

Begutachtungsleitfaden

Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) Version 2023

SEG 4
Sozialmedizinische Expertengruppe 4 „Vergütung und Abrechnung“
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

in Kooperation mit

KCPP
Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie



IMPRESSUM

Mitglieder der Arbeitsgruppe, die den Begutachtungsfaden (BGL) PEPP erstellt hat (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. med. Sandra Bischof	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Christian Bülzebruck	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin Medizinischer Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik Medizinischer Dienst Nordrhein
Mandy Bufe-Krebs	Leiterin Fachservice Geschäftsbereich MED Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Dr. med. Carsten Gläfke	Teamleiter Abteilung Krankenhaus Medizinischer Dienst Nord SEG 4
Dr. Astrid Engeland	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Leiterin Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Medizinischer Dienst Bayern
Sascha Halboth	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Medizinischer Dienst Niedersachsen
Dr. med. Christian Kuhn-Thiel	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin Leiter Fachreferat Psychiatrische Versorgung Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Dr. med. Wiebke Martinsohn-Schittkowski	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Sozialmedizin Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Alexander Schmorl	Facharzt für Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Referent Psychiatrie Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Iris Schulz	Leiterin der Arbeitsgruppe BGL PEPP Fachärztin für Innere Medizin, Sozialmedizin Geschäftsbereichsleiterin Krankenhaus Medizinischer Dienst Hessen SEG 4
Dr. med. Eva-Maria Weber, MBA	Leiterin der SEG 4 Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 8. Oktober 2013 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und am 27. November 2013 vom Beirat für MDK-Koordinierungsfragen und vom MDS-Vorstand zur Anwendung empfohlen.

Die vorliegende aktualisierte Version 2023 wurde am 10. März 2023 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Psychiatrie und Psychosomatik nehmen im Bereich der Krankenhausbehandlung eine Sonderrolle ein; ihre Leistungen werden nicht durch das DRG-System vergütet. Zum 01.01.2013 war durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit im Rahmen einer Ersatzvornahme stattdessen das „Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) in Kraft gesetzt worden.

Mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen Begutachtungsweise der Medizinischen Dienste von Leistungen, die mit diesem System abgebildet werden, hat die sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) in Kooperation mit dem Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie (KCPP) den nunmehr elften Begutachtungsleitfaden (BGL) PEPP für das Jahr 2023 erarbeitet.

Am 01.01.2022 ist eine neue Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfvV) und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren in Kraft getreten. Daraus resultierende Änderungen wurden bereits in der Version des BGL PEPP für das Jahr 2022 aufgenommen. Auch in diesem Jahr wurden erforderliche Anpassungen in die entsprechenden Kapitel eingearbeitet inkl. einem mehrstufigen fachlichen Review durch die SEG 4 und das KCPP.

Krankenhausrecht, Regelwerke und das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik selbst sind ständigen Anpassungen unterworfen. Die Anwenderinnen und Anwender sind deshalb gebeten, die Inhalte immer wieder kritisch auf ihre Aktualität zu prüfen. Entsprechend kann und soll der BGL weder intensive Schulungen noch ständige Fortbildung ersetzen. Anregungen in Form von konkreten Änderungs- oder Verbesserungsvorschlägen werden daher von der SEG 4 stets gerne entgegengenommen.

Wir danken der Arbeitsgruppe für die Aktualisierung des Leitfadens und wünschen den Leserinnen und Lesern, dass ihnen der Leitfaden eine hilfreiche Lektüre ist.

Februar 2023

Dr. Kerstin Haid
Leitende Ärztin des
Medizinischen Dienstes Bund

Dr. Bernhard van Treeck
Sprecher der Leitenden Ärztinnen und
Ärzte der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Inhaltsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	11
2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	14
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	14
2.1.1 Gesetze	14
2.1.1.1 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG).....	14
2.1.1.2 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz/PsychEntgG)	14
2.1.1.3 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG).....	15
2.1.1.4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	15
2.1.1.5 Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz).....	16
2.1.1.6 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungs-weiterentwicklungsgesetz – GVWG)	17
2.1.2 Verordnungen/Vereinbarungen.....	17
2.1.2.1 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)	17
2.1.2.2 Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2022 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2021 – PEPPV 2022)	20
2.1.2.3 Vereinbarungen zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung	23
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	25
2.2.1 PEPP-System.....	25

2.2.1.1	Aufbau des Entgeltkatalogs	25
2.2.1.2	Kodierung im PEPP-System	28
2.3	Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	29
2.3.1	Verträge/Vereinbarungen	29
2.3.1.1	Landesverträge nach § 112 SGB V	29
2.3.1.2	Prüfverfahren	30
2.3.2	Regelwerke	33
2.3.2.1	PEPP-Definitionshandbuch	33
2.3.2.2	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik.....	33
2.3.2.3	ICD-10-GM-Klassifikation	34
2.3.2.4	OPS-Klassifikation	35
3	Nicht besetzt.....	36
4	Gutachten.....	37
4.1	Gutachten nach Aktenlage	37
4.1.1	Auftragsannahme und -prüfung.....	37
4.1.2	Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen	38
4.2	Begutachtung im Rahmen einer Begehung	55
4.2.1	Praktische Durchführung.....	55
5	Nachverfahren/Erörterungsverfahren	57
5.1	Vorgehen im Nachverfahren.....	57
5.2	Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung.....	59
6	Ergebnismitteilung.....	60
7	Qualitätssicherung: QSKV.....	61
7.1	Hintergrund.....	61
7.2	Durchführung und Prüfinhalte.....	61
7.3	Qualitätssicherungssystematik	62

8	Anlagen	64
8.1	Vereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 22.06.2021	64
8.2	Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 20.12.2021	74
8.3	Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 20.12.2021 vom 21.03.2022 ...	76

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AHB	Anschlussheilbehandlung
Az.	Aktenzeichen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGL	Begutachtungsleitfaden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bundesrat
COVID-19	coronavirus disease 2019
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
DRG	Diagnosis Related Groups
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
ET	Ergänzende Tagesentgelte
ff.	fortfolgende
FP	Fallpauschale
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
FPVBE	Fallpauschalenverordnung für besondere Einrichtungen

G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz
HD	Hauptdiagnose
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
i. d. F.	in der Fassung
IK-Nr.	Institutionskennzeichen-Nummer
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InfoMeD	Informationsdatenbank der Medizinischen Dienste
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Jg.	Jahrgang
KCPP	Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

o. g.	oben genannt
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PrüfvV	Prüfverfahrenvereinbarung
Psych-Einrichtungen	Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
QSKV	Qualitätssicherung im Bereich der Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe
SFB	Sozialmedizinische Fallberatung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SK	Strukturkategorie
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
tgl.	täglich
UGVD	Untere Grenzverweildauer
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZP	Zusatzentgelte im PEPP-System

1 Einleitung

Die Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland ist historisch gewachsen und beinhaltet im zeitlichen Verlauf unterschiedliche Beiträge der öffentlichen Hand und der Versichertengemeinschaft (gesetzliche Krankenversicherung, GKV). Im *„Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“* (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG vom 29.06.1972) wurde die duale Finanzierung festgeschrieben. Demnach sind Investitionskosten von den Bundesländern aufzubringen, Pflegesatzkosten hingegen von den Krankenkassen und ihren Mitgliedern.

Nach Maßgabe der ersten Bundespflegesatzverordnung (BPfIV, 25.04.1973) rechnete jedes Krankenhaus noch individuelle tagesbezogene Pflegesätze ab, ohne dabei verschiedene Kostenstrukturen in verschiedenen Fachabteilungen zu unterscheiden. In den Folgejahren kam es zu weiteren umfassenden Modifikationen der Finanzierungssysteme.

Mit dem *„Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)“* vom 25.03.2009 hat der Gesetzgeber den Paragrafen 17d im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeführt und damit die Partner der Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) beauftragt, für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) – wie analog bereits im Jahr 2000 für somatische Krankenhäuser – ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln.

