

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2022 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2020/2022 und 2021/2022 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die aG-DRG-Version 2020/2022 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2020 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2020 und OPS Version 2020) mit dem im Jahr 2022 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2021/2022 der Verarbeitung von Daten aus 2021 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2021 und OPS Version 2021) mit dem im Jahr 2022 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus.

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

Da die Datenjahre 2020 und 2021 stark durch den Einfluss der COVID-19-Pandemie geprägt sind, wird die Leistungsplanung für das Jahr 2022 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 2022 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 2020/2022 für die Daten aus 2020 bzw. der aG-DRG-Version 2021/2022 für die Daten aus 2021 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 2021

1.1.1. Hybridverfahren an der Aorta (Stand: 01.12.2021)

Eine Kombination aus einem offen chirurgischen Verfahren, z.B. einem Gefäßersatz und einer endovaskulären Stentimplantation an der Aorta, ggf. auch als mehrzeitiger Eingriff, wird durch Prozeduren aus dem Bereich *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an der Aorta* beschrieben. Die Kodes sind nach der Lokalisation *an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica* (5-38a.a*) oder *an der Aorta thoracoabdominalis* (5-38a.b*) und nach der Anzahl der implantierten Stent-Prothesen differenziert. Das *Hybridverfahren an der Aorta* ist im aG-DRG-System 2020/2022 an mehreren Stellen erlösrelevant: zum einen bei der

Eingruppierung in verschiedene DRGs, beispielsweise der Basis-DRG F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und zum anderen bei der Abrechnung von Zusatzentgelten. So kann für Fälle mit einem *Hybridverfahren an der Aorta* zusätzlich das unbewertete Zusatzentgelt ZE202X-50 *Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta* abgerechnet werden.

Durch eine Änderung im OPS Version 2021 wurden die bisherigen Primärkodes für Hybridverfahren zu Zusatzcodes, die in Kombination mit dazugehörigen Primärschlüsseln aus dem Bereich *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica* oder *Aorta thoracoabdominalis* (5-38a.7*, 5-38a.8*) zu verschlüsseln sind. Da die Codebereiche für die *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen am Thorax* und für das *Hybridverfahren an der Aorta* im aG-DRG-System 2020/2022 zum Teil eine unterschiedliche Funktion haben, können in Abhängigkeit von der bisher praktizierten Verschlüsselung die Änderungen des OPS für 2021 ggf. zu einer Änderung der Eingruppierung von Fällen mit einem *Hybridverfahren an der Aorta* führen. Während die Prozeduren für *Hybridverfahren an der Aorta* bisher vornehmlich der Basis-DRG F07 zugeordnet waren, sind die Codes für die *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta thoracica* oder *Aorta thoracoabdominalis* vornehmlich der DRG F51A *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination* zugeordnet.

Somit kann aus der Kodierung gemäß OPS Version 2021 bzw. OPS Version 2022 eine veränderte, aufgrund der Abfragereihenfolge des DRG-Algorithmus typischerweise höhere Eingruppierung resultieren. Ebenso ist möglich, dass Fälle mit Hybridverfahren an der Aorta aufgrund der beschriebenen OPS-Änderungen zukünftig Codes tragen, die den unbewerteten Zusatzentgelten ZE202X-188 *Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung* oder ZE202X-189 *Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung* zugeordnet sind. Einer auf diese Weise möglichen verbesserten Abbildung der Fälle ist bei der hausindividuellen Vereinbarung des ZE2021-50 bzw. ZE2022-50 *Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta* Rechnung zu tragen.

1.1.2. Komplexbehandlung: Mindestmerkmale und Strukturvorgaben (Stand: 01.12.2021)

Das Kapitel 8 *Nicht operative therapeutische Maßnahmen* der OPS-Klassifikation enthält einen Abschnitt für die Kodierung von Komplexmaßnahmen (8-97 und 8-98). Dabei handelt es sich vor allem um Codes, die mitunter ein ganzes „Paket“ diagnostischer Verfahren und/oder Behandlungsmaßnahmen beschreiben, die während eines Aufenthaltes, z.B. zur Behandlung eines Schlaganfalls durchgeführt werden. Die im Bereich Komplexmaßnahmen aufgeführten Codes, dürfen nur kodiert werden, wenn die dazugehörigen struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen erfüllt sind. Im Rahmen gesetzlicher Änderungen (v.a. § 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen) wurden erstmalig im OPS Version 2021 für eine Reihe dieser Komplexmaßnahmen auf Basis der im OPS Version 2020 bisher gültigen Mindestmerkmale eine Reihe von Strukturmerkmalen für die jeweiligen Verfahren definiert.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Strukturmerkmale erfolgte weitgehend unter Beibehaltung der inhaltlichen Ausgestaltung der bisherigen Mindestmerkmale. Fall- bzw. behandlungsspezifische Merkmale sind weiterhin als Mindestmerkmale beibehalten, sodass sich aus der beschriebenen

strukturellen Änderung des OPS im typischen Fall keine Auswirkung für die Leistungsplanung ergibt.

