101,98 €	2.034,05 €	1.769,85 €	2.682,57 €
G67A	AOP	8	10	400,99 €	425,22 €	243,47 €	542,99 €
G67A	Hybrid-DRG	35	317	721,84 €	667,91 €	462,21 €	918,45 €
G67A	stationär	24	39	968,91 €	861,10 €	571,21 €	1.039,40 €
G67A	nicht möglich	2	3	1.705,57 €	1.566,18 €	1.468,89 €	1.872,56 €
G67B	AOP	35	189	478,54 €	404,43 €	269,01 €	558,33 €
G67B	Hybrid-DRG	36	508	654,80 €	595,91 €	406,59 €	833,60 €
G67B	stationär	24	50	1.007,98 €	892,85 €	617,55 €	1.183,63 €
G67B	nicht möglich	1	1	1.717,56 €	1.717,56 €	1.717,56 €	1.717,56 €
G67C	AOP	36	272	493,98 €	418,31 €	296,97 €	597,54 €
G67C	Hybrid-DRG	36	2.199	428,19 €	340,13 €	207,59 €	557,05 €
G67C	stationär	27	66	700,30 €	552,74 €	332,41 €	935,04 €
G71Z	AOP	36	629	591,28 €	511,14 €	366,39 €	715,72 €
G71Z	Hybrid-DRG	36	1.556	792,43 €	708,19 €	498,53 €	986,72 €
G71Z	stationär	36	1.339	996,03 €	856,26 €	617,76 €	1.234,64 €
G71Z	nicht möglich	1	1	2.313,53 €	2.313,53 €	2.313,53 €	2.313,53 €
H41D	AOP	1	1	679,66 €	679,66 €	679,66 €	679,66 €
H41D	Hybrid-DRG	23	161	1.203,49 €	1.116,08 €	780,11 €	1.418,17 €
H41D	stationär	36	708	1.233,68 €	1.079,90 €	758,45 €	1.510,38 €
H41D	nicht möglich	16	31	1.767,89 €	1.326,10 €	1.161,38 €	2.041,96 €
H41E	AOP	35	497	617,50 €	524,00 €	358,30 €	804,75 €
H41E	Hybrid-DRG	36	1.943	926,04 €	839,60 €	564,44 €	1.181,84 €
H41E	stationär	26	204	1.332,84 €	1.254,11 €	892,37 €	1.655,78 €
H41E	nicht möglich	18	75	1.443,50 €	1.365,33 €	977,60 €	1.840,16 €

► **Abb. 5** Für die ENDOSKOPIE-kosten der Fälle, die als Hybrid-DRG, AOP, stationär oder nicht möglich eingestuft werden, werden pro DRG der Mittelwert, Median, 25 %- und 75 %-Quartil ausgegeben. Zusätzliche Spalten: Anzahl Krankenhäuser (#KH), Anzahl Fälle (#Fälle).

Die Einteilung endoskopischer Interventionen in Leistungen, die entweder als Hybridverfahren oder nur stationär durchführbar sind, ist anhand der Leistungsgruppen sinnvoll möglich. Lediglich in drei Fällen konnte eine direkte Zuordnung zu den Leistungsgruppen nicht erfolgen; hier wurde eine differenzierte Einstufung anhand der spezifischen OPS-Codes vorgenommen. Die Zuweisung kann ggf. aber auch anhand spezifischer OPS erfolgen, beispielsweise die endoskopische Vollwandresektion (EFTR), oder die Resektion eines Zenker-Divertikels oder eine endoskopische Mukosaresektion (EMR) im Duodenum, oder eine Resektion einer Läsion größer 2 cm. Die Zuordnung zu Leistungsgruppen, die zeit- und aufwandsorientiert sind, ermöglicht aber eine geeignete Planung der Ressourcen für die Interventionen.

Besonders fällt dabei auf, dass die diagnostische Gastroskopie in der Hybrid-DRG verbleibt, da sie als Leistung im AOP nicht vorgesehen ist, wo andere Leistungen wie die endoskopischen Endosonographie bereits dorthin verschoben wurden. Dies zeigt deutlich, dass unbedingt medizinische Experten an der Gestaltung der Kataloge beteiligt werden müssen, da diese sonst inkonsistent oder unvollständig ausgestaltet werden.