Die erste Version des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) trat 2013 durch Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Kraft. Seit 2014 konsentieren die Vertragspartner die Vereinbarung jährlich neu.

Als Reaktion auf die seit Beginn der Entwicklung des PEPP-Systems intensiv geäußerten Bedenken der Leistungserbringer, Patientenverbände und therapeutischen Fachkreise nahm der Gesetzgeber mit dem *„Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“* vom 19.12.2016 eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vor. Das Gesetz trat am 01.01.2017 in Kraft und beinhaltet als wesentlichste Änderung die Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem. Von der ursprünglich vorgesehenen Angleichung der krankenspezifischen Preise an ein landeseinheitliches Preisniveau wurde Abstand genommen, stattdessen verhandeln die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ihr Budget einzeln mit den Kostenträgern. Mittlerweile rechnen alle Krankenhäuser nach dem neuen Entgeltsystem ab.

Durch das Gesetz wurden die Krankenhausleistungen ab dem 01.01.2018 um die stationsäquivalente Versorgung im häuslichen Umfeld – StäB (§ 115d SGB V) erweitert.

Die grundsätzlichen Aufgaben und Prüfrechte der Medizinischen Dienste im Rahmen der nach PEPP vergüteten Behandlungen haben sich durch die Einführung des neuen Vergütungssystems nicht verändert. Ihre gesetzlichen Grundlagen finden sich zu den Einzelfallprüfungen in § 275 SGB V und in § 17c KHG sowie in Landesverträgen nach § 112 SGB V.

Der § 275 Absatz 1 SGB V beinhaltet für die Krankenkassen die Verpflichtung „Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten“ Abrechnungen prüfen zu lassen. Diese Prüfpflicht bezieht sich im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung auf Begutachtungsanlässe wie ordnungsgemäße Kodierung, Abrechnung und Fehlbelegung, jeweils mit möglichen Auswirkungen auf die abgerechnete Pauschale (PEPP) und die Höhe des damit verbundenen Rechnungsbetrags. Die gesetzlichen Krankenkassen sind dabei verpflichtet, „eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) wurden mit Inkrafttreten ab 01.04.2007 zusätzliche Regelungen im neu eingefügten Absatz 1c des § 275 SGB V (seit 01.01.2020 § 275c SGB V¹) aufgenommen, die der Begrenzung unverhältnismäßiger Prüfungsmengen und dem Bürokratieabbau dienen sollten.

Für alle diejenigen Krankenhausfälle, bei denen die Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des vom Krankenhaus ermittelten Abrechnungsbetrags führt, hat die prüfungseinleitende Krankenkasse eine Aufwandspauschale an das Krankenhaus zu entrichten.

Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, KHRG vom 17.03.2009) wurde die zunächst mit 100 Euro etablierte Aufwandsentschädigung auf 300 Euro erhöht. Seit 2022 zahlen auch Krankenhäuser einen Aufschlag von mindestens 300 Euro, aber höchstens 10% des geminderten Abrechnungsbetrages, wenn die Prüfung eine Rechnungskürzung ergibt.

Gleichzeitig wurde der zulässige Anteil an Rechnungsprüfungen wegen steigender Prüfzahlen vom Gesetzgeber 2020 limitiert. Aufschläge und Prüfquote werden seit 2022 zusätzlich als Anreiz für eine korrekte Rechnungslegung abhängig vom Anteil in der Vergangenheit unbeanstandeter Abrechnungen gestaffelt (Einführung mit dem MDK-Reformgesetz 2019, Verschiebung auf 2022 infolge der COVID-19-Pandemie).

Im Rahmen der Neufassung des § 17c KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) in 2013 wurde vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Vereinbarung zum Prüfverfahren (Prüfverfahrensvereinbarung, PrüfvV) nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG getroffen, die am 01.09.2014 in Kraft getreten ist und durch eine zweite Version vom 03.02.2016 ersetzt wurde.

Im Zuge des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 wurde von der Selbstverwaltung eine „Übergangsvereinbarung“ zur PrüfvV für Krankenhausbehandlungen ab 2020 getroffen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 wurde eine „Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung“ notwendig, die zusammen mit „Gemeinsamen Hinweisen“ der DKG und des GKV-SV am 02.04.2020 veröffentlicht wurde. Seit dem 01.07.2021 war wieder die „Übergangsvereinbarung“ in Kraft. Diese wurde am 01.01.2022 von der Ergänzungsvereinbarung zu einer Neuversion der Prüfverfahrensvereinbarung abgelöst, die wegen fehlender Einigung der

¹ § 275 Absatz 1c gestrichen durch MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019

Selbstverwaltung per Schiedsstellenentscheid erging. Für Prüfungen stationärer Behandlungen ab dem 01.07.2022 ist dann die eigentliche Prüfverfahrensvereinbarung vom 22.06.2021 in Kraft getreten.

Die PrüfvV gilt für Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V – vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V). Eine tagesstationäre Behandlung (§ 115e SGB V) ist im PEPP-System nicht vorgesehen. Neben der Prüfung der Korrektheit der Abrechnung (§ 275 Absatz 1 SGB V) bezieht sich die PrüfvV auch auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung (§ 12 SGB V).

2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Gesetze

Die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) hat in den vergangenen Jahren einen umfassenden Wandel erfahren. Nachdem psychiatrische Krankenhausleistungen zuvor über krankenhausesindividuelle Pflegesätze vergütet wurden, die pro Patientin/Patient pro Tag gezahlt wurden, wurde im Jahr 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ein neues Entgeltsystem ins Leben gerufen. Zwei weitere Gesetze haben die Entwicklung dieses Vergütungssystems vorangetrieben: Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) stellte die Finanzwirkung des Systems her. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) enthält nachfolgende Regelungen, die teils ergänzenden und präzisierenden, teils aber auch ersetzenden Charakter haben.

Die Grundlagen für die Vergütung voll- und teilstationärer sowie stationsäquivalenter Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) sind im Krankenhausentgeltgesetz (KHG), in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und in der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) verankert.

2.1.1.1 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Als Resultat des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25.03.2009 wurde in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein weiterer Paragraph aufgenommen: mit diesem § 17d wurde der Startschuss für die „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ gegeben. Der Paragraph wird unter Kapitel: 2.1.1.4 detailliert besprochen.

2.1.1.2 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz/PsychEntgG)

Das PsychEntgG wurde am 21. Juli 2012 verabschiedet, um die Finanzwirkung des Systems zu regeln. Es enthält Maßgaben für eine schrittweise Einführung des Entgeltsystems im Rahmen eines lernenden Systems, solche zur Ausgestaltung der Umstellung auf das neue Entgeltsystem und auch Anreizsetzungen für einen frühzeitigen Umstieg. Das Gesetz enthält eine maßgebliche Berücksichtigung von tagesbezogenen Pauschalen anstelle von Fallpauschalen. Weiterhin finden sich

Vorgaben zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die verpflichtende Einbeziehung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), so z. B. in die Erarbeitung von Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Psych-Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal. Auch enthält das Gesetz das Anliegen der Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und Vorgaben für Modellvorhaben.

Das Gesetz ist ein Artikelgesetz und enthält als solches u. a. Änderungen der §§ 17d und 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der BPfIV, des SGB V sowie die Änderung von weiteren zwei Gesetzen und drei Rechtsverordnungen, unter anderem die Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).

Seit 2020 erfolgt die Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausleistungen über das PEPP-System.

