

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2024 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2022/2024 und 2023/2024 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die aG-DRG-Version 2022/2024 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2022 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2022 und OPS Version 2022) mit dem im Jahr 2024 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2023/2024 der Verarbeitung von Daten aus 2023 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2023 und OPS Version 2023) mit dem im Jahr 2024 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus.

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

Da die vergangenen Datenjahre noch stark durch den Einfluss der COVID-19-Pandemie geprägt sind, wird die Leistungsplanung für das Jahr 2024 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 Groupenergebnisses. Hier ist zu unterscheiden zwischen Parametern, die im Datenjahr noch nicht erfasst werden konnten (z. B. für 2024 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 2022/2024 für die Daten aus 2022 bzw. der aG-DRG-Version 2023/2024 für die Daten aus 2023 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 2023**

###### **1.1.1. Implantation oder Wechsel eines Zwerchfellschrittmachers (Stand: 15.11.2023)**

Die Kodierung der Implantation eines Schrittmachers zur Stimulation des Zwerchfells ist sowohl über den Codebereich 5-347.6\* *Implantation oder Wechsel eines Zwerchfellschrittmachers* als auch bei direkter Stimulation des N. phrenicus über zwei spezifischere Kodes aus dem Bereich *Andere Operationen an Nerven und Ganglien* (5-059) möglich:

- 5-059.cb *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation bzw.*
- 5-059.db *Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation.*

Die Verwendung der beiden unterschiedlichen Codebereiche war bisher nicht überschneidungsfrei definiert, da für die *Implantation oder den Wechsel eines Zwerchfellschrittmachers* nicht spezifiziert ist, inwieweit die Stimulation über den N. phrenicus oder muskulär erfolgt. Im aG-DRG System sind beide Codebereiche für unterschiedliche (jeweils unbewertete) Zusatzentgelte erlösrelevant. Dies konnte in der Vergangenheit zu Unsicherheiten bei der Abgrenzung der betroffenen Zusatzentgelte ZE20xx-18 *Zwerchfellschrittmacher* und ZE20xx-86 *Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen* führen.

Seit dem OPS Version 2023 ist der Codebereichs 5-347.6\* um ein Exklusivum ergänzt. Bei Verwendung eines entsprechenden Codes ist die gleichzeitige Kodierung eines Systems zur Phrenikusnerv-Stimulation nicht mehr zulässig. Bei der Budgetplanung für 2024 sollte bei einer Zuordnung von Fällen zu den beiden Zusatzentgelten ZE20xx-18 und ZE20xx-86 in den Daten des Jahres 2022 geprüft werden, inwieweit diese von der beschriebenen Kodierunsicherheit betroffen sind.

### **1.1.2. System zur Stimulation des Leitungssystems (Stand: 15.11.2023)**

Für den OPS-Version 2022 wurden bei Verwendung eines Stimulators, der direkt das intrakardiale Reizleitungssystem, z.B. HIS- Bündel aktiviert bereits neue Codes für die Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: *System zur Stimulation des Leitungssystems: ab 2 Elektroden eingeführt*. Diese wurden ab dem aG-DRG-System 2022 den entsprechenden Zwei- bzw. Dreikammer-Systemen gleichgestellt .

Für den OPS Version 2023 wurde dieser Codebereich noch um den Code

*5-377.n2 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: System zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 1 Elektrode*

erweitert. Dieser wurde im aG-DRG-System 2023 einem Einkammer-Schrittmacher gleichgestellt. Diese Zuordnung besteht auch in aG-DRG 2024 fort, da die Fälle mit diesem Code erstmals im Zuge der Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2025 auf Grundlage der Daten der Kalkulationskrankenhäuser daraufhin analysiert werden können, ob diese Zuordnung aufgrund der Kosten der Fälle anzupassen ist.

Sollte die Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 1 Elektrode in der Vergangenheit beispielsweise als *Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignisrekorders: Sonstige (5-377.x)* kodiert worden sein, ist zu beachten, dass in 2024 diese Fälle innerhalb der MDC 05 und dort insbesondere in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* anders eingruppiert werden könnten, als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2022 erwarten lässt.

### 1.1.3. Fixateur externe (Stand: 15.11.2023)

Die Implantation, der Wechsel oder die Explantation eines Fixateur externe kann über OPS-Kodes aus den Bereichen 5-787, 5-78a, 5-790-5-798, 5-79a und 5-79b in Abhängigkeit von der Lokalisation der zu behandelnden Fraktur spezifisch kodiert werden. Damit können die entsprechenden Verfahren differenziert analysiert werden, so dass für das aG-DRG-System eine nach Lokalisation sehr differenzierte Abbildung erfolgt. So führt z.B. im aG-DRG-System 2023 die Kodierung einer *geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe* am Femur distal (5-790.6h) mehrheitlich zu einer Zuordnung von Fällen zur DRG I08D *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...]*, wohingegen eine Kodierung dieses Eingriffs an der Tibia proximal (5-790.6k) mehrheitlich zu einer Zuordnung von Fällen zur höher bewerteten DRG I13A *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff [...]* führt.