Neben der medizinischen Sichtweise, welche Leistungen ambulant erbracht werden können, ist eine ausreichende, kostendeckende Finanzierung essenziell. Unsere Kostenanalysen zeigen, dass den endoskopischen Leistungen Kosten hinterlegt sind, die in einer Umsteuerung in eine Hybrid-DRG einem entsprechenden Erlös gegenüberstehen müssen, denn die Kosten ändern sich voraussichtlich nicht durch eine Neuordnung. Der Anfall eines Zusatzentgeltes kann in der Hybrid-DRG nicht unberücksichtigt bleiben. Aber auch die Einpreisung des ZE in eine Hybrid-DRG kann nicht kostendeckend sein, da diese ZE-gebundenen Leistungen an einer Auswahl von spezialisierten Zentren erbracht werden und damit eine Unterfinanzierung dieser Zentren gegenüber einer Überfinanzierung der Häuser, die die Leistung nicht erbringen, die Folge wäre. Dies wird als Schiefelage bezeichnet und ist einer der Gründe für den Einsatz eines Zusatzentgeltes.

Eine nicht die Kosten deckende Vergütung von Hybrid-DRGs schafft wesentliche Lücken für die Versorgung der Patienten in Deutschland. Durch die Zuordnung der Leistung mittels Grouper zu einer Hybrid-DRG könnte eine gerichtsfeste Argumentationsgrundlage vorliegen, die Zahlung für eine DRG bzw. stationäre Leistungserbringung zu verweigern. Der Leistungserbringer demgegenüber würde gezwungen, ein finanzielles Defizit in Kauf zu nehmen, wenn er sich nicht dem Versorgungsauftrag entzieht. Eine Erlöskalkulation muss zudem den Entwicklungen der Kostenstrukturen in der Zukunft gerecht werden und den Vorgaben des § 115f folgen, dass die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten angepasst wird.

Analog zur Kalkulation des aG-DRG-Systems hat das InEK einen Erlös auf Basis der kalkulierten Kostendaten des Jahres 2022 berechnet [4]. Diese Kosten werden am Ende mit einem Faktor multipliziert, der den Anteil bereits bestehender ambulanter Fälle gegenüber den stationären ins Verhältnis setzt. Dieser Faktor hat für die Leistungen im Startkatalog der Hybrid-DRGs zu erheblichen Abwertungen von bis zu 50 % gegenüber den stationären Erlösen geführt [4]. Ziel dieser Auswirkungsanalyse ist es nicht, eine Erlöskalkulation vorzulegen, sondern vielmehr aus den bisherigen stationären Fällen den Kostenrahmen abzuleiten, der auf Grund der

strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen [13] notwendig ist, um die Leistung weiter erbringen zu können.

Zusammenfassend kann diese Auswirkungsanalyse den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner, die die zukünftige Ausgestaltung der Hybrid-DRG vornehmen, als Impuls für eine Vertiefung des Verständnisses von klinischen Fallkonstellationen bei GAEN-Leistungen und ggf. als Verhandlungsgrundlage dienen. Darüber hinaus soll sie anregen, die Komplexität einer Fallzuordnung möglichst zu reduzieren. Eine Ausgliederung von Leistungen ohne die Einbeziehung von Fachexperten erscheint dabei äußerst schwierig. Auf Basis der von der DGVS definierten strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen und dem DGVS-Leistungskatalog können Leistungen sinnvoll aus den vorgeschlagenen DRGs in eine Hybrid-DRG ausgegliedert werden. Die Ableitung eines Kostenrahmens aus den bisherigen stationären Kosten ist möglich und sollte als Diskussionsgrundlage für den Hybrid-DRG-Katalog 2025 dienen. Die Erlöse müssen die entstehenden Kosten deutlich überschreiten, damit die Ambulantisierung umgesetzt werden kann.

## Interessenkonflikt

Keiner der Autoren erklärt einen Interessenkonflikt. Die inspiring-health GmbH (Markus Rathmayer, Wolfgang Heinlein) erfasst und berechnet auf Honorarbasis die §-21-KHEntgG-Datensätze der am DGVS-DRG-Projekt teilnehmenden Häuser.

