

An

Herrn Christian Leber  
Leiter Referat 226  
Bundesminister für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin  
226@bmg.bund.de

Berlin, 26. Oktober 2023

**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**

Sehr geehrter Herr Leber,  
sehr geehrte Damen und Herren,

sehr gerne beziehen wir Stellung bezüglich der

- Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V); Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Bearbeitungsstand: 21.09.2023
- Gesetzesänderungen zu §115f SGB V im Rahmen ‚Omnibus-Gesetzverfahren‘ PflStudStG; 22.09.2023

Grundsätzlich begrüßen wir die Möglichkeit, dass sich durch eine Hybrid-DRG bisher stationär erbrachte Krankenhausleistungen in einer Sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur abbilden lassen werden.

Für eine erweiterte Leistungsauswahl werden im Referentenentwurf bereits Leistungen aus DRGs, die im Wesentlichen durch die Erbringung von endoskopischen Leistungen definiert sind, vorgesehen. Hier finden sich endoskopische Eingriffe an den Gallenwegen (ERCP; H41D, H41E) und andere endoskopische Leistungen (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z).

Die vorgeschlagenen Änderungen des §115f (PflStudStG), auch nicht im AOP-Katalog enthaltene Leistungen in die Hybrid-DRG aufnehmen zu können, ist zu begrüßen, muss aber im Einzelfall medizinisch sinnvoll sein und entsprechend geprüft werden. Im konkreten Fall schlagen wir eine Aufnahme der Prozeduren in den Leistungsbereichen in der Folge, Anlage 1, vor. Ohne die Aufnahme dieser Leistungen in die Hybrid-DRG wird eine Patientenbehandlung außerhalb eines klinisch sinnvollen Behandlungszusammenhang gestellt. So muss beispielsweise die endoskopische Ultraschalluntersuchung (EUS) zwingend als Bestandteil der Abklärung eines Gallensteinleidens betrachtet werden und eine Hybrid-DRG,

#### 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](mailto:info@dgvs.de)  
Web: [www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)

#### KONTOVERBINDUNG

Deutsche Bank Lübeck  
IBAN DE94 2307 0700 0750 2339 00  
BIC DEUTDE33

#### VORSTAND

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer  
Präsident

Prof. Dr. med. Matthias Ebert  
Finanzen

Prof. Dr. med. Ansgar W. Lohse  
Kongresspräsident 2023

Prof. Dr. med. Jörg Albert  
Gesundheitsökonomie

Dr. med. Peter Buggisch  
Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Ulrike Denzer  
Leitlinien und Stellungnahmen

Prof. Dr. med. Martin Götz  
Vors. Sektion Endoskopie 2023

Prof. Dr. med. Helmut Messmann  
Sekretär Sektion Endoskopie

PD Dr. med. Birgit Terjung  
Öffentlichkeitsarbeit

H41D/E' kann nicht ohne diese Leistung klinisch sinnvoll umgesetzt werden – so ist sie in der H41E mit ca. 50% häufiger vertreten als die ERCP mit ca. 25% der Fälle.

Wir verweisen darüber hinaus auf die aktuellen Stellungnahmen (s. u.) und die Leitlinien unserer Fachgesellschaft ([www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)).

Im Folgenden beziehen wir zu ausgewählten Punkten des Entwurfes Stellung:

*§ 4 (2) Ist für eine in Anlage 1 genannte Leistung eine in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG gemäß Absatz 1 Satz 1 berechnungsfähig, ist eine anderweitige Abrechnung der Leistung ausgeschlossen.*

**Stellungnahme:** Der grundsätzliche Ausschluss einer stationären Leistungserbringung von Leistungen, die in der Hybrid-DRG enthalten sind, mag für ausgewählte, elektive Eingriffe möglich sein. Für den konkreten Patienten im Behandlungsfall nimmt die in einer Prozedur abgebildete Leistung allerdings keine Rücksicht auf die Erkrankung desselben und auch nicht auf Komorbiditäten. Insofern wird ein Ausschluss einer stationären Leistungserbringung bei Patienten mit Komorbidität oder schwerer – etwa infektiöser – Erkrankung zu einer Versorgungslücke bei diesen Patienten in dieser Leistung führen. Ein Beispiel: Eine Gallensteinentfernung kann ambulant oder mit einer Übernachtung beim unkompliziert erkrankten Patienten erfolgen. Wenn der Gallenstein allerdings zur Abklärung einer Gallenwegsentzündung (Cholangitis) mit Blutvergiftung (Sepsis) geführt hat, muss dieser umso mehr behandelt werden – dies aber selbstverständlich stationär im Krankenhaus.

