

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2023 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2021/2023 und 2022/2023 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die aG-DRG-Version 2021/2023 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2021 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2021 und OPS Version 2021) mit dem im Jahr 2023 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2022/2023 der Verarbeitung von Daten aus 2022 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2022 und OPS Version 2022) mit dem im Jahr 2023 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus.

Diese Grouperversionen sind insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung von Bedeutung.

Da die vergangenen Datenjahre stark durch den Einfluss der COVID-19-Pandemie geprägt sind, wird die Leistungsplanung für das Jahr 2023 auf Basis dieser Daten erschwert. Unabhängig vom aktuellen Geschehen beeinflussen grundsätzlich Änderungen des Grouperalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen die Aussagekraft des Grouperergebnisses. Hier ist zu unterscheiden zwischen Parametern, die im Datenjahr noch nicht erfasst werden konnten (z. B. für 2023 neu eingeführte OPS-Kodes) und Parametern, die im Datenjahr noch nicht gruppierungsrelevant waren und daher möglicherweise unvollständig oder fehlerhaft erfasst worden sind.

Eine unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der aG-DRG-Version 2021/2023 für die Daten aus 2021 bzw. der aG-DRG-Version 2022/2023 für die Daten aus 2022 ist deshalb nicht zu empfehlen.

Insbesondere sollten die folgenden Punkte bedacht werden:

(Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wird bei Bedarf ergänzt. Bitte beachten Sie die Aktualisierungsstände der einzelnen Hinweise. Nicht aus allen genannten Punkten muss sich zwingend ein Handlungsbedarf ergeben.)

1. Änderungen der Prozedurenklassifikation (OPS)

1.1. Neue oder geänderte Kodes im OPS Version 2022

1.1.1. Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten (Stand: 29.11.2022)

Teilstationäre Leistungen sind gemäß der Fallpauschalenvereinbarung mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhauses individuell vereinbart worden sind. Seit der aG-DRG-Version 2021 werden bestimmte pädiatrische, teilstationär erbrachte Leistungen in den z.Zt. noch unbewerteten DRGs der MDC 25 *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung* abgebildet. Die Eingruppierung in diese DRGs erfolgt zum Teil über bereits seit Jahren etablierte OPS-Kodes in Kombination mit den in diesem Zusammenhang neu in den OPS-Version 2021 aufgenommenen

Zusatzcodes für die *Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* (1-999.3) oder die *Teilstationäre pädiatrische Behandlung mit/ohne Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* (9-985.*).

So werden in der DRG 748Z *Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär* Fälle mit einer *Teilstationären pädiatrischen Behandlung: Ohne Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit* (9-985.0) in Kombination mit bestimmten therapeutischen Injektionen (8-020) oder der intravenösen Gabe bestimmter Medikamente, z.B. im Rahmen einer Chemotherapie oder mit Transfusionen, z.B. von Erythrozytenkonzentraten, abgebildet.

Für den OPS Version 2022 wurde ein neuer Primärkode für die *Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen* (8-01a) eingeführt und die Definition der DRG 748Z um diesen Kode erweitert. Damit können ab der aG-DRG-Version 2022 beispielsweise auch Fälle mit parenteralen Medikamentengaben bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen abgebildet werden, wenn spezifische, (meist) substanzbezogene Codes fehlen. Bisher konnten diese Fälle in der Folge nicht mit dem Zusatzkode 9-985.0 verschlüsselt und damit auch nicht in der DRG 748Z abgebildet werden.

Für die Leistungsplanung auf Basis der Datenjahre 2021 bzw. 2022 ist zu beachten, dass für eine Abschätzung der teilstationären Fälle, die ab 2022 der DRG 748Z zugeordnet werden können, ggf. weitere über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen.

1.1.2. Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Stand: 29.11.2022)

Im OPS Version 2022 erfolgte eine Erweiterung der Mindestmerkmale für den Codebereich 1-941 *Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neoplasien*. Dieser Kode ist v.a. innerhalb der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* erlösrelevant.