2.1.1.3 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Seit dem 1. Januar 2017 gilt ein neuer gesetzlicher Rahmen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit dem PsychVVG wurde das ursprüngliche Ziel landeseinheitlicher Preise verlassen. Ein neues Budgetsystem ersetzt das alte Vorgehen. Der dahinterliegende Gedanke des Gesetzgebers war eine Stärkung der Verhandlungsparteien auf Ortsebene. An den Zielen einer Leistungstransparenz und einer leistungsorientierten Weiterentwicklung wurde grundsätzlich festgehalten. Hierzu und zur Unterstützung der Verhandlungsparteien auf Ortsebene wurde beginnend im Jahr 2020 ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich auf Grundlage der PEPP-Entgelte neu geregelt (§ 4 BPfIV). Durch Einfügung in die BPfIV (siehe Kapitel 2.1.2.1) wurden weitere Vergütungsbestandteile im Gesamtbudget der Krankenhäuser berücksichtigt:

- die Art und Menge struktureller und regionaler Besonderheiten (RSB) (§ 6 Absatz 2 BPfIV)
- NUB-PEPP-Leistungen (§ 6 Absatz 4 BPfIV)
- die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (§ 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V).

2.1.1.4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Das Entgeltsystem für Krankenhausleistungen in Psych-Einrichtungen ist in § 17d KHG geregelt. Der Paragraph bildet die Grundlage für die Einführung eines „durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen dieser Psych-Einrichtungen. Das Entgeltsystem gilt somit für alle Fachkrankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen). Vergütet werden die voll- und teilstationären und die stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen.

Zuvor wurden Krankenhausleistungen über krankenhausesindividuelle Pflegesätze vergütet, die unabhängig vom erbrachten Aufwand pro Patientin/Patienten und pro Tag gezahlt wurden. Durch die Einführung des § 17d KHG soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und mehr Leistungsgerechtigkeit der Vergütung hergestellt werden.

Seit 2013 wird auf Grundlage dieses Gesetzes kontinuierlich ein eigens geschaffenes gemeinsames Entgeltsystem weiterentwickelt und angepasst. Berücksichtigt werden insbesondere medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen und die Abrechnungsbestimmungen. Mit der Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt. Die kalkulierten pauschalierten tagesbezogenen Entgelte bilden im Vergleich die Leistungen der jeweiligen Einrichtung differenzierter ab. Für den vollständigen Inhalt des § 17d KHG wird auf den Gesetzestext verwiesen.

Die Einführung und die Weiterentwicklung der Strukturen des pauschalierenden Entgeltsystems wurden durch die Partner der Selbstverwaltung in entsprechenden Vereinbarungen geregelt (siehe unter: 2.1.4 Verordnungen/Vereinbarungen).

2.1.1.5 Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Zum 01.01.2020 traten Teile des MDK-Reformgesetzes in Kraft. Dieses Gesetz hat unmittelbare Auswirkungen auf die Durchführungen der DRG- und auch PEPP-Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst.

Paragraph 275 1c SGB V wurde durch § 275c SGB V ersetzt. Die Krankenkassen haben nun Prüfungen von Krankenhausrechnungen innerhalb von vier Monaten nach deren Eingang bei der Krankenkasse dem Krankenhaus anzuzeigen. Die Anzahl der möglichen Prüfungen einer Krankenkasse bei einem Krankenhaus wurde für das Jahr 2021 auf 12,5 % pro Quartal begrenzt. Seit dem Jahr 2022 hängt die quartalsbezogene Prüfquote von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen je Krankenhaus des vorvergangenen Quartals ab. Der Medizinische Dienst hat Prüfungen abzulehnen, die die zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von einer Krankenkasse überschreiten.

Um strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren, wurden im Jahr 2020 diejenigen Kodierempfehlungen der SEG 4, die zwischen der SEG 4 und dem FoKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) dissent waren, durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene verbindlich entschieden. Der Schlichtungsausschuss kann seitdem zur verbindlichen Klärung einer Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung angerufen werden, um ein gebührenpflichtiges Schlichtungsverfahren einzuleiten.

Die Prüfung von Strukturmerkmalen wurde rechtlich geregelt (§ 275d SGB V). Seit dem Jahr 2021 werden im OPS-Katalog Strukturmerkmale ausgewiesen. Beginnend im Jahr 2022 erfolgt für diejenigen OPS-Kodes, die ein Krankenhaus abrechnen möchte, im Vorfeld durch den Medizinischen Dienst eine Strukturprüfung. Das Krankenhaus erhält vom Medizinischen Dienst Bescheinigungen, die die Erfüllung der Strukturmerkmale der betreffenden Codes bestätigen.

Die PrüfvV setzt weitere Punkte des MDK-Reformgesetzes um: Die Krankenkassen können zukünftig nicht mehr Rückforderungen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser verrechnen und das Krankenhaus soll eine Rechnung nicht mehr korrigieren können (Ausnahme: Umsetzung des MD-Gutachtens).

2.1.1.6 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

In dem im Juli 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG wurden die Mitteilungspflichten und Mitteilungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes genauer geregelt. So ist jede fallabschließende gutachterliche Stellungnahme in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen (§ 275 Absatz 6 SGB V). Im § 277 SGB V wird der Medizinische Dienst befugt und bei Rechnungsabweichungen verpflichtet bei Begutachtungen nach § 275c SGB V dem Leistungserbringer das Ergebnis und die wesentlichen Gründe mitzuteilen. Die Krankenkasse erhält immer das Ergebnis und die wesentlichen Gründe.

2.1.2 Verordnungen/Vereinbarungen

2.1.2.1 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Die BPfIV als Rechtsverordnung regelt die Vergütung für vollstationäre, stationsäquivalente und teilstationäre Leistungen in Psych-Einrichtungen.

Der erste Abschnitt enthält allgemeine Vorschriften zum Anwendungsbereich und zu den Leistungen des Krankenhauses.

Erster Abschnitt – Allgemeine Vorschriften

Krankenhausleistungen im Sinne des Gesetzes sind „insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).“

Allgemeine Krankenhausleistungen sind „die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind.

Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der Patientin oder des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören:

1. eine Dialyse
2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung: Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen“

Zweiter Abschnitt – Vergütung der Krankenhausleistungen

Der zweite Abschnitt regelt die **Vergütung der Krankenhausleistungen** und enthält detaillierte Angaben zum Vorgehen bei der Budgetfindung in den Jahren der Entwicklung des Vergütungssystems. Seit dem Jahr 2020 soll für ein Krankenhaus ein Gesamtbudget auf der Grundlage des Gesamtbetrags des Vorjahres vereinbart werden (§ 3 Vereinbarung des Gesamtbetrages). Die zu berücksichtigenden Inhalte sind in Absatz 3 beschrieben. Ein Detailwissen über die Budgetfindungsmechanismen ist im Rahmen einer Einzelfallbegutachtung nicht erforderlich, bei Interesse wird auf den entsprechenden Paragraphen verwiesen.

Zum Gesamtbudget gehören auch die im Folgenden aufgeführten Anteile. Da diese Bestandteile begutachtungsrelevant sein können, sollen sie hier auszugsweise referiert werden.

§ 6 Absatz 4 BPfIV Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-PEPP-Leistungen)

Absatz 4 regelt eine zusätzliche krankenhausesindividuelle Vereinbarung zeitlich befristeter Entgelte in der Psychiatrie für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen noch nicht sachgerecht mit bewerteten Entgelten vergütet werden können und nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind. Das dazu notwendige Verfahren orientiert sich an § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

Der MD Bund veröffentlicht in seiner Wissensplattform Extranet (<https://nub.md-extranet.de/index.php>) die Gutachten der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste zu NUB-Anträgen aus dem jeweils aktuellen Jahr. Für das Fachgebiet Psychiatrie liegt aus dem Jahr 2022 eine Aktualisierung für das NUB- Gutachten: Esketaminhydrochlorid, intranasal bei Major Depression vor.

Dritter Abschnitt – Entgeltarten und Abrechnung

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patientinnen und Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. mit Bewertungsrelationen **bewertete Entgelte** nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9)
2. **Zusatzentgelte** nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9)
3. Ausbildungszuschlag (§ 17a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17d Absatz 2 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Absatz 3)
4. **Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden** (§ 6 Absatz 1 oder Absatz 3 Satz 3), und für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung (§ 6 Absatz 2)
5. **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 aufgenommen worden sind (§ 6 Absatz 4).

