

## **Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2025 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2023/2025 und 2024/2025 bzw. den darauf beruhenden Groupern**

Die aG-DRG-Version 2023/2025 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2023 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2023 und OPS Version 2023) mit dem im Jahr 2025 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2024/2025 der Verarbeitung von Daten aus 2024 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2024 und OPS Version 2024) mit dem im Jahr 2025 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus.

Diese Grouperversionen sind insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung von Bedeutung. Grundsätzlich ist zu beachten, dass Änderungen des Grouperalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen die Aussagekraft des Grouperergebnisses beeinflussen. Hier ist zu unterscheiden zwischen Parametern, die im Datenjahr noch nicht erfasst werden konnten (z. B. für 2025 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 2023/2025 für die Daten aus 2023 bzw. der aG-DRG-Version 2024/2025 für die Daten aus 2024 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 Diagnosenklassifikation (ICD)**

##### **1.1. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2024**

###### **1.1.1. Pulmonale Hypertonie (Stand: 04.11.2024)**

Bislang konnte die Abbildung von Fällen mit einer pulmonalen Hypertonie im aG-DRG-System differenziert nach der Ätiologie in eine primäre (u.a. idiopathisch, genetisch bedingt) oder sekundäre (Folge einer anderen Grunderkrankung, z.B. Lungenembolie) Hypertonie erfolgen. Fälle mit einer pulmonalen Hypertonie werden im aG-DRG-System innerhalb der MDC 05 bei konservativer Behandlung grundsätzlich in der Basis-DRG F75 *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems* abgebildet. Wenn jedoch im Rahmen der Behandlung auch eine invasive Diagnostik, z.B. eine Herzkatheteruntersuchung, erfolgt, werden im aG-DRG-System 2023 Fälle mit primärer Hypertonie in Abhängigkeit der durchgeführten Eingriffe in die höher bewerteten DRGs F49E oder F eingruppiert, wohingegen die Diagnose sekundäre Hypertonie innerhalb der Basis-DRG F49

nicht gruppierungsrelevant ist und diese Fälle ggf. in der DRG F49G *Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt [...] Alter > 17 J [...]* abgebildet werden.

Für die ICD-10-GM Version 2024 wurde der Codebereich I27.- *Sonstige pulmonale Hypertonie* überarbeitet und die beiden Codes I27.0 *Primäre pulmonale Hypertonie* und I27.2 *Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie* ausdifferenziert. Diese Änderung stützt sich auf die aktuell in den Leitlinien verwendete Nomenklatur, die sich wiederum v.a. auf eine Kombination aus zugrunde liegenden Pathomechanismen, hämodynamischen Merkmalen und Therapieoptionen stützt. Sie verabschiedet sich in Teilen von der bisher üblichen Einteilung in primäre und sekundäre Hypertonie. Die neu etablierten Codes aus dem für 2024 differenzierten Codebereich I27.0- *Primäre pulmonale Hypertonie* wurden vom BfArM (Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte) auf den undifferenzierten Code I27.0 übergeleitet und sind im aG-DRG-System 2024 und in Folge auch dem aG-DRG-System 2025 in der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* ebenfalls gruppierungsrelevant. In der neuen Einteilung kann es jedoch zu inhaltlichen Überschneidungen zur alten Differenzierung kommen. Betroffen hiervon sind vor allem die beiden neu etablierten Codes I27.01 *Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]* und I27.02 *Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]*. So ist es möglich, dass Fälle, die bisher über den Diagnoseschlüssel für *Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie* erfasst wurden, zukünftig mit einem Code aus dem Bereich I27.0- zu kodieren sind.

Deshalb gilt es bei der Leistungsplanung für 2025 zu beachten, dass Fälle mit pulmonaler Hypertonie sich innerhalb der Basis-DRG F49 anders eingruppiieren könnten, als dies anhand der Daten aus dem Jahr 2023 zu erwarten ist.