Die Liste der Erkrankungen, die entsprechend der Mindestmerkmale die Kodierung einer entsprechenden Diagnostik über den Codebereich 1-941 ermöglicht, wurde erweitert um die Diagnosen für *Follikuläres Lymphom* (C82.-), *Nicht follikuläres Lymphom* (C83.-), *Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome* (C84.-), *Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms* (C85.-), *Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome* (C86.-) und *Bösartige immunproliferative Krankheiten* (C88.-).

Für die Leistungsplanung 2023 ist zu beachten, dass bei einer Kodierung gemäß OPS Version 2022 in der MDC 17 ggf. eine andere Eingruppierung von Fällen mit dieser Leistung resultieren kann, als eine Analyse auf Basis von Daten aus dem Jahr 2021 vermuten lässt.

1.1.3. Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie (Stand: 29.11.2022)

Die *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie* ist innerhalb der MDC 05 in verschiedenen DRGs gruppierungsrelevant. Insbesondere ist dies eines der Verfahren, über den die Zuordnung zu den verschiedenen „PTCA“-DRGs (z.B. Basis-DRG F58) definiert wird.

Konnte eine PTCA nicht durchgeführt werden und musste abgebrochen werden, obwohl schon ein Führungskatheter angelegt wurde und eine Sondierung des Zielgefäßes mit diesem erfolgt war, gab es hierfür keinen spezifischen Leistungsbezeichner. Die allgemeine Kodierrichtlinie P004 *Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur* regelt unter anderem, wie die betroffenen Fälle zu kodieren sind, wenn kein spezifischer Code für eine misslungene Prozedur existiert. Ist beispielsweise die schon erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodierbar, so wird nur die Teilleistung verschlüsselt. Die Fälle konnten bei Kodierung eines diagnostischen Herzkatheterverfahrens der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik [...] zugeordnet werden* oder ggf. auch in DRGs der medizinischen Partition eingruppiert werden. Im OPS-Version 2022 wurde der Hinweistext für den Codebereich 8-837.0 dahingehend geändert, dass der Code 8-837.00 (Ballon-Angioplastie, eine Koronararterie) auch dann anzuwenden ist, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie die Anlage eines Führungskatheters und die Sondierung des Zielgefäßes mit einem Führungsdraht erfolgt ist.

Bei der Leistungsplanung auf Basis des Datenjahrs 2021 müssen ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden um die Zahl der Fälle abzuschätzen, die bei Kodierung gemäß OPS Version 2022 bzw. 2023 den „PTCA“-DRGs zugeordnet werden.

1.1.4. Chemotherapie (Stand: 29.11.2022)

Für den OPS Version 2022 wurde die Kodierung von zytostatischen Chemotherapien mit Codes aus dem Bereich 8-54 *Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* weitreichend umstrukturiert.

Bis einschließlich OPS Version 2021 standen für die Kodierung von zytostatischen Chemotherapien im Wesentlichen vier Codebereiche zur Verfügung, die nach den folgenden Attributen differenziert waren:

8-541 *Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren*

- Kodierung einer lokalen Chemotherapie.
- Codebereich ist differenziert nach Lokalisation z.B. „intrathekal“, „intraperitoneal“, „in die Harnblase“ etc.

8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie*

- Kodierung einer ein-oder mehrtätigen nicht komplexen Chemotherapie.
- Codebereich ist differenziert nach Anzahl der Tage und Medikamente.

8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

- Kodierung z.B. einer 2- bis 4-tägigen Blockchemotherapie.
- Codebereich ist differenziert nach Anzahl der Tage und Medikamente.

8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

- Kodierung z.B. einer 5- bis 8-tägigen Blockchemotherapie.
- Codebereich ist differenziert nach „ein“ bzw. „zwei“ Chemotherapieblöcke während eines Aufenthaltes.