Unabhängig davon haben jedoch einige Komplexcodes relevante inhaltliche Änderungen für 2021 erfahren, insbesondere die Codebereiche

- *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981)*
- *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b)*
- *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-98f)*

Neurologische Komplexbehandlung

Im OPS stehen für die neurologische Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls auf einer spezialisierten Einheit (Stroke Unit) zwei Codebereiche zur Verfügung (8-981 und 8-98b) - beide unterscheiden sich u.a. in den zu erfüllenden Mindestmerkmalen. Beide Codebereiche sind nach Behandlungszeiträumen differenziert, wobei der Codebereich 8-98b zusätzlich in Abhängigkeit von der Anwendung eines Telekonsildienstes unterteilt ist.

Die Definitionen und Mindestmerkmale dieser Codebereiche für Stroke-Unit-Behandlungen wurden für 2021 an mehreren Punkten verändert, insbesondere:

- Streichung des Merkmals „30 Minuten Erreichbarkeit“ für bestimmte Behandlungen („Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport [...] grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.“)
- Differenzierung der Codes *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* hinsichtlich der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen
- Bei den Codes *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* Konkretisierung des Mindestmerkmals „kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfall“ hin zu „24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolysen am Standort des Krankenhauses“. Geänderte Definition der Mindestmerkmale im Hinblick auf die Überwachung der Patienten: Statt 24h-Monitoring bestimmter Vitalzeichen („mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck“) wird ab 2021 das „Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung“ gefordert.
- Streichen des Mindestmerkmals *ätiologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls* für die Kodierung einer Prozedur für *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*.

Im aG-DRG-System führen beide Codebereiche bei typischen Fällen zu einer höheren Eingruppierung vor allem in den Basis-DRGs B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und B70 *Apoplexie*. Die beschriebenen Veränderungen können je nach Zutreffen der Mindestmerkmale für Einrichtungen ggf. bedeuten, dass mehr oder weniger Patienten in 2022 in die „Stroke-Unit“-DRGs v.a. der Basis-DRGs B69 und B70 eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2020 vermuten lässt.

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die für den Codebereich der *Aufwendigen intensivmedizinische Komplexbehandlung* (8-98f) erforderliche zeitliche Anwesenheit eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung *Intensivmedizin* wurde bei der Überführung des entsprechenden Mindestmerkmals in ein Strukturmerkmal breiter gefasst: Bisher musste gemäß OPS Version 2020 „die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin“ an Werktagen „zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein“. Jetzt wurde das Zeitfenster auf einen Zeitraum von 6 bis 22 Uhr ausgeweitet, wobei die mindestens erforderliche Anwesenheit eines Arztes bei 7 Stunden beibehalten wurde. Damit kann dieses Strukturmerkmal für den Codebereichs 8-98f unter Umständen zukünftig leichter erfüllt werden.

Somit ist zu beachten, dass ggf. in bestimmten Einrichtungen im Jahr 2021 bzw. 2022 für mehr Fälle ein Code aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* angegeben werden kann und somit mehr Fälle in entsprechende intensivmedizinische DRGs eingruppiert werden als eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2020 vermuten lässt.

Rückwirkende Klarstellung zum OPS 2021

Am 14.10.2021 veröffentlichte das BfArM die *Klarstellungen und Änderungen für Strukturmerkmale des OPS 2021*. Diese sind rückwirkend ab dem 1. Januar 2021 gültig.

Ein Einfluss auf die Leistungsplanung ist dann möglich, wenn in der Vergangenheit, z.B. die in den Strukturvorgaben/Mindestmerkmalen einiger Codebereiche genannten fachärztlichen Dienstleistungen/Konsiliardienste bisher nicht anerkannt wurden, wenn diese nicht durch einen Facharzt erbracht wurden. Gemäß der Klarstellung sind die entsprechenden Strukturvorgaben jedoch auch erfüllt, wenn „Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt [...] hinzugezogen werden kann.“ Infolge der Klarstellung könnten ggf. zukünftig mehr Fälle als bisher über diese Codebereiche (z.B. 8-98d und 8-98f) verschlüsselt werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus den Jahren 2020 und ggf. 2021 vermuten lässt.