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

Die darüber hinaus abzurechnenden **Zuschläge** sind in der Arbeit des Medizinischen Dienstes nur in vereinzelt Fragenstellungen relevant. Sie können b. B. im Originaltext nachgelesen werden.

§ 8 Berechnung der Entgelte

Dieser Paragraph enthält die Regelungen, wie einheitliche Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Patientinnen und Patienten zu verrechnen sind.

Vierter Abschnitt – Vereinbarungsverfahren

§ 9 Vereinbarungen auf Bundesebene

Die BpflV sieht in diesem Paragraphen eine Reihe von Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene vor und enthält auch Regelungen bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung.

1. Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV)
Die für die Einzelfallprüfung relevanten Kernaussagen werden in diesem BGL unter: 2.1.2.2 Verordnungen/Vereinbarungen referiert.
2. Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung
Diese Vereinbarung basiert auf der Grundlage eines Konzepts des InEK und enthält die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs.

2.1.2.2 Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2022 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2021 – PEPPV 2022)

Die Vertragsparteien vereinbaren auf der Grundlage des § 17d Absatz 3 KHG die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des PEPP, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen sowie die Abrechnungsbestimmungen.

In diesem Kapitel wird die PEPPV nur in Auszügen wiedergegeben.

Die PEPPV enthält:

- einen Katalog nach § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten einschließlich der Bewertungsrelationen
- einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe

- die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2; § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend.

Zu § 1 Abrechnungsgrundsätze

Hier finden sich Regelungen zu zertifizierten Groupern, zur Zählung von Berechnungstagen, zu einer Übergangsregelung bei Wechsel des Entgeltsystems, zur Berücksichtigung des Alters der Patientin oder des Patienten, und zu Fallzusammenführungen, Abschlagszahlungen und Ähnlichem. Die Vergütung von Leistungen einer vor- und nachstationären Behandlung und die einer Dialysebehandlung während der stationären Behandlung sind ebenso geregelt wie die Höhe einer Abschlagszahlung im Rahmen einer Zwischenrechnung.

Für die Einzelfallbegutachtung als relevant herauszustellen ist insbesondere die *Zählung der Berechnungstage*:

Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts sowie bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt, inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus / der stationsäquivalenten Behandlung. Wenn eine Patientin oder ein Patient am gleichen Tag – gegebenenfalls auch mehrfach – aufgenommen und verlegt oder entlassen wird, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Vollständige Tage der Abwesenheit, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in der Rechnung gesondert auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt.

Für Fallzusammenfassungen ist die Definition des Falles zu berücksichtigen. Grundsätzlich zählt jede Aufnahme als Fall. Bei Wiederaufnahmen (s. § 2) und Rückverlegungen (s. § 3) erfolgt jedoch eine Fallzusammenfassung. Diese Aufenthalte sind dann als ein (Anm.: zusammenhängender) Fall zu zählen. Hierbei sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen. Die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte sind in die Berechnung einzubeziehen.

Als ergänzende Regelung wurde ab dem Jahr 2022 festgelegt, dass bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson der Patientin oder des Patienten oder einer Pflegekraft gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV für die Erstattung der Unterkunft und Verpflegung die "Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 KHG" vom 16.09.2004 Anwendung findet.

Dies gilt nicht für Mitaufnahmen im Rahmen eines Eltern-Kind-Settings gemäß OPS 9-686.* oder Mutter/Vater-Kind-Setting gemäß OPS 9-643.*, bei denen sämtliche Leistungen für eine Begleitperson mit der Vergütung der Patientin oder des Patienten abgegolten werden.

Zu § 2 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

Bei Wiederaufnahme einer Patientin oder eines Patienten in dieselbe Strukturkategorie müssen die Aufenthalte zu einem Fall zusammengefasst werden, wenn diese innerhalb von 14 Tagen ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung erfolgt und wenn vom Aufnahmetag des ersten Aufenthaltes an gerechnet nicht mehr als 90 Tage vergangen sind. Es können auch mehr als zwei Aufenthalte zu einem Fall zusammengefasst werden.

Es erfolgt eine Neueinstufung in ein Entgelt, bei der die Daten aller zusammenfassenden Krankenhausaufenthalte berücksichtigt werden. Als Hauptdiagnose des zusammengefassten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen. Bei mehr als zwei zusammenfassenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlichen früheren Aufenthaltes zu wählen.

Die Regelungen zur Wiederaufnahme gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte. Eine Zusammenfassung von vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen erfolgt nicht. Für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus unterschiedlichen Jahren erfolgt keine Fallzusammenfassung.

Zu § 3 Verlegung

Eine Verlegung von Patientinnen und Patienten in ein anderes Krankenhaus liegt vor, wenn zwischen Entlassung aus dem einen und Aufnahme in das andere Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden liegen. Beide Krankenhäuser rechnen die Behandlung getrennt ab. Bei Rückverlegung in das vorbehandelnde Krankenhaus gelten die Wiederaufnahmeregeln aus § 2.

Eine krankenhauserinterne Verlegung zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegesatzverordnung (PEPP) und nach Krankenhausentgeltgesetz (DRG) abrechnen, wird wie eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern behandelt, der Verlegungstag ist von der verlegenden Abteilung nicht abzurechnen.

Bei einer Verlegung zwischen vollstationärer, stationsäquivalenter und teilstationärer Behandlung werden die Behandlungen getrennt abgerechnet, d. h. in diesen Fällen erfolgt keine Fallzusammenfassung. Bei Wechsel am selben Kalendertag von vollstationärer oder stationsäquivalenter zu teilstationärer und von teil- zu vollstationär oder stationsäquivalent ist der Verlegungstag für den verlegenden Bereich nicht abrechnungsfähig.

Zu § 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern

Am 31. Dezember 2022 werden Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 oder bereits zuvor stationär aufgenommen wurden, für Zwecke der Abrechnung entlassen und am 1. Januar 2023 wieder aufgenommen. Eine Fallzusammenfassung nach § 2 Absatz 1 und 2 findet nicht statt. Die Abrechnung ab dem 01.01.2023 erfolgt für Patientinnen/Patienten nach den Sätzen 1 bis 2 nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen. Die Zählung der Berechnungstage beginnt am 01.01.2023 neu.

Zu § 5 Zusatzentgelte

Zusätzlich zu den bewerteten Entgelten des Psych-Entgeltsystems und zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV (siehe dort) können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalog nach Anlage 3 der PEPPV abgerechnet werden. Neben Zusatzentgelten sind ergänzende Tagesentgelte nach § 6 abrechenbar.

Anlage 4 der PEPPV benennt Leistungen, die im bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog nicht bewertet sind. Für diese können die Vertragsparteien krankenhauserindividuelle Zusatzentgelte nach

§ 6 Absatz 1 BPfIV vereinbaren (siehe dort). Diese können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten abgerechnet werden.

Wurden für Leistungen nach Anlage 4 für das Jahr 2022 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BPfIV für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

Zu § 6 Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten können bundeseinheitlich ergänzende Tagesentgelte (nach Anlage 5) abgerechnet werden. Außer dem ET02 (Intensivbehandlung Erwachsene) gilt dies auch an nicht abrechenbaren Verlegungstagen. Daneben sind auch Zusatzentgelte nach § 5 abrechenbar.