Die Codebereiche 8-542 bis 8-544 sind im G-DRG-System über eine Ihrem Inhalt entsprechende Zuordnung zu den Splitkriterien „hochkomplex“ „mittelgradig komplex“ und „nicht komplex“ insbesondere in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* erlösrelevant.

Ab 2022 werden mit dem Codebereich 8-542 weniger komplexe Eintagestherapien mit 1 bzw. zwei Substanzen kodiert. Mit Codes aus 8-543 werden komplexe Eintagestherapien mit mehr als zwei Substanzen oder Mehrtagestherapien kodiert. Der Codebereich 8-544 ist zukünftig der Kodierung hochkomplexer Therapien vorbehalten. Dabei handelt es sich um Chemotherapien bei denen mindestens zwei Substanzen innerhalb eines Therapieblockes von mindestens fünf Tagen subkutan oder intravenös verabreicht oder spezifische Chemotherapieprotokolle angewendet werden. Diese erfordern in der Regel einen stationären Aufenthalt über die Tage der Applikation hinaus.

Schon für das aG-DRG-System 2022 wurden die Änderungen der Kodierung durch eine vorbereitende Anpassung des Grupperalgorithmus an die Kodierung im Jahr 2022 durch einen entsprechenden Umbau vorweg genommen. Die umfangreichen Änderungen erfolgten hauptsächlich innerhalb der MDC 17. So wurden beispielsweise Prozeduren für „nicht komplexe“ und „mittelgradig komplexe“ Chemotherapien mit mindestens zwei Medikamenten an mindestens 5 Tagen den Codes für „hochkomplexe“ Chemotherapie gleichgestellt, da sie ab 2022 mit dem gleichen Code zu verschlüsseln sind. Auch wurden „Nicht komplexe“ Chemotherapien mit 1 Medikament an zwei bis sieben Tagen den entsprechenden Codes für „mittelgradig komplexe“ Chemotherapien gleichgestellt. Weitere detaillierte Informationen zur Änderung der Kodierung von zytostatischen Chemotherapien finden sich im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2022 in Kapitel 3.3.2.27 „Zytostatische Chemotherapie“.

Trotz der umfangreichen Vorabanpassungen ist eine veränderte Zuordnung einzelner Fälle in 2022 bzw. in 2023 nicht sicher auszuschließen, schon allein, weil die umfangreichen inhaltlichen Änderungen (z.B. durch Streichung der Beispiellisten) bei bestimmten Therapien zu Unterschieden in der Anwendung der Codes führen können, die nicht der klassifikatorischen Überleitung entspricht. Für die Leistungsplanung ist daher zu beachten, dass onkologische Fälle in 2023 in Einzelfällen – trotz der oben aufgeführten Anpassungen – ggf. anders eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis der Daten der Jahre 2021 erwarten lässt.

1.1.5. System zur Stimulation des Leitungssystems (Stand: 29.11.2022)

Bei der Verwendung eines Stimulators, der direkt das intrakardiale Reizleitungssystem, z.B. HIS- Bündel aktiviert, gab es in der Vergangenheit vereinzelt Unsicherheit über die korrekte Kodierung. Der Einsatz eines entsprechenden Stimulationssystems wurde, mangels eines spezifischeren Codes häufig über die Prozeduren für die Implantation eines Zweikammer oder Dreikammersystems kodiert, z.B. 5-377.2 *Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde*. Die Zuordnung zu einem entsprechenden System konnte mitunter nicht eindeutig festgelegt werden.

Ab dem OPS-Version 2022 kann die Implantation eines solchen Stimulationssystems jetzt über die Codes:

5-377.n0 *Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: System zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 2 Elektroden*

5-377.n1 *Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: System zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 3 Elektroden*

erfasst werden. Im aG-DRG System 2022 und 2022/2023 wurden diese beiden Prozedurenkodens den Codes für das Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde (5-377.2) bzw. für den Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode (5-377.40) gleichgestellt.