### **1.1.2. Posturales Tachykardiesyndrom [PoTS] (Stand: 04.11.2024)**

In der ICD-10-GM Version 2024 wurde ein spezifischer Code etabliert für das *Posturale Tachykardiesyndrom* (G90.80). Dafür wurde der Code G90.8 *Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems* differenziert. Die Überleitung des Codes G90.80 wurde vom BfArM (Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte) auf den Code G90.8 vorgenommen. Fälle mit der Hauptdiagnose G90.80 wären damit in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und bei konservativer Behandlung in der Basis-DRG B71 *Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven* abgebildet worden. Als Synonym findet sich in der Literatur auch die Bezeichnung „Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom“. Ein Hinweis auf die Frage, wie diese Erkrankung bisher verschlüsselt wurde, gibt das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM. Dort findet sich unter dem Code I95.1 *Orthostatische Hypotonie* das Inklusivum „Orthostatische Dysregulation“. Aufgrund dieses Eintrags und aufgrund der Tatsache, dass Fälle mit der Diagnose I95.1 in Deutschland im Datenjahr 2022 sehr viel häufiger vorkommen als mit der Diagnose G90.8, wurde die Überleitung des Codes G90.80 für die aG-DRG-Version 2024 vom BfArM abweichend auf den Code I95.1 vorgenommen. Damit werden zukünftig Fälle mit der Hauptdiagnose G90.80 der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und bei konservativer Behandlung der Basis-DRG F73 *Synkope und Kollaps* zugeordnet.

Deshalb gilt es bei der Leistungsplanung für 2025 zu beachten, dass Fälle mit posturalem Tachykardiesyndrom, in Abhängigkeit von der bisherigen Kodierung, in der aG-DRG-Version 2025 anders eingruppiert werden können, als dies anhand einer Analyse von Daten aus dem Jahr 2023 zu erwarten ist.

## 1.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2025

### 1.2.1. Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Stand: 18.12.2024)

Die Diagnose M96.6 ist innerhalb der MDC 08 in verschiedenen operativen DRGs, beispielsweise DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...], mit bestimmten komplizierenden Diagnosen* oder DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. [...]*, gruppierungsrelevant. Für den ICD-10-GM Version 2025 erfolgte eine Ergänzung im Hinweistext, so dass diese Schlüsselnummer auch bei einer Knochenfraktur nach Entfernen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte verwendet werden kann. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um die Klarstellung einer bereits bestehenden Kodierpraxis handelt. Sollten Sie jedoch bislang diesen Code nicht bei einer Knochenfraktur nach Entfernen eines orthopädischen Implantates [...] verwendet haben, kann es sein, dass sich Fälle des Jahres 2025 innerhalb der operativen Partition anders ein-gruppieren als dies anhand einer Analyse von Daten aus dem Jahr 2024 oder 2023 zu erwarten ist.

## 1.3. Neue oder geänderte Codes in der OPS-10-GM Version 2025

### 1.3.1. Offen chirurgische Arthrodese an Zehengelenken (Stand: 18.12.2024)

Im OPS Version 2025 wurden die Codes für die *Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk* (5-808.b2 bis .b6) differenziert in „Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V“ und „Interphalangealgelenk, Digitus II bis V“.

Analog zum OPS bis einschließlich zur Version 2024 ist auch die Anzahl der versorgten Gelenke kodierbar. In der aG-DRG-Version 2024/2025 sind die Codes für mindestens zwei Gelenke in der Splitbedingung der DRGs I20E *Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre* und I20N *Hybrid-DRG der DRG I20E* in Kombination mit bestimmten Eingriffen an der Großzehe gruppierungsrelevant. Ab 2025 sind Fälle, die sowohl einen Eingriff am Metatarso- als auch am Interphalangealgelenk Digitus II bis V haben, mit zwei Codes zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer offen chirurgischen Arthrodese an den Kleinzehengelenken zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs I20E/N in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Codes 5-808.b9 *Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* und 5-808.bd *Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* analog der Eingruppierung der Codes für die offen chirurgische Arthrodese von mindestens zwei Kleinzehengelenken in der aG-DRG-Version 2024/2025 in die DRGs I20E bzw. I20N führt. In der Definition der Hybrid-DRGs I20N und I20M sind hingegen komplexe Eingriffe mit Arthrodese an fünf oder mehr Kleinzehengelenken nicht enthalten. Daher wurde auch in diesen beiden DRGs die Definition in der Weise angepasst, dass Arthrosen, bei denen in Summe mindestens fünf Kleinzehengelenken operiert wurden, weiterhin nicht der Hybrid-DRG zugeordnet sind. Innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* wurde trotz des strukturellen Umbaus des OPS in diesem Bereich somit eine weitestgehend kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