1.1.3. Umfangreiche Änderungen der Prozedurenschlüssel im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie (Stand: 01.12.2021)

Bis einschließlich OPS Version 2020 stehen für die Verschlüsselung bestimmter komplexer Rekonstruktionen der Wirbelsäule in den Codebereichen 5-837 *Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule*, 5-838 *Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule* und 5-839 *Andere Operationen an der Wirbelsäule* spezifische Codes zu Verfügung. Für den OPS Version 2021 wurden einige dieser Codes gestrichen wie beispielsweise der Code 5-837.4 *Dorsale Korrektur ohne ventrales Release*. Zukünftig werden entsprechende Eingriffe nach der Anzahl der Segmente differenziert mit einem Code aus 5-836.3 *Spondylodese: Dorsal* kodiert. Aufgrund der umfangreichen Umstrukturierung in den Codebereichen 5-836, 5-837 und 5-838 und der zum Teil differenzierteren Kodierung bei entsprechenden Fällen ist unter Umständen eine geänderte Eingruppierung innerhalb der Basis-DRGs I06, I09 und I10 möglich.

Für die Leistungsplanung 2022 ist zu beachten, dass ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden müssen (wie beispielweise in dem angeführten Beispiel die Anzahl der operierten Segmente) um die Fälle zu identifizieren, die ab 2021 mit anderen OPS-Kodes ggf. auch in Kombination mit weiteren Kodes zu verschlüsseln sind. Damit kann ein Teil dieser Fälle sich in der aG-DRG Version 2022 innerhalb der MDC 08 anders darstellen, als anhand der Daten des Jahres 2020 erwartet wird.

1.2. Neue oder geänderte Kodes im OPS Version 2022

1.2.1. Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten (Stand: 21.12.2021)

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 Zusatzkodes 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 in der aG-DRG-Version 2022 beispielsweise auch Fälle mit parenteralen Medikamentengaben bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen abgebildet werden, wenn spezifische, (meist) substanzbezogene Kodes 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 2020 bzw. 2021 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.

1.2.2. Komplexe Diagnostik bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Stand: 21.12.2021)

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 2022 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 den Jahren 2020 oder 2021 vermuten lässt.

1.2.3. Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie (Stand: 21.12.2021)

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 der Datenjahre 2020 und 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 den „PTCA“-DRGs zugeordnet werden.

1.2.4. Chemotherapie (Stand: 21.12.2021)

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.
- Kodebereich 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.
- Kodebereich ist differenziert nach Anzahl der Tage und Medikamente.

8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

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

8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

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

Die Kodebereiche 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 Kodebereich 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 Kodebereich 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.

Für das aG-DRG-System 2022 wurden die Änderungen der Kodierung durch eine vorbereitende Anpassung des Grouperalgorithmus 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 Kode 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 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 2022 in Einzelfällen – trotz der oben aufgeführten Anpassungen – ggf. anders eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis der Daten der Jahre 2021 bzw. 2020 erwarten lässt.

1.2.5. System zur Stimulation des Leitungssystems (Stand: 21.12.2021)

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 sind diese beiden Prozedurenkodes 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 sich in 2022 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 oder 2020 erwarten lässt.

1.2.6. Thrombektomie an der Pulmonalarterie (Stand: 21.12.2021)

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 die mechanische Thrombektomie der Fremdkörperentfernung gleichgestellt, d.h. für das aG-DRG System 2022 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 gruppierungsrelevant.

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 2022 mehr Fälle in die Basis-DRG E05 eingruppiert werden, als eine Analyse auf Basis der Daten aus den Jahren 2020 und ggf. 2021 vermuten lässt.

2. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

2.1. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2020

2.1.1. U07.-! COVID-19 und spezifische Komplikationen (Stand: 01.12.2021)

Als Grundlage zur Identifikation von Fällen mit COVID-19 in den Abrechnungsdaten dienen Schlüsselnummern aus dem Bereich U00-U99 *Schlüsselnummern für besondere Zwecke*. Die entsprechenden Codebereiche existieren schon in der ICD-10- bzw. ICD-10-GM- Klassifikation in 2019. Die betroffenen Codes wurden jedoch im laufenden Kalenderjahr 2020 von der WHO und im Besonderen für das deutsche Gesundheitssystem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit COVID-spezifischen Inhalten belegt.