**Vorschlag:** Alle notfällig behandelten Patienten sind zur stationären Leistungserbringung zugelassen, unabhängig davon, ob diese Leistung im Hybrid-DRG Katalog aufgeführt ist. Auch Patienten mit Komorbiditäten bzw. entsprechenden Kontextfaktoren oder entsprechender sozialer Indikation müssen stationär behandelbar bleiben.

Dieser Hinweis muss an dieser Stelle in den Text der Verordnung eingefügt werden.

*§ 4 (2) Abweichend von Satz 1 sind Krankenhäuser gemäß § 1 berechtigt, Zusatzentgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG gesondert zu berechnen.*

**Stellungnahme:** Eine Beschränkung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten auf Dialysebehandlungen und Versicherte mit Hämophilie schränkt die Leistungserbringung im Rahmen der Hybrid-DRG möglicherweise unzulässig ein, wenn beispielsweise bisher über Zusatzentgelte finanzierte selbst-expandierbare Metallstents (ZE2023-54) damit einer Abrechenbarkeit entzogen sein sollten.

**Vorschlag:** Zusatzentgelte für selbst-expandierbare Metallstents (ZE2023-54) bleiben erstattungsfähig.

Im Folgenden (**vgl. Anhang 1**) beziehen wir zu den ausgewählten DRG (H41D, H41E, G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z) der erweiterten Leistungsauswahl des Entwurfes Stellung. Eine Möglichkeit, im Rahmen der Hybrid-DRG endoskopische Leistungen zu kombinieren (z.B. 3-056 (EUS) und 1-632.0 (ÖGD)) und endoskopische Leistungen mit radiologischen Leistungen (z.B. CT, MRT, MRCP) zu kombinieren, erscheint besonders sinnvoll.

Abschließend ist zu betonen, dass entsprechend § 115f SGB V auch zukünftig ein kalkuliertes Entgelt zu berechnen ist: *„Die [...] vereinbarte Vergütung ist für jede [...] Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren“*.

**Stellungnahme:** Ein Umsetzungshinweis für ein kalkuliertes Entgeltsystem im Bereich des §115f ist im Referentenentwurf nicht zu erkennen. Eine Verzögerung in der Umsetzung eines kalkulierten Entgeltsystems wird schon kurzfristig eine nicht-leistungsgerechte Vergütung zur Folge haben.

**Vorschlag:** § 5 (Abrechnungsverfahren) ist um Punkt (5) zu ergänzen, der den Auftrag an das InEK für eine Umsetzung eines kalkulierten Entgeltsystems im Bereich §115f erteilt.

Wie bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen für den weiteren Austausch jederzeit zur Verfügung. Es ist und ein großes Anliegen, das ambulante Potential unseres Fachgebietes im Sinne der Patienten auszuschöpfen, ohne dass dabei Qualitätsverluste und Fehlanreize in der Versorgung entstehen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Jörg Albert  
DGVS Vorstand Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. med. Ludger Leifeld  
Vorsitzender der Kommission Qualität der DGVS

PD Dr. med. Petra Lynen Jansen  
DGVS Geschäftsführung

Prof Dr. med. Thomas Frieling  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK)

Dr. med. Ulrich Tappe  
Vorstand Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen (bng)

**Anhang 1:** Liste der Prozeduren aus dem gastroenterologischen Leistungsbereich, die in den Katalog der Hybrid-DRG aufgenommen werden sollten, bzw. die nicht für eine Aufnahme in den Katalog geeignet sind.