Zu § 7 Teilstationäre Leistungen

Teilstationäre Leistungen werden auch am Verlegungs- oder Entlassungstag abgerechnet. Die Regelungen für die Wiederaufnahme und für eine Verlegung gelten entsprechend der §§ 2 und 3. Bei Verlegung von einer teilstationären in eine vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung an demselben Tag innerhalb eines Krankenhauses kann für den Verlegungstag abweichend von § 1 Absatz 3 kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

Zu § 8 Sonstige Entgelte

Der Paragraph enthält Regelungen zu Abrechnungsvorgängen für unbewertete Entgelte für den Fall, dass für den Vereinbarungszeitraum 2023 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbart wurden. Entsprechend werden für jeden vollstationären Berechnungstag 250,- €, für jeden teilstationären Berechnungstag 190,- € und für jeden stationsäquivalenten Behandlungstag 200,- € abgerechnet.

Zu § 9 Kostenträgerwechsel

Die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten zuständige Krankenkasse bearbeitet die Abrechnung des Gesamtaufenthaltes auch bei Kassenwechsel während des Aufenthaltes.

In § 10 Laufzeit der Entgelte und § 11 Inkrafttreten (Außerkräfttreten, Übergangsregelung) werden verfahrenstechnische Details geregelt.

2.1.2.3 Vereinbarungen zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

Seit dem 01.01.2018 kann in Deutschland für psychisch kranke Menschen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) erbracht werden. Diese Krankenhausleistung wurde durch den Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) in § 115d SGB V ins Leben gerufen. Es handelt sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patientin/des Patienten.

Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 3 SGB V (Leistungsbeschreibung)

Die Leistungsbeschreibung der StäB ist eine der Aufgaben auf Vereinbarungsebene, mit der der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner betraut hatte. Die Vereinbarung bildete die Grundlage für die Verschlüsselung der Leistung im OPS.

Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V

Diese Vereinbarung wurde nach § 115d Absatz 2 SGB V durch die Selbstverwaltungspartner im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen und ist am 01.08.2017 in Kraft getreten. Sie bezieht sich unmittelbar auf die zeitlich im Vorfeld erarbeitete Leistungsbeschreibung nach § 115d Absatz 3 SGB V.

Sie enthält die Anforderungen

- an die Qualität der Leistungserbringung
- an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern und
- an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.

Für die gutachterliche Einzelfallprüfung ist insbesondere der dritte Punkt relevant: „Anforderungen an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung“. Diese werden in § 11 der Vereinbarung abgebildet. Es ist ein Novum, dass die beiderseitige Arbeit durch entsprechende Vorgaben zur Dokumentation erleichtert wird. Durch den Vereinbarungscharakter erhält das Dokument eine Verbindlichkeit, die sich in der Bewertung der Dokumentation in Patientenakten als vorteilhaft erweisen kann.

Für die Begutachtung wird durch die Berücksichtigung einer „Arbeits- und Entscheidungshilfe für die Einzelfallbegutachtung zur stationsäquivalenten Behandlung“ empfohlen. Diese Arbeitshilfe ist durch das KCPP erstellt worden und ist in der Wissensdatenbank des MD Bund zu finden.

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

2.2.1 PEPP-System

Das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) ist ein Patientenklassifikationssystem, das auf Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.

Die Eingruppierung nach PEPP ist somit Grundlage der leistungsorientierten tagesbezogenen Entgelte nach § 17d KHG. Die Gültigkeit des Entgeltsystems erstreckt sich auf Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG. Die Abkürzung PEPP wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für die einzelnen Fallgruppen verwendet.

Trotz Ablösung des ursprünglich geplanten Preissystems durch ein Budgetsystem bleibt die Kalkulation der pauschalierenden Entgelte auf der Basis einer empirischen Datengrundlage unter Berücksichtigung der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 30.11.2009 bestehen.

2.2.1.1 Aufbau des Entgeltkatalogs

Im PEPP-Bereich ergab sich kein Änderungsbedarf bei der Definition der PEPP. Aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Leistungs- und Kostendaten des Datenjahres 2021 erfolgte erneut keine reguläre Weiterentwicklung. Die im Vorjahr erfolgten Umbauten zur Abbildung der COVID-19-Fälle wurden bestätigt. Behandlungsfälle von COVID-19-Patientinnen und -Patienten mit einem erhöhten Aufwand werden im Entgeltsystem 2022 in einer verbesserten Differenzierung höher bewerteten Fallgruppen zugeordnet.

Der PEPP-Katalog 2023 entspricht im Ergebnis der Vorjahresversion.

Im PEPP-Katalog 2022 finden sich weiterhin insgesamt 85 PEPP (57 vollstationäre, 20 teilstationäre, 2 stationsäquivalente und 6 Fehler-PEPP). Der Entgeltkatalog bildet voll- und teilstationäre und stationsäquivalente Krankenhausleistungen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen ab. Die Bewertungsrelationen werden bundeseinheitlich als Relativgewichte definiert. Bei der Normierung erfolgte eine einheitliche und geringfügige Aufwertung der Relativgewichte bei den PEPP um ca. 0,24 %.

Unverändert gilt eine einheitliche Bewertungsrelation einer PEPP ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren. Es erfolgt eine tagesbezogene Vergütung, ermittelt als durchschnittliche Kosten der Fälle mit Entlassung am gleichen Pfllegetag. Der Entlassungstag wird unverändert in die Abrechnung mit einbezogen.

Die Zusatzentgelte im PEPP-System werden mit ZP abgekürzt. Die ZP dienen der Vergütung besonderer Leistungen, die ansonsten nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Anzahl der Zusatzentgelte

beträgt 128, wobei zwischen bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelten unterschieden wird. Diese sind in den Anlagen 3 und 4 des PEPP-Entgeltkatalogs aufgeführt.

Bei der Prüfung sind folgende spezifische Zusatzentgelte von besonderer Relevanz:

Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (ZP73), repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) für die Grundleistung sowie die Therapiesitzung (ZP75), Gabe von Paliperidon, parenteral (ZP2022-26). Für die vorgenannten Zusatzentgelte stehen Begutachtungshilfen im Extranet des MD Bund zur Verfügung (<https://ze.md-extranet.de/gutachten1.php?jahr=2022>).

Neben den Zusatzentgelten gibt es im PEPP System das Vergütungselement der Ergänzenden Tagesentgelte (ET). Erhöhte und im Verlauf wechselnde Behandlungsaufwände werden dadurch unabhängig von der jeweiligen PEPP extra vergütet.

Die Steuerung in die ET ergibt sich aus der Abrechnung der OPS-Kodes. Im Erwachsenenbereich handelt es sich weiterhin um die OPS-Kodes 9-640.06 bis .08 (erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, 1:1 Betreuung), 9-619 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patientinnen und Patienten mit 3 Merkmalen), 9-61a (Intensivbehandlung mit 4 Merkmalen) und 9-61b (Intensivbehandlung mit 5 und mehr Merkmalen).

Für den Kinder- und Jugendbereich führen die OPS-Kodes 9-693.03 bis .05 (Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen) und 9-693.13 bis .15 (Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen) in die jeweiligen ergänzenden Tagesentgelte.

Für die Zusatzentgelte und die Ergänzenden Tagesentgelte erfolgte eine Neuberechnung auf Grundlage der aktuellen Kostendaten.

Die Klassifikation der Behandlungsfälle führt in eine fünfstellige PEPP. Diese gliedert sich in die Strukturkategorie, eine Basis-PEPP und eine durch Ressourcenverbrauch definierte PEPP innerhalb der Basis-PEPP, eine Prä-PEPP für besonders teure Behandlungsfälle sowie in die so genannte Fehler-PEPP für nicht regulär zuzuordnende Behandlungsfälle.