## Literatur

- [1] AOP-Katalog 2024 – Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (01.01.2024). Zugriff am 24.02.2024 unter [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.3.\\_Ambulante\\_Verguetung/2.2.3.2.\\_Ambulantes\\_Operieren\\_115b\\_SGB\\_V/AOP-Katalog\\_2024.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3._Ambulante_Verguetung/2.2.3.2._Ambulantes_Operieren_115b_SGB_V/AOP-Katalog_2024.pdf)
- [2] cmk/aerzteblatt.de. Hybrid-DRG offiziell gescheitert, DKG gegen sofortige Einführung. Deutsches Ärzteblatt 2023. 2023
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) (19.12.2023). Zugriff am 24.02.2024 unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/H/Hybrid-DRG-V\\_VO\\_mit\\_Begruendung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hybrid-DRG-V_VO_mit_Begruendung.pdf)
- [4] InEK GmbH. Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024. Klassifikation, Katalog, Bewertungsrelationen (21.12.2023). Zugriff am 06.03.2023 unter <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-ag-drg-systems-fuer-2024>
- [5] Leifeld L, Denzer U, Frieling T et al. Qualität in der Gastroenterologie – „Vorschläge der Kommission Qualität der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zur ambulanten und stationären Qualitätssicherung“. Z Gastroenterol 2021; 59: 665–676. doi:10.1055/a-1451-6350
- [6] Denzer U, Beilenhoff U, Eickhoff A et al. S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie, AWMF Register Nr. 021–022. Z Gastroenterol 2015; 53: E1–E227. doi:10.1055/s-0041-109598
- [7] Leifeld L, Denzer U, Frieling T et al. Strukturelle, prozedurale und personelle Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Erbringung endoskopischer gastroenterologischer Leistungen. Z Gastroenterol 2023; 61: 799–809. doi:10.1055/a-2105-4995

- [8] Rathmayer M, Scheffer H, Braun M et al. Verbesserung der Kostenkalkulation in der Gastroenterologie durch Einführung eines neuen Leistungskatalogs für alle endoskopischen Prozeduren. *Z Gastroenterol* 2015; 53: 183–198
- [9] GKV-Spitzenverband B, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) (19.12.2023). Zugriff am 11.03.2024 unter <https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag.pdf>
- [10] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH. aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024 Definitionshandbuch, Band 4. Definitionshandbuch Band 4 (DRGs Q01Z-749Z) 2023. 2023
- [11] Rathmayer M, Heinlein W, Wagner T et al. Kosten potenziell ambulant erbringbarer endoskopischer Leistungen in Fällen mit 1-Tages-Verweildauer gegenüber einer längeren Verweildauer. *Z Gastroenterol* 2023. doi:10.1055/a-2016-9196
- [12] Rathmayer M, Heinlein W, Reiß C et al. Kosten endoskopischer Leistungen der Gastroenterologie im deutschen DRG-System – 5-Jahres-Kostendatenanalyse des DGVS-Projekts. *Z Gastroenterol* 2017; 55: 1038–1051. doi:10.1055/s-0043-118350
- [13] Albert JG, Leifeld L, Lynen Jansen P et al. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), der Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) und des Berufsverbands der niedergelassenen Gastroenterologen (bng) zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) und zu Gesetzesänderungen zu § 115f SGB V im Rahmen des Omnibus-Gesetzverfahrens PflStudStG (26.10.2023). Zugriff am 24.02.2024 unter [https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/10/B-STN-DGVS\\_Hybrid-DRG-Verordnung\\_26.10.2023.pdf](https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/10/B-STN-DGVS_Hybrid-DRG-Verordnung_26.10.2023.pdf)
- [14] InEK GmbH. InEK Datenbrowser. Datenjahr 2023 – Unterjährige Datenerlieferung Januar bis Dezember 2023. Zugriff am 04.03.2024 unter <https://datenbrowser.inek.org/>
- [15] DGVS – Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. DGVS Leistungskatalog – DGVS – Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (05.09.2023). Zugriff am 24.02.2024 unter <https://www.dgvs.de/aus-dem-fach/gesundheitsoekonomie/publikationen-hilfen/dgvs-leistungskatalog/>