Für eine Aufnahme in den Katalog der Hybrid-DRG schlagen wir – neben den bereits im AOP-Katalog enthaltenden Prozeduren - folgende Prozeduren aus dem **Leistungsbereich ERCP (H41D, H41E)** vor, auch wenn Sie außerhalb des AOP-Katalogs stehen sollten:

- 5-513.hx Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen
- 5-513.fx Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen
- 5-513.s Verwendung eines Einmal-Duodenoskops
- 5-513.t Wiedereröffnung eines Stents oder einer Prothese
- 3-055 Endosonographie der Gallenwege
- 3-056 Endosonographie des Pankreas)
- 3-054 Endosonographie des Duodenums
- Alle 1-44x
  - 1-445 (Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt), 1-446, 1-447, 1-448.-, 1-449
- 1-632.0 Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
- 3-843.0 Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung
- 3-804 Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
- 1-440.9 Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
- 3-030 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
- 3-035 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer
- Auswertung
- 8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
- 5-501.43 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Perkutan
- 5-514.b3 Andere Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material: Perkutan-transhepatisch
- 3-13c.1 Cholangiographie: Perkutan-transhepatisch [PTC]
- 8-154.1 Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes: Leber

**Nicht** in einen Leistungsbereich ERCP (H41D, H41E) aufgenommen werden sollten folgende, aktuell in diesen DRGs auch nicht enthaltene Leistung:

- PTC-D-Erstanlage: 5-514.53 Einlegen einer Drainage: Perkutan-transhepatisch

In einen Leistungsbereich intestinale Endoskopie (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z) aufgenommen werden **sollten** – neben den bereits im AOP-Katalog enthaltenden Prozeduren – folgende, aktuell in diesen DRGs enthaltene Leistungen:

- Alle 1-44x
  - Z.B. 1-442.0 Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber
  - Z.B. 1-442.2 Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pankreas
- 1-845 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber
- 3-058 Endosonographie des Rektums
- 3-051 Endosonographie des Ösophagus
- 3-053 Endosonographie des Magens
- 3-054 Endosonographie des Duodenums
- 3-057 Endosonographie des Kolons
- 3-05a Endosonographie des Retroperitonealraumes
- 3-805 Native Magnetresonanztomographie des Beckens
- 3-82a Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
- 3-825 Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
- 3-846 Magnetresonanztomographie der Leber zur Bestimmung des Eisengehaltes
- 1-631.0 Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
- 5-451.92 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation
- 1-315 Anorektale Manometrie
- 1-313 Ösophagusmanometrie
- 1-853.2 Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion
- 8-153 Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
- 3-030 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
- 3-035 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung

**Nicht** in einen Leistungsbereich intestinale Endoskopie (G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z) aufgenommen werden sollten folgende, aktuell in diesen DRGs zum Teil enthaltene Leistungen:

- Verfahren der Endoskopischen submukosalen Dissektion [ESD]
  - Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
    - 5-433.24 (Magen)
    - 5-451.74 (Dünndarm)
    - 5-452.64 (Dickdarm)
    - 5-452.b4 (Dickdarm)
    - 5-482.g (ESD Rektum)
    - 5-482.11 (Rektum)
- Verfahren der Endoskopischen Vollwandexzision [EFTR]
  - 5-433.25 (Magen)
  - 5-452.65 (Dickdarm)

- 5-452.b5 (Dickdarm)
- 5-451.75 (Dünndarm)
- 5-451.c4 (Dünndarm)
- 5-482.81 (Rektum)
- Behandlungen bei Patienten mit einer gastrointestinalen Blutung sollen nicht im Rahmen einer Hybrid DRG erbracht werden; diese sind teilweise in den DRG G67C, G67 B und G67 A enthalten. Diese Leistungen erfordern eine stationäre Behandlung
- Erstanlage einer PEG Sonde:
  - 5-431.20 Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode
  - 5-431.21 Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie
- 5-429.a Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen

Derzeit sind nicht in den DRG G47B, G67A, G67B, G67C, G71Z enthalten, und sollten nicht in den Bereich Hybrid-DRG aufgenommen werden alle Prozeduren, die mit einem Zusatzkode *Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser* versehen sind:

- 5-422.6
- 5-433.6
- 5-452.a
- 5-451.b
- 5-482.f

Diese Leistungen erfordern eine stationäre Behandlung.

Diese Empfehlungen basieren auf Grundlage der Publikation „Strukturelle, prozedurale und personelle Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Erbringung endoskopischer gastroenterologischer Leistungen“ der DGVS (Leifeld et al. Z Gastro 2023, 61:799-809, [https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/08/ZfG-07\\_2023-STN-sektoreuebergreifende-Erbringung-von-Leistungen-gastroenterologische-Endoskopie.pdf](https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/08/ZfG-07_2023-STN-sektoreuebergreifende-Erbringung-von-Leistungen-gastroenterologische-Endoskopie.pdf))