Bei mehreren Frakturen an benachbarten Lokalisationen ist eine Überbrückung dieser Frakturen mittels eines einzigen Fixateurs externe möglich, eine spezifische Kodierung etwa über Kombinationskodes bestand jedoch in der OPS Version 2022 nicht.

Durch eine Änderung für den OPS Version 2023 wurde die Kodierung einer Behandlung mit Fixateur externe bei mehreren Frakturen an benachbarten Lokalisationen klargestellt. Die betroffenen Codebereiche wurden um den Hinweis ergänzt:

*„Alle durch den Fixateur externe überbrückten Frakturlokalisationen sind einzeln zu kodieren“*

Für die Leistungsplanung 2024 gilt es zu beachten, dass zur Identifikation der von dieser Regelung betroffenen Fälle in den Daten des Jahres 2022 ggf. über die Kodierung hinaus weitere Informationen hinzugezogen werden müssen, wenn die bisherige Kodierung bei bestimmten Konstellationen nicht dem im Hinweis beschriebenen Vorgehen entsprach.

### 1.1.4. Spondylodese oder Osteosynthese an der Wirbelsäule (Stand: 15.11.2023)

Eingriffe an der Wirbelsäule werden im aG-DRG System vor allem in der MDC 08 und dort im Wesentlichen in den 3 Basis-DRGs I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals*, I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* und I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* differenziert abgebildet. Ein wichtiges Gruppierungsmerkmal ist die Anzahl der von einem Eingriff betroffenen Wirbelsäulensegmente. So werden Fälle mit einer dorsalen Spondylodese bei einem betroffenen Segment mehrheitlich in die DRG I09G *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren [...]* eingruppiert, wohingegen sich entsprechende Fälle mit 3 und mehr Segmenten v.a. in die höher bewertete DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren [...]* oder noch höher bewertete DRGs eingruppierten.

Unter einem Wirbelsäulensegment wird insbesondere eine Bandscheibe mit den angrenzenden Wirbelkörpern und ggf. weiteren beteiligten Strukturen verstanden. Für Bereiche der Wirbelsäule, wo ebenfalls Segmente mit osteosynthetischen Verfahren überbrückt werden können, die jedoch keine Bandscheiben aufweisen, wurden Kodierungsunsicherheiten beschrieben. Dies betrifft z.B. den Segmentbereich C1/C2, aber auch den oberen Übergangsbereich der Wirbelsäule zum Os occipitale und den unteren Bereich mit Übergang zum Os sacrum.

Deshalb wurden für den OPS Version 2023 die Codebereiche für *Spondylodese (5-836)* und *Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule (5-83b)* um folgende Hinweise ergänzt:

*„Halswirbel ohne dazwischenliegende Bandscheibe sind bei der Zählung der Segmente zu berücksichtigen*

*Die knöchernen Strukturen, die mit der Wirbelsäule artikulieren (Occiput, Os sacrum, Os ilium), sind bei der Zählung der Segmente jeweils als 1 Segment zu berücksichtigen“*

Infolge müssen für die Leistungsplanung 2024 ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden um bei entsprechenden Eingriffen aus dem Jahr 2022 eine dem Jahr 2023 bzw. 2024 entsprechende Zählung der betroffenen Wirbelsäulensegmente zu berücksichtigen.

### **1.1.5. Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Stand: 15.11.2023)**

Fälle mit einer Behandlungsdauer von mind. 14 Tagen und einer *neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (8-552)* werden u.a. in der operativen DRG B11Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur* und in den beiden Basis-DRGs der anderen Partition B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage [...]* und B43 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage* abgebildet. Die Möglichkeit zur Kodierung ist mit einer Reihe von Struktur- und Mindestmerkmalen verknüpft. Für 2023 wurden die Strukturmerkmale in diesem Codebereich dahingehend angepasst, dass nicht mehr der Therapiebereich „Neuropsychologie“ gefordert wird, sondern das Vorhandensein des Therapiebereiches „(Neuro-)Psychologie“ ebenfalls dieses Strukturmerkmal erfüllt.

Wird dieses Strukturmerkmal hierdurch zukünftig für einige Häuser, die diesen Behandlungskomplex bisher nicht kodieren konnten, erfüllt, so gilt es für 2024 zu beachten, dass sich ggf. entsprechende Fälle aus der operativen Partition in die DRG B11Z und aus der medizinischen Partition in die Basis DRGs B42 oder B43 verschieben können.

### **1.1.6. Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (Stand: 15.11.2023)**

Die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981)* ist im aG-DRG-System in vielen DRGs, insbesondere in der MDC 01 in den beiden Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* und B70 *Apoplexie* gruppierungsrelevant. Die Kodierung ist, entsprechend anderer Komplexcodes im Codebereich *Sonstige multimodale Komplexbehandlung (8-98)* an verschiedene Strukturmerkmale, u.a. an eine 24 stündige ärztliche Anwesenheit, geknüpft.

Bislang war es mit diesem Strukturmerkmal vereinbar, dass bei der erforderlichen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht bzw. an Wochenenden und Feiertagen: *„[...] der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht“*. Hierbei waren die Begriffe „räumliche Nähe“ und „jederzeit“ jedoch nicht eindeutig definiert.