Struktur einer PEPP			
Strukturkategorie (SK)			
Basis-PEPP (BPEPP)			
1. Zeichen	2. Zeichen	3./4. Zeichen	5. Zeichen
P/T/Q	0/K/P/A/F	01 - 99	Z/A/B/C/D
Behandlungsbereich: P vollstationär T teilstationär Q stationsäquivalent	Strukturgruppe: 0 Prä-PEPP K Kinder- und Jugendpsychiatrie P Psychosomatik A Psychiatrie F Fehler-PEPP	Angabe der gruppiierungsrelevanten Diagnosegruppe (nicht bei Prä- und Fehler-Strukturkategorie)	Ressourcenverbrauch: Z keine Unterteilung A höchster B zweithöchster C dritthöchster D vierthöchster
Beispiel: P A 04 C: (Affektive, neurotische Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter <66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation) vollstationär, Psychiatrie, affektive Störungen, dritthöchster Ressourcenverbrauch			

Die Strukturkategorie (SK) setzt sich aus dem Behandlungsbereich und der Strukturgruppe zusammen. Sie ist das oberste Ordnungskriterium innerhalb der PEPP und definiert die strukturellen Merkmale des stationären Aufenthalts. Die erste Stelle der PEPP zeigt an, ob es sich um eine vollstationäre (P), teilstationäre (T) oder stationsäquivalente (Q) Behandlung handelt. Die zweite Stelle definiert, ob es sich um eine Prä-PEPP (0, "Null"), eine PEPP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (K), in der Psychosomatik (P), in der Psychiatrie (A) oder um eine Fehler-PEPP (F) handelt.

Die Basis-PEPP ist vierstellig und gibt in der Regel die Zuordnung zu einer Diagnosegruppe wieder. Die Hauptdiagnose stellt eines der wichtigsten Kriterien für die Eingruppierung gemäß der PEPP-Systematik dar. Als Ordnungsmerkmal werden hier Diagnosegruppen verwendet, die an die Klassifikation der ICD-10 angelehnt sind. Die Diagnosegruppe ist für die entsprechende PEPP gruppiierungsrelevant und namensgebend. Da nicht alle Diagnosegruppen in der jeweiligen Strukturkategorie genügend Fälle enthalten, um eine PEPP abzubilden, werden die Diagnosegruppen zusammengefasst. Die PEPP trägt in der Regel den Namen und das Kürzel der fallstärksten Diagnosegruppe.

Auf der fünften Stelle wird der Ressourcenverbrauch innerhalb einer Basis-PEPP angegeben. Dies erfolgt durch unterschiedliche Faktoren wie z. B. komplizierende Diagnosen/Prozeduren oder Alter. Der Schweregrad wird absteigend durch Buchstaben (A, B, C, D) gekennzeichnet. Liegen keine unterschiedlichen Schweregrade vor, so wird der Buchstabe Z vergeben.

Die Prä-PEPP (0) dient der Darstellung besonders aufwändiger Konstellationen, die mit deutlich höheren Tageskosten verbunden sind. Es handelt sich dabei um eine weitgehend von Fachabteilung und Hauptdiagnose unabhängige Eingruppierung, abgebildet durch den OPS (Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Aufwand, erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen). Die Prästrukturkategorie P001Z (Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnografie) ist

auch für das Jahr 2023 als unbewertetes Entgelt eingestuft worden. Für diese PEPP ist ein krankenhausesindividuelles Entgelt zu vereinbaren.

Die Zuordnung zur Fehler-PEPP (F) dient der Identifikation von fehlerhaften oder nicht gruppierbaren Konstellationen (PF01Z bis PF04Z und PF05Z für die stationsäquivalente Behandlung). Hier werden die Fälle zugeordnet, die eine Fehlkodierung im Bereich der Prozeduren aufweisen, die gruppierungsrelevant sind.

Die Fehler-PEPP PF96Z wird verwendet, wenn die Hauptdiagnose ungültig ist oder wichtige Informationen fehlen oder falsch sind. Dies gilt für den vollstationären und für den teilstationären Bereich.

Bei Krankenhausbehandlung im Sinne einer stationsäquivalenten Leistung werden die Fälle auf Grund des Aufnahmegrundes StäB und der Kodierung der OPS aus 9-801 bzw. 9-701 in die Strukturkategorie der stationsäquivalenten Behandlung (*QK-Strukturkategorie Stationsäquivalente Behandlung KJP*) und QA (*Strukturkategorie Stationsäquivalente Behandlung Erwachsene*) gruppiert. Für die stationsäquivalente Behandlung sind weiterhin zwei unbewertete PEPPs sowie eine spezifische Fehler-PEPP vorgesehen.

2.2.1.2 Kodierung im PEPP-System

In jährlichen Revisionen werden die Klassifikationsschlüssel jeweils an die geänderten Anforderungen des PEPP-Systems angepasst.

Seit dem Jahr 2021 wurde bei einer Vielzahl von OPS-Kodes in den Kapiteln 1, 8 und 9 eine Unterscheidung von krankenhausesbezogenen Strukturmerkmalen und patientenbezogenen Mindestmerkmalen vorgenommen.

In einigen OPS erfolgte für das Jahr 2023 eine Klarstellung bzw. Anpassung der Strukturmerkmale. Insbesondere sind hier die Anpassung der Berufsgruppenbezeichnung der Psychotherapeuten oder Psychologen an die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik -Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und an das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) zu nennen. Ergänzt wurde in den Strukturmerkmalen in vielen Kodes der neue Berufsabschluss“ Pflegefachfrau/Pflegefachmann“.

Bei der Verschlüsselung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen wird zunächst danach unterschieden, ob es sich um die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen oder von Kindern und Jugendlichen handelt. Im Weiteren erfolgt eine Differenzierung zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychosomatisch/psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen. Besonders aufwändige Leistungen im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie können mit Zusatzinformationen (9-64ff und 9-69ff), die zusätzlich zu den Prozeduren angegeben werden, abgebildet werden (z. B. erhöhter Betreuungsaufwand, kriseninterventionelle Behandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung).

Eine weitere Differenzierung stellt die Unterteilung nach der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten pro Woche durch die Abrechnung der Zusatzcodes 9-649ff (Erwachsene) und 9-696ff (Kinder- und

Jugendliche) dar. Bei diesen Codes wird zusätzlich unterschieden, von welcher Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen oder Spezialtherapeuten) die Therapieeinheiten erbracht wurden.

Eine Besonderheit der Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Möglichkeit einer Behandlung im häuslichen Umfeld – stationsäquivalente Behandlung (StäB) gemäß § 115d SGB V. Diese Leistung wird über die Codes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung; der OPS 9-701ff für Erwachsene und der OPS 9-801ff für Kinder und Jugendliche abgebildet.

Vom Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie wurde eine Arbeits- und Entscheidungshilfe für die Einzelfallbegutachtung zur stationsäquivalenten Behandlung erstellt. Diese Arbeitshilfe kann in der *InfoMed-Datenbank* im Extranet des MD Bund abgerufen werden.

In einem Entgeltsystem, das Leistungen pauschal vergütet, d. h. in dem vergleichbare Krankenhaufälle einer PEPP zugeordnet werden, muss sichergestellt sein, dass Krankenhaufälle mit gleichem Leistungsinhalt auch im Hinblick auf ihr Krankheits- und Leistungsspektrum einheitlich zugeordnet (verschlüsselt) werden. Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen auch in schwierigen Fällen einheitlich angewendet werden. Eine einheitliche Kodierqualität muss sichergestellt sein. Nur so sind eine sachgerechte Kalkulation und eine einheitliche PEPP-Zuordnung möglich.

Die DKR-Psych. Version 2022 beziehen sich auf die Anwendung der ICD-10-GM 2023 und des OPS Version 2023. Für das Jahr 2023 ergaben sich für dieses Regelwerk inhaltlich keine Änderungen.

Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik stellen im neuen Vergütungssystem PEPP, ebenso wie die Deutschen Kodierrichtlinien im G-DRG-System, eine der wichtigsten Grundlagen für die MD-Gutachterinnen und -Gutachter im Rahmen ihrer Tätigkeit bei der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung dar. Die MD-Gutachterinnen und -Gutachter sind neben den deutschen Krankenhausärztinnen und -ärzten die häufigsten Anwender und daher aufgefordert, ihre Erfahrungen einzubringen. Mit der strukturierten Zusammenführung von Änderungsvorschlägen über die SEG 4 und das KCPP kann der Sachverstand der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste in das lernende System eingebracht werden.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Verträge/Vereinbarungen

2.3.1.1 Landesverträge nach § 112 SGB V

Die Landesverträge nach § 112 SGB V regeln im Sinne zweiseitiger Verträge das Nähere über die Krankenhausbehandlung. Die Inhalte dieser Landesverträge können bezüglich der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung (§ 112 Absatz 2 Nr. 2 SGB V) relevant sein.

Die Kenntnis der jeweiligen Landesverträge kann für die gutachterliche Tätigkeit – insbesondere im Hinblick auf Festlegungen in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern – hilfreich sein. Da diese jedoch in unregelmäßigen zeitlichen Abständen in den Bundesländern angepasst werden,

beziehungsweise einige Bundesländer keine solchen Verträge haben, ist es sinnvoll, hierzu zu recherchieren. (Landeskrankenhausgesetze und Landesverträge finden sich zum Beispiel unter: <https://www.aok.de/gp/verwaltung/landesgesetze-und-vertraege>)

2.3.1.2 Prüfverfahren

Prüfungen nach § 275 SGB V

Die allgemeine Rechtsgrundlage für eine Einzelfallprüfung von Krankenhausabrechnungen findet sich in § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Über Jahre hinweg wurden mit dem Anliegen einer Aufwandsminimierung für die Krankenhäuser Anpassungen in der Gesetzgebung vorgenommen. Die Krankenseite hatte eine große Belastung durch hohe Zahlen von Abrechnungsprüfungen beklagt. Das seit dem 01.01.2020 rechtskräftige MDK-Reformgesetz enthält etliche Änderungen, von denen einige hier beispielhaft benannt werden, die für die Prüfungen der Medizinischen Dienste wesentlich sind:

- Einführung eines quartalsbezogenen Prüfquotensystems
- der Einzelfallprüfung vorgelagerte Strukturprüfungen
- vom Krankenhaus an die Krankenkasse zu leistende Aufschlagszahlungen bei vom MD beanstandeten Krankenhausrechnungen

Grundsätzlich bezweckt das Gesetz eine organisatorische Loslösung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen. Der MD soll die Krankenhäuser seltener, dafür aber gezielter prüfen. Nach dem Willen des Gesetzgebers wird der § 275 SGB V absehbar eine weitreichende Überarbeitung erfahren.

Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021

Mit Datum vom 22.06.2021 wurde von der Schiedsstelle des GKV-SV und der DKG eine neue Prüfverfahrensvereinbarung festgesetzt. Diese gilt für die Abrechnungsprüfung von Krankenhausbehandlungen mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2022 und löst die bisherige Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 und Übergangsvereinbarung vom 01.04.2020 ab. (Die bisherigen Vereinbarungen finden sich im BGL PEPP von 2020.)

Die Vereinbarung enthält Regelungen u. a. über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MD (Vorverfahren), über den Zeitpunkt der Beauftragung des MD, über die Prüfungsdauer (Fristen), den Prüfungsort, eine mögliche Erweiterung des Prüfgegenstandes, ein Erörterungsverfahren zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach MD-Prüfung, die Korrektur der Abrechnung sowie die Datenübermittlung.

Die Vereinbarung ist für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Im Hinblick auf die Landesverträge nach § 112 SGB V wurde festgelegt, dass dort lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden können, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

Wesentliche Eckpunkte der Vereinbarung sind:

Vorverfahren (Falldialog)

Das Vorverfahren erfolgt ohne Hinzuziehung des MD. Sowohl Krankenkasse als auch Krankenhaus können zu dem Falldialog auffordern. Er ist in der Regel innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist abzuschließen. Die Prüfeinleitungsfrist endet 4 Monate nach Eingang der übermittelten Daten. Eine einvernehmliche Verlängerung dieser Frist ist möglich.

Beauftragung des MD

Die Krankenkasse kann den MD nach dem Vorverfahren innerhalb einer Frist von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens beauftragen (vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung des Falldialogs).

Alternativ besteht die Möglichkeit einer direkten Beauftragung des MD. Ein Vorverfahren entfällt in diesem Fall. Es gilt die gesetzlich vorgesehene Frist von 4 Monaten.

Die MD-Prüfanzeige muss dem Krankenhaus unter Angabe des Datums der Beauftragung innerhalb von 2 Wochen zugegangen sein. Ggf. ist der bei der Einleitung des Prüfverfahrens mitgeteilte Prüfgegenstand zu konkretisieren. Im Rahmen des Vorverfahrens gewonnene Erkenntnisse sind zu ergänzen.

In Fällen einer Direktbeauftragung des MD ist dem Krankenhaus in der Prüfanzeige des MD mitzuteilen, welcher Prüfgegenstand zur Einleitung des Prüfverfahrens geführt hat. Die MD-Prüfung muss sich nicht auf den ursprünglichen Prüfgegenstand beschränken.

Durchführung der Prüfung

Bezüglich der Prüfung sollen sich MD und Krankenhaus verständigen. Sie kann vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgen. Gelingt eine Verständigung nicht, entscheidet der MD. Eine Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V. Wird ein schriftliches Verfahren durchgeführt, kann der MD die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Der MD soll die zu übersendenden Unterlagen konkret benennen. Das Krankenhaus kann darüber hinaus Unterlagen ergänzen, sofern diese aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlich sind. Die Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus hat innerhalb von 8 Wochen zu erfolgen.

Sofern das Krankenhaus die Krankenkasse zuvor darüber informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300,- Euro an die Krankenkasse entrichtet hat, kann bei Nachlieferung der erforderlichen Unterlagen innerhalb weiterer 3 Wochen das Prüfverfahren fortgesetzt werden. Wenn auch diese Frist verstrichen ist, ist eine Übersendung von Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen.

Bei einer unvollständigen Unterlagenübermittlung begutachtet der MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen.

Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes ist im schriftlichen Verfahren nach Bestätigung durch die Krankenkasse dem Krankenhaus vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen. Bei Bedarf können konkret benannte Unterlagen nachgefordert werden, die sich ausschließlich auf den erweiterten Prüfgegenstand beziehen dürfen. Die Unterlagen müssen innerhalb von 4 Wochen vom Krankenhaus an den MD übermittelt werden. Die Frist der Entscheidung der Krankenkasse nach Prüfung verlängert sich in dem Fall um einen Monat. Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes kann auch bei einer Prüfung vor Ort erfolgen.

Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

Die Krankenkasse hat innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung unter Benennung der wesentlichen Gründe mitzuteilen.

Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

Das Erörterungsverfahren dient der vorgerichtlichen Klärung und Entlastung der Sozialgerichte.

Das Krankenhaus kann innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der abschließenden Mitteilung der Krankenkasse die Entscheidung bestreiten und mit inhaltlicher Begründung ein Erörterungsverfahren einleiten. Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus innerhalb von 6 Wochen mitzuteilen, ob sie sich der Begründung des Krankenhauses anschließt. Binnen 12 Wochen nach dieser Mitteilung ist das Erörterungsverfahren abzuschließen. Wird eine Einigung erzielt, so ist die Rechnung entsprechend zu korrigieren. Bei Verweigerung oder fehlender Mitwirkung einer Partei gilt der Fall als erörtert. Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Auf dem Boden der Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie wurde am 20.12.2021 von dem GKV-SV und der DKG eine Ergänzungsvereinbarung und in der Folge eine weitere Fortschreibung bis zum 30.06.2022 zur aktuellen PrüfvV verabschiedet.