Aufgrund der pandemischen Entwicklung und der großen Relevanz der Erkrankung für die weltweiten Gesundheitssysteme erfolgten mehrere Weiterentwicklungen der Kodierung durch die WHO, die vom BfArM in die ICD-10-GM-Klassifikation integriert wurden. Damit ermöglichte die im Verlauf des ersten Quartals 2020 etablierte spezifische Schlüsselnummer U07.1! *Coronavirus-Krankheit-2019* die Kodierung einer Erkrankung durch den SARS-CoV-2 -Virus (COVID-19). Diese erfolgte bisher über den bereits existierenden unspezifischeren Sekundärkode B97.2! *Coronaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*. Für das zweite Quartal erfolgte eine inhaltliche Präzisierung des bestehenden Codes mit Einführung eines weiteren Sekundärkodes für klinische Verdachtsfälle für COVID-19 ohne Labornachweis.

U07.1! *COVID-19, Virus nachgewiesen*

U07.2! *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen*

Im Sommer wurden die bisherigen Codes noch für unterjährig vereinbarte Abrechnungsmöglichkeiten, z.B. zur Unterstützung der unterjährig vereinbarten Abrechnung eines extrabudgetären Zusatzentgelts, gemäß § 26 Abs. 2 KHG für die Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2, bei Patienten ohne Symptome und ohne Erregernachweis durch die Schlüsselnummer U99.0! *Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2* ergänzt. Ende 2020 wurden durch die WHO weitere Codes eingeführt, die auch Eingang in die ICD-10-GM Version 2020 finden:

U07.3 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

U07.4! Post COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet

U07.5 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet

Im G-DRG-System 2020/2022 und 2021/2022 ist die Diagnose U07.1! in noch höherem Maß gruppierungsrelevant als im aG-DRG 2021-System. Insofern ist die Vollständigkeit der Kodierung in den Jahren 2020 und 2021 für die Interpretation der Gruppierungsergebnisse mit den G-DRG-Versionen 2020/2022 und 2021/2022 von Bedeutung, auch wenn sich grundsätzlich die Frage stellt, inwieweit angesichts der hohen Dynamik der Corona-Pandemie Gruppierungsergebnisse in diesem Bereich überhaupt zur Leistungsplanung herangezogen werden können.

3. Zusatzentgelte (Stand: 01.12.2021)

3.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 01.12.2021)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2022 (FPV 2022) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2022 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2022-191	<i>Gabe von Dinutuximab beta, parenteral</i>
ZE2022-192	<i>Gabe von Midosturin, oral</i>
ZE2022-193	<i>Gabe von Onasemnogen Abeparvovec, parenteral</i>
ZE2022-198	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekular-genetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern</i>
ZE2022-199	<i>Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2020 oder 2021 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2022 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

3.2. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 01.12.2021)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2022 wurden die in 2021 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte in unbewertete Zusatzentgelte umgewandelt:

FPV 2021 (Anlage 2 und 5)	FPV 2022 (Anlage 4 und 6)
ZE128 <i>Gabe von Micafungin, parenteral</i>	ZE2022-196 <i>Gabe von Micafungin, parenteral</i>
ZE133 <i>Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems</i>	ZE2022-197 <i>Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters</i>

Außerdem gilt für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2020 auf 2021 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden, in FPV 2022, dass – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2020 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgendes, im FP-Katalog 2022 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnetes Zusatzentgelt:

FPV 2022 (Anlage 4 und 6)	FPV 2020 (Anlage 2 und 5)
ZE2022-180 <i>Gabe von Azazytidin, parenteral</i>	ZE124 <i>Gabe von Azazytidin, parenteral</i>

3.3. Änderung von bewerteten Zusatzentgelten (Stand: 01.12.2021)

Für 2022 erfolgte bei ZE52 *Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral* eine Erweiterung um 7 Dosisklassen mit einer oberen Dosisklasse von nun mehr „600 mg oder mehr“, für ZE72 *Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral* eine Erweiterung um 11 Dosisklassen ebenfalls auf nun mehr „600 mg oder mehr“ und für ZE116 *Gabe von Panitumumab, parenteral* eine Erweiterung um 11 Dosisklassen auf nun mehr „7.500 mg oder mehr“.

3.4. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 21.12.2021)

Für 2022 erfolgte eine Erweiterung der Dosisklassen für die Leistung *Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bortezomib, parenteral (6-001.9 *)* aus dem unbewerteten ZE2022-147 *Gabe von Bortezomib, parenteral* um 9 Dosisklassen auf „65,5 mg oder mehr“, für die Leistung *Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös* aus dem unbewerteten ZE2022-151 *Gabe von Rituximab, intravenös* um 9 Dosisklassen auf „10.050 mg oder mehr“ und für die Leistung *Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral* aus dem unbewerteten ZE2022-180 *Gabe von Azacytidin, parenteral* um 7 Dosisklassen auf „6.300 mg oder mehr“.