Ab 2023 ist dieses Strukturmerkmal präzisiert – zulässig ist jetzt, „[...] dass der Arzt der *Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt*“. Die Definition des Standorts wird in der „Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG“ zwischen dem GKV-Spitzenverband KdöR und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. vom 29.08.2017 festgelegt.

Für die Leitungsplanung gilt es zu beachten, dass in Krankenhäusern, die durch diese Änderung das Merkmal der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit ab 2023 bzw. 2024 erfüllen können, sich Fälle durch die Kodierung einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, z.B. innerhalb der Basis-DRG B70 anders abbilden, als auf Basis der Daten des Jahres 2022 zu erwarten wäre.

**2. Zusatzentgelte (Stand: 15.11.2023)**

**2.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 15.11.2023)**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2024 (FPV 2024) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2024 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

**Unbewertete Zusatzentgelte**

<b>Zusatzentgelt</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZE2024-212</b>	<i>Gabe von Idarucizumab, parenteral</i>
<b>ZE2024-213</b>	<i>Gabe von Andexanet alfa, parenteral</i>
<b>ZE2024-214</b>	<i>Gabe von Letermovir, oral</i>
<b>ZE2024-215</b>	<i>Gabe von Letermovir, parenteral</i>
<b>ZE2024-216</b>	<i>Gabe von Avelumab, parenteral</i>
<b>ZE2024-217</b>	<i>Gabe von Apalutamid, oral</i>
<b>ZE2024-218</b>	<i>Gabe von Cemiplimab, parenteral</i>
<b>ZE2024-219</b>	<i>Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung</i>
<b>ZE2024-220</b>	<i>Zusatzaufwand bei Behandlung mit Gabe von CAR-T-Zellen</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2022 oder 2023 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2024 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

**2.2. Gestrichene Zusatzentgelte (Stand: 15.11.2023)**

Nachfolgende Zusatzentgelte sind für 2024 gestrichen und werden deshalb in den entsprechenden Anlagen der Fallpauschalenvereinbarung 2024 (FPV 2024) nicht mehr aufgeführt.

**Unbewertete Zusatzentgelte**

<b>Zusatzentgelt bis 2023</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZE2023-59</b>	<i>Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral</i>
<b>ZE2023-60</b>	<i>Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral</i>
<b>ZE2023-70</b>	<i>Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab tiuxetan, parenteral</i>
<b>ZE2023-174</b>	<i>Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal</i>

**2.3. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 15.11.2023)**

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2024 wurden die in 2023 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte in unbewertete Zusatzentgelte umgewandelt:

<b>FPV 2023 (Anlage 2 und 5)</b>	<b>FPV 2024 (Anlage 4 und 6)</b>
<b>ZE97 Gabe von Natalizumab, parenteral</b>	<b>ZE2024-206 Gabe von Natalizumab, parenteral</b>
<b>ZE113 Gabe von Itraconazol, parenteral</b>	<b>ZE2024-207 Gabe von Itraconazol, parenteral</b>
<b>ZE117 Gabe von Trabectedin, parenteral</b>	<b>ZE2024-208 Gabe von Trabectedin, parenteral</b>
<b>ZE143 Gabe von Plerixafor, parenteral</b>	<b>ZE2024-209 Gabe von Plerixafor, parenteral</b>
<b>ZE154 Gabe von Eculizumab, parenteral</b>	<b>ZE2024-210 Gabe von Eculizumab, parenteral</b>
<b>ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös</b>	<b>ZE2024-211 Gabe von Tocilizumab, intravenös</b>

Außerdem gilt für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2022 auf 2023 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, in FPV 2024, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2022 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2024 zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgendes, im FP-Katalog 2024 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnetes Zusatzentgelt:

FPV 2024 (Anlage 4 und 6)	FPV 2022 (Anlage 2 und 5)
<b>ZE2024-202</b> <i>Gabe von Aldesleukin, parenteral</i>	<b>ZE48</b> <i>Gabe von Aldesleukin, parenteral</i>

#### 2.4. Änderung von unbewerteten in bewertete Zusatzentgelte (Stand: 15.11.2023)

Die nachfolgend gelisteten, vormals unbewerteten Zusatzentgelte wurde für 2024 bewertet

FPV 2023 (Anlage 4 und 6)	FPV 2024 (Anlage 2 und 5)
<b>ZE2023-184</b> <i>Gabe von Atezolizumab, parenteral</i>	<b>ZE172</b> <i>Gabe von Atezolizumab, parenteral</i>
<b>ZE2023-185</b> <i>Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i>	<b>ZE173</b> <i>Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i>
<b>ZE2023-186</b> <i>Gabe von Venetoclax, oral</i>	<b>ZE174</b> <i>Gabe von Venetoclax, oral</i>
<b>ZE2023-197</b> <i>Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters</i>	<b>ZE175</b> <i>Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters</i>

#### 2.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 15.11.2023)

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.

## **2.6. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2024-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 15.11.2023)**

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 2024 folgenden Hinweis zu ZE2024-41:

„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 krankenhausesindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2024-41 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 ZE2024-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.