Sollte die Implantation entsprechender Systeme in der Vergangenheit beispielsweise als *Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignisrekorders: Sonstige* (5-377.x) kodiert worden sein, so ist zu beachten, dass in 2023 entsprechende Fälle innerhalb der MDC 05 und dort insbesondere in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* anders eingruppiert werden können, als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2021 erwarten lässt.

1.1.6. Thrombektomie an der Pulmonalarterie (Stand: 29.11.2022)

Bis zum OPS Version 2022 konnten folgende spezifische Verfahren zur mechanischen Entfernung eines Thrombus/Fremdkörpers in der Pulmonalarterie kodiert werden:

8-838.50 *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Fremdkörperentfernung: Pulmonalarterie*

8-838.70 *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Thrombusfragmentation: Pulmonalarterie*

8-838.d0 *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Rotationsthrombektomie: Pulmonalarterie*

Diese Verfahren werden seit dem aG-DRG System 2021 der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax [...] zugeordnet*. Eine „einfache“ Thrombektomie konnte z.B. unspezifisch über den Code 8-838.x0 *(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Sonstige: Pulmonalarterie* erfasst werden. Dieses Verfahren wird im aG-DRG System 2021 der DRG E02A *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC [...] zugeordnet*.

Für den OPS Version 2022 wurde für diese Fälle der Code 8-838.n0 *(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Thrombektomie: Pulmonalarterie* neu etabliert, der vom BfArM auf den Code für sonstige (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen an der Pulmonalarterie (8-838.x0) übergeleitet wurde. Ob eine Thrombektomie an der Pulmonalarterie bisher als „sonstiger“ Eingriff verschlüsselt wurde, ist fraglich. – Es gibt Hinweise darauf, dass in der Vergangenheit entsprechende Fälle vor allem über eine Fremdkörperentfernung an der Pulmonalarterie (8--838.50) oder eine Ballon-Angioplastie an der Pulmonalarterie (8-838.00) kodiert wurden. Aus diesem Grund wurde im aG-DRG System 2022 und 2022/2023 die mechanische Thrombektomie der Fremdkörperentfernung gleichgestellt, d.h. für das aG-DRG System 2022 und 2022/2023 wurde (abweichend von der BfArM-Überleitung) der neue Code 8-838.n0 auf die (perkutan-)transluminale Fremdkörperentfernung an der Pulmonalarterie (8-838.50) übergeleitet und ist damit analog zu den oben aufgeführten Verfahren in der Basis-DRG E05 gruppiertungsrelevant.

Für die Leitungsplanung gilt es zu beachten, dass insoweit in der Vergangenheit Fälle mit einer „einfachen“, mechanischen Thrombektomie über den unspezifischen Code 8-838.x0 erfasst

wurden, bei spezifischer Kodierung in 2023 mehr Fälle in die Basis-DRG E05 eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus dem Jahr 2021 vermuten lässt.

2. Zusatzentgelte (Stand: 29.11.2022)

2.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 29.11.2022)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2023 (FPV 2023) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2023 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2023-203	<i>Gabe von Durvalumab, parenteral</i>
ZE2023-204	<i>Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral</i>
ZE2023-205	<i>Gabe von Polatuzumab Vedotin, parenteral</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2021 oder 2022 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2023 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

2.2. Gestrichene Zusatzentgelte (Stand: 29.11.2022)

Nachfolgende Zusatzentgelte sind für 2023 gestrichen und werden deshalb in den entsprechenden Anlagen der Fallpauschalenvereinbarung 2023 (FPV 2023) nicht mehr aufgeführt.

Bewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt bis 2022	Bezeichnung
ZE17	<i>Gabe von Gemcitabin, parenteral</i>
ZE19	<i>Gabe von Irinotecan, parenteral</i>
ZE44	<i>Gabe von Topotecan, parenteral</i>
ZE63	<i>Gabe von Paclitaxel, parenteral</i>
ZE80	<i>Gabe von Docetaxel, parenteral</i>

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt bis 2022	Bezeichnung
ZE20xx-155	<i>Gabe von Palifermin, parenteral</i>

2.3. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 29.11.2022)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2023 wurde das in 2022 nachfolgend gelistetete, bewertete Zusatzentgelt in ein unbewertetes Zusatzentgelt umgewandelt:

FPV 2022 (Anlage 2 und 5)	FPV 2023 (Anlage 4 und 6)
ZE48 <i>Gabe von Aldesleukin, parenteral</i>	ZE2023-202 <i>Gabe von Aldesleukin, parenteral</i>

Außerdem gilt für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2021 auf 2022 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, in FPV 2023, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2021 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2023 zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgendes, im FP-Katalog 2023 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnetes Zusatzentgelt:

FPV 2023 (Anlage 4 und 6)	FPV 2021 (Anlage 2 und 5)
ZE2023-196 <i>Gabe von Micafungin, parenteral</i>	ZE128 <i>Gabe von Micafungin, parenteral</i>

2.4. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand: 29.11.2022)

Ein vormals unbewertetes Zusatzentgelt wurde für 2023 bewertet:

FPV 2022 (Anlage 4 und 6)	FPV 2023 (Anlage 2 und 5)
ZE2022-160 <i>Gabe von Pembrolizumab, parenteral</i>	ZE171 <i>Gabe von Pembrolizumab, parenteral</i>

2.5. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 29.11.2022)

Für 2023 erfolgte für die Zusatzentgelte ZE105 und ZE106 eine Erweiterung der zu kodierenden und abrechenbaren Anzahl verwendeter Coils von „28 oder mehr Metallspiralen“ auf zukünftig „151 oder mehr Metallspiralen“

2.6. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 29.11.2022)

Nachfolgendes Zusatzentgelt wurde für 2023 differenziert:

FPV 2022 (Anlage 4 und 6)	FPV 2023 (Anlage 4 und 6)
ZE2022-168 <i>Gabe von Daratumumab, parenteral</i>	ZE2023-200 <i>Gabe von Daratumumab, intravenös</i>
	ZE2023-201 <i>Gabe von Daratumumab, subkutan</i>

und die Bezeichnung des unbewerteten Zusatzentgeltes für Hämo-perfusion zu ZE2023-09 *Hämo-perfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen* ergänzt. Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung zur Klarstellung der bereits für 2017 vorgenommenen Erweiterung des genannten Zusatzentgeltes.

2.7. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 29.11.2022)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Kodes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Kodes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Kodes für *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* (8-854.8). Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch kodierbar war, konnte sie nur als "intermittierende Hämodialyse" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Kodes auch – analog dem Vorgängerkode – den Zusatzentgelten ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* zugeordnet. (Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Kodes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE20XX-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Kodes in ein Zusatzentgelt ist jedoch kein automatischer Rückschluss auf die Sachgerechtigkeit der Abbildung und damit etwa auf einen zukünftigen NUB-Status der bezeichneten Leistung möglich.

Sofern eine solche Leistung zukünftig den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalte und somit zusätzlich ein krankenhausesindividuelles Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden könnte, wäre der bereits über Zusatzentgelte vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

2.8. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2023-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 29.11.2022)

In den Anlagen 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2006 ein Zusatzentgelt für die Leistung *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* ausgewiesen. Aufgrund von Rückfragen zur Vorgehensweise bei der Vereinbarung dieses Zusatzentgeltes vor Ort enthält der Fallpauschalenkatalog 2023 folgenden Hinweis zu ZE2023-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“

Mittels Zusatzentgelten soll für bestimmte Leistungen der Mehraufwand vergütet werden, der über die typischen Aufwendungen der DRG, der ein Fall mit einer solchen Leistung zugeordnet wird, hinausgeht. Im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005, der Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten detailliert darstellt, ist dazu (im Hinblick auf die im Fallpauschalenkatalog einheitlich bewerteten Zusatzentgelte) beschrieben:

„Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung [ist] die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.“

Aus Sicht des InEK ist die dargestellte Differenzkostenbetrachtung auch bei einer krankenhausspezifischen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2023-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I42 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anfällt. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2023-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.