### **1.3.2. Erweiterte Hemihepatektomie links (Stand: 18.12.2024)**

In den OPS Version 2025 wurde ein Code für die *Erweiterte Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2 bis 5 und 8]* (OPS 5 502.9) neu aufgenommen. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Code auf den unspezifischen Code („Sonstige“) für *Anatomische (typische) Leberresektion: Resektion sonstiger Segmentkombinationen* (OPS 5-502.5) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* – im Gegensatz zur *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* (OPS 5-502.1) – nicht in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie [...]* abgebildet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die eine Teilleistung (Resektion der Lebersegmente 2, 3, 4a und 4b) des neuen Verfahrens beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Code 5-502.9 auf den Code 5-502.1 *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* übergeleitet und wird damit in der aG-DRG-Version 2025 in der Basis-DRG H01 der MDC 07 abgebildet. In Abhängigkeit von der bisherigen Kodierung ist zu berücksichtigen, dass in der aG-DRG-Version 2025 gegebenenfalls mehr Fälle mit erweiterter Hemihepatektomie links der Basis-DRG H01 zugeordnet werden, als dies eine Analyse auf Basis der Daten der Jahre 2023 und 2024 vermuten lässt.

## **2. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)**

### **2.1. Änderungen der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2024**

#### **2.1.1. Sepsis (Stand: 04.11.2024)**

Die Kodierung einer Sepsis wird in der Kodierrichtlinie 0103 *Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie* geregelt. Diese Kodierrichtlinie wurde für die Version 2024 der Deutschen Kodierrichtlinien hinsichtlich der Definition und Kodierung einer Sepsis und der Definition eines septischen Schocks umfangreich überarbeitet. Demnach ist eine Sepsis als akut lebensbedrohliche Organdysfunktion zu verstehen, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion. Die Diagnose einer Sepsis assoziierten Organdysfunktion ist definiert als Veränderung des SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)-Score um  $\geq 2$  Punkte. Diese Definition entspricht der 2016 veröffentlichten Sepsis 3.0 Definition. Zusätzlich wurde die Kodierrichtlinie ergänzt um die Definition eines septischen Schocks und Hinweise, mit welchen Codes eine Sepsis zu kodieren ist, wie z.B. den Diagnosen für den zeitlichen Bezug der Sepsis (U69.80!–U69.82!) oder des septischen Schocks (U69.83!–U69.85!) zur stationären Krankenhausaufnahme. Der Absatz „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“ wurde aus der Kodierrichtlinie gestrichen und in die neue Kodierrichtlinie 0105w *SIRS* überführt.

Die Diagnosen für Sepsis (siehe Tabelle 1 der DKR 0103) werden im aG-DRG-System als Hauptdiagnose überwiegend in der Basis-DRG T60 *Sepsis* abgebildet. Darüber hinaus sind sie in zahlreichen DRGs als Nebendiagnose gruppierungsrelevant und spielen überwiegend auch bei der Ermittlung des PCCL (Patientenbezogener Gesamtschweregrad) eine Rolle. In Abhängigkeit von der bisher bei der Kodierung angewendeten Definition einer Sepsis kann die Zahl der 2024 erfassten Sepsisfälle im Vergleich zu den Vorjahren variieren. Daher ist zu beachten, dass bei einzelnen Fällen nach der überarbeiteten DKR 0103 ab 2024 gegebenenfalls keine Diagno-

se für eine Sepsis mehr verschlüsselt werden kann und demzufolge auch eine andere Eingruppierung der betroffenen Fälle resultieren kann.

**3. Zusatzentgelte (Stand: 04.11.2024)**

**3.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 04.11.2024)**

**Bewertete Zusatzentgelte**

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich am 26. September 2024 im Rahmen einer Ergänzungsvereinbarung (gültig bis 31.12.2025) auf die Vergütung des Arzneimittels „Nirsevimab“, das zur Vorbeugung von schweren Infektionen durch das RS-Virus empfohlen wird, geeinigt. Dazu wurde im Fallpauschalen-Katalog 2024 in Anlage 2 das bewertete Zusatzentgelt ZE176 unterjährig eingefügt. Das Zusatzentgelt ist auf Grundlage der genannten Ergänzungsvereinbarung in 2025 in den Anlage 2 und 5 im Fallpauschalen-Katalog aufgeführt. Die Abrechnung dieses Zusatzentgeltes erfolgt nach Maßgabe der Ergänzungsvereinbarung vom 26.09.2024 zur FPV 2024 und FPV 2025. Zu beachten ist, dass die Gabe von Nirsevimab, parenteral in den Daten des Jahres 2023 und 2024 noch nicht über einen OPS-Kode erkennbar ist.