Für die Zusatzentgelte ZE2022-149 *Gabe von Infliximab, parenteral* und ZE2022-182 *Gabe von Vedolizumab, parenteral* ist neben der intravenösen Gabe auch die Kodierung einer subkutanen Gabe mit von der intravenösen Gabe abweichender Dosierung möglich. Aufgrund der Datenlage war keine Differenzierung dieser Zusatzentgelte möglich, jedoch wurde die Einstiegsschwelle für die parenterale Gabe bei beiden Zusatzentgelten auf 100 mg gesenkt und ermöglicht damit zukünftig auch bei Erwachsenen die Kodierung einer niedriger dosierten subkutanen Gabe.

Für das unbewertete Zusatzentgelt ZE2021-181 *Gabe von Ustekinumab, parenteral* gibt es ebenfalls zusätzlich zur intravenösen Applikation die Möglichkeit der Kodierung einer subkuta-

nen Gabe mit unterschiedlicher Dosierung. Hier war die Datenlage für eine Differenzierung ausreichend, so dass für 2022 das ZE2021-181 in die beiden Zusatzentgelte ZE2022-194 *Gabe von Ustekinumab, intravenös* und ZE2022-195 *Gabe von Ustekinumab, subkutan* aufgeteilt wurde.

Die beiden unbewerteten Zusatzentgelte ZE20xx-179 *Gabe von Ofatumumab, parenteral* und ZE20xx-64 *Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen* wurden für 2022 gestrichen.

Im OPS Version 2022 erfolgt eine Änderung der Strukturmerkmale für den Kode 8-718.9 *Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit* der dem unbewerteten Zusatzentgelt ZE20XX-190 *Längerfristige Beatmungsentwöhnung* zugeordnet ist. Eine solche spezialisierte, nichtintensivmedizinische Beatmungseinheit muss zukünftig mindestens über 6 Betten verfügen.

Somit ist es grundsätzlich möglich, dass bestimmte Fälle, für die in 2021 die Definition des Zusatzentgeltes ZE2022-190 erfüllt wurde, bei vergleichbaren Konstellationen in 2022 nicht mehr die Definition für dieses Zusatzentgelt würden.

3.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 01.12.2021)

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.

3.6. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2022-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 01.12.2021)

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 2022 folgenden Hinweis zu ZE2022-41:

„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 ZE2022-41 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 ZE2022-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.

3.7. Ausgliederung der Pflegekosten bei Zusatzentgelten (Stand: 01.12.2021)

Bei der Bewertung einiger zusatzentgeltrelevanter Leistungen aus den Anlagen 2 und 5 wurden in der Vergangenheit auch die Kosten für die Pflege in den Kostenstellengruppen 1, 2, 3 und 13 (nur bettenführende Aufnahmestationen) leistungsbezogen je nach Zusatzentgelt berücksichtigt. Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System erfolgt seit 2020 die Kalkulation für diese bewerteten Zusatzentgelte ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in den vorgenannten Kostenstellengruppen. Hiervon betroffen sind unter anderem die Zusatzentgelte für *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60 und ZE145), die Zusatzentgelte für *Erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten* (ZE162 und ZE162) sowie die Zusatzentgelte für Dialyse und verwandte Verfahren (z.B. ZE01 *Hämodialyse, intermittierend*, bzw. ZE120 *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)*, ZE02 *Hämodiafiltration, intermittierend*, bzw. ZE 121 *Hämodiafiltration, kontinuierlich*, ZE122 *Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)* bzw. ZE123 *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)*).

In diesem Sinne gilt es auch bei den Verhandlungen vor Ort bei der Bewertung von Leistungen aus den Anlagen 4 und 6 für 2022 die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu beachten.

D.h. bei der Vereinbarung der entsprechenden Entgelthöhe dürfen Pflegepersonalkosten der Kostenstellengruppen 1, 2, 3 und 13 (nur bettenführende Aufnahmestationen) nicht berücksichtigt werden; die Pflegepersonalkosten werden über das Pflegeerlösbudget finanziert. Hiervon sind beispielweise die Zusatzentgelte für *ECMO und PECLA (ZE2022-03)*, *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (ZE2022-41)* und *Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) (ZE2022-82)* betroffen.