Zusatzentgelt	Bezeichnung
<b>ZE176</b>	<i>Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter &lt; 1 Jahr</i>

**Unbewertete Zusatzentgelte**

In der Fallpauschalenvereinbarung 2025 (FPV 2025) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2025 neu über unbewertete Zusatzentgelte vergütet werden.

Zusatzentgelt	Bezeichnung
<b>ZE2025-223</b>	<i>Gabe von Inotuzumab ozogamcin, parenteral</i>
<b>ZE2025-224</b>	<i>Gabe von Isatuximab, parenteral</i>
<b>ZE2025-225</b>	<i>Gabe von Ivacaftor, oral</i>
<b>ZE2025-226</b>	<i>Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral</i>
<b>ZE2025-227</b>	<i>Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral</i>
<b>ZE2025-228</b>	<i>Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral</i>
<b>ZE2025-229</b>	<i>Gabe von Liposomalem Cytarabin-Daunorubicin, parenteral</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2023 oder 2024 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungspla-

nung 2025 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

### 3.2. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 04.11.2024)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2025 wurden keine in 2024, bewerteten Zusatzentgelte in unbewertete Zusatzentgelte umgewandelt.

Für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2023 auf 2024 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden gilt, dass in FPV 2025, – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2023 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2025 zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgende, im FP-Katalog 2025 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnete Zusatzentgelte:

FPV 2025 (Anlage 4 und 6)	FPV 2023 (Anlage 2 und 5)
<b><i>ZE2025-206 Gabe von Natalizumab, parenteral</i></b>	<b><i>ZE97 Gabe von Natalizumab, parenteral</i></b>
<b><i>ZE2025-207 Gabe von Itraconazol, parenteral</i></b>	<b><i>ZE113 Gabe von Itraconazol, parenteral</i></b>
<b><i>ZE2025-208 Gabe von Trabectedin, parenteral</i></b>	<b><i>ZE117 Gabe von Trabectedin, parenteral</i></b>
<b><i>ZE2025-209 Gabe von Plerixafor, parenteral</i></b>	<b><i>ZE143 Gabe von Plerixafor, parenteral</i></b>
<b><i>ZE2025-210 Gabe von Eculizumab, parenteral</i></b>	<b><i>ZE154 Gabe von Eculizumab, parenteral</i></b>
<b><i>ZE2025-211 Gabe von Tocilizumab, intravenös</i></b>	<b><i>ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös</i></b>

### Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 04.11.2024)

Die beiden in 2024 bewerteten Zusatzentgelte für die *Gabe von Atezolizumab, parenteral* und für die *Gabe von Ocrelizumab, parenteral* wurden für 2025 nach ihrer Applikationsform differenziert. Hierbei wurde die Gabe der subkutanen Darreichungsform jeweils in ein unbewertetes Zusatzentgelt (Anlage 4 und 6) überführt. Die Zusatzentgelte für die intravenöse Gabe konnten als bewertete Zusatzentgelte in die FPV 2025 (Anlage 2 und 5) übernommen werden.

<b>FPV 2024 (Anlage 2 und 5)</b>	<b>FPV 2025</b>
<b><i>ZE172 Gabe von Atezolizumab, parenteral</i></b>	<b><i>ZE177 Gabe von Atezolizumab, intravenös</i></b>
	<b><i>ZE2025-221 Gabe von Atezolizumab, subkutan</i></b>
<b><i>ZE173 Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i></b>	<b><i>ZE178 Gabe von Ocrelizumab, intravenös</i></b>
	<b><i>ZE2025-222 Gabe von Ocrelizumab, subkutan</i></b>

### 3.3. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 04.11.2024)

Für 2025 erfolgte eine Erweiterung der Dosisklassen für die Leistung *ZE93 Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral* um eine weitere Kinder-Dosisklasse (Alter < 15 Jahre) für die Gabe von 2,0 g bis unter 2,5 g.

Des Weiteren wurde die Definitionen der beiden unbewerteten Zusatzentgelte *ZE2025-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* und *ZE2025-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* um die Gabe eines weiteren Faktors ergänzt: *Transfusion von Plasma und anderen Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XI* (OPS-Kode 8-812.b).

### 3.4. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 04.11.2024)

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 krankenhausespezifisches 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.

### **3.5. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2025-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 04.11.2024)**

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 2025 folgenden Hinweis zu ZE2025-41:

„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 krankenhausespezifischen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2025-41 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 ZE2025-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.