Diese gelten für alle Patientinnen oder Patienten, die ab dem 01.01.2022 bis zum 30.06.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden und legen folgende abweichende Fristen fest:

- Die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus beträgt 12 Wochen (anstelle von 8 Wochen, wie in der PrüfvV festgelegt)
- Die Frist für die Ergebnismitteilung der Krankenkasse beträgt 10 Monate (anstelle von 9 Monaten, wie in der PrüfvV festgelegt)

Die Prüfverfahrensvereinbarung vom 22.06.2021, die Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2021 und deren Fortschreibung vom 21.03.2022 finden sich als Anlagen im Anhang dieses Begutachtungsleitfadens.

2.3.2 Regelwerke

2.3.2.1 PEPP-Definitionsbandbuch

PEPP ist ein Klassifikationssystem, mit dem sich stationäre Behandlungsepisoden von Patientinnen und Patienten in Kategorien einteilen und somit messen lassen. Um diese Einteilung vornehmen zu können, müssen Algorithmen vorgegeben werden, die, ausgehend von einem bestimmten Datensatz, jeden bestimmten Behandlungsfall eindeutig einer Fallgruppe zuordnen. Auf Grund des angelsächsischen Ursprungs von pauschalierenden Systemen nennt man dieses Eingruppieren Grouping. Der Prüfalgorithmus bzw. die entsprechende Software wird als Grouper bezeichnet.

Der Prozess der Zuordnung von Behandlungsfällen anhand von Diagnosen, Prozeduren und weiteren Daten zu Vergütungsgruppen und die logischen Definitionen dieser Gruppen werden im PEPP-Definitionsbandbuch anhand von Ablaufdiagrammen und Tabellen beschrieben. Über die Erläuterung der Zuordnungsprinzipien gelangt man zum Verständnis, auf welche Weise bestimmte Datensätze zu bestimmten Vergütungsgruppen zugeordnet werden.

Gruppierungslogik, Gruppierungsregeln und Hinweise zur Anwendung des Definitionsbandbuchs werden in der Einleitung der Definitionsbandbücher ausführlich erläutert. Im Weiteren werden dann für alle Strukturkategorien und Hauptdiagnosegruppen die jeweilige Entscheidungslogik in einem Ablaufdiagramm sowie die jede Basis-PEPP definierenden Diagnosen und Prozeduren dargestellt.

Zusätzlich finden sich ein Diagnosekode-Index, ein Prozedurenkode-Index sowie ein Index über sogenannte „Funktionen“ die die Einstufung in höherwertige Vergütungsgruppen begründen.

2.3.2.2 Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik

Kodierrichtlinien regeln und unterstützen die Zuordnung vergleichbarer Leistungen zu demselben Entgelt, indem mit ihrer Hilfe Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden.

Ausgangsbasis für die Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) waren die bereits bestehenden Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das DRG-System. An dem Grundprinzip-Ziel die Inhalte der Richtlinien insgesamt möglichst eng an die DKR anzulehnen, wurde auch im vergangenen Jahr festgehalten, da es auch in der aktuell vorliegenden Version nicht für alle Kodierrichtlinien gelungen ist, geeignete Beispiele für die Psychiatrie/Psychosomatik zu finden. In diesen Fällen wurden die Beispiele aus dem DRG-Bereich belassen, um dennoch die Intention der Kodierrichtlinien besser zum Ausdruck zu bringen.

Die Kodierrichtlinien werden grundsätzlich jährlich überarbeitet, um den medizinischen Fortschritt, Änderungen der klinischen Klassifikationen, Aktualisierungen des Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik und Kodiererfahrungen aus der klinischen Praxis zu berücksichtigen. Für das Jahr 2023 haben sich keine inhaltlichen Änderungen in den bestehenden Kodierrichtlinien ergeben. Für die Psychiatrie/Psychosomatik erfolgten lediglich redaktionelle Anpassungen sowie die Anpassung des Regelwerks an den OPS 2023.

Die Version der DKR-Psych für 2023 wurde vom InEK am 13.10.2022 veröffentlicht. Sie bezieht sich auf die Anwendung der ICD-10-GM 2023 und den OPS Version 2023. Die DKR-Psych enthalten im Gegensatz zu den DKR bisher nur Allgemeine Kodierrichtlinien, die sich in folgende Teile gliedern:

- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Hier werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben.

Dabei ist zu beachten, dass die DKR-Psych Vorrang vor

- den systematischen Verzeichnissen von ICD-10-GM und OPS und
- den alphabetischen Verzeichnissen von ICD-10-GM und OPS haben.

2.3.2.3 ICD-10-GM-Klassifikation

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, (ICD-10-GM) ist eine Diagnosenklassifikation und wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben.

Die ICD-10-GM basiert auf der englischsprachigen ICD-10 der WHO (Weltgesundheitsorganisation). Die Ziffer steht für die Anzahl der bereits vorgenommenen Revisionen der Klassifikation (10. Revision).

Die an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste modifizierte Fassung ist in Deutschland in der ambulanten und in der stationären Versorgung als amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen verbindlich anzuwenden.

Andere, nicht amtliche Spezialausgaben der ICD-10, so z. B. die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ von Dilling et al. für das „Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen“, sind für die Kodierung im Entgeltsystem als nicht verbindlich anzusehen. Sie sind als Arbeitshilfen für den klinischen Gebrauch bestimmt.

Ziel der ICD-10-GM ist es, über eine alphanumerische Kodierung eine lückenlose, umfassende und eindeutige Klassifikation der Krankheiten und damit verwandter Gesundheitsprobleme zu erreichen.

Strukturiert ist die ICD-10-GM in 22 Kapitel, die sich vorwiegend nach ätiologischen, topografischen und morphologischen sowie altersbezogenen Klassifikationsprinzipien aufbauen. Die Verschlüsselung der psychiatrischen Diagnosen befindet sich im Kapitel V (F00 – F99 Psychische und Verhaltensstörungen). 2023 neu eingefügt wurden „Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung von psychischen und Verhaltensstörungen“: U63.-! Mit diesen Schlüsselnummern sollen spezifische psychische Störungsbilder im Rahmen einer Demenz (F00 bis F03) angegeben werden. Für die Diagnosen F48.0 (Neurasthenie) und F95.- (Ticstörungen) gab es redaktionelle Änderungen.

Unterebenen sind Gruppen, Kategorien, Subkategorien und Subklassifikationen. Zusätzlich zu den Kapitel- und Gruppenüberschriften sowie den Kategorie- und Subkategorietexten existieren ergänzende Informationen in Form von erläuternden Hinweisen, Inklusiva, Exklusiva und Bemerkungen, um die sachgerechte Verschlüsselung zu unterstützen. Über diese Ebenen lassen sich alle Krankheiten und verwandten Probleme hierarchisch bestimmen, so dass sich eine Tiefenstruktur ergibt. Sonderzeichen liefern zusätzliche Informationen.

Parallel wird an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet. Die resultierende ICD-11 wurde im Mai 2019 von der WHO verabschiedet. Nach Einschätzung des BfArM wird die Einführung der ICD-11 in Deutschland noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Solange gilt weiterhin die ICD-10 als amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen.

2.3.2.4 OPS-Klassifikation

Der OPS ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel und geht auf die International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) zurück, die erstmals im Jahr 1978 von der WHO herausgegeben wurde. Die jeweils aktuelle Version des OPS soll im Rahmen der Abrechnungssysteme die differenziertere Verschlüsselung von Prozeduren ermöglichen.

Ziel ist eine systematische Ordnung von Maßnahmen in der Medizin. Diese sollen umfassend und eindeutig abgebildet werden. Dazu dient eine vorwiegend numerische, teils auch alphanumerische Gliederungsstruktur mit bis zu sechs Stellen. Diese Struktur ist hierarchisch aufgebaut. Inklusiva (Einschlussvermerke), Exklusiva (Ausschlussvermerke) und Hinweise tragen zur Präzisierung bei, ebenso Sonderzeichen. Die Beachtung der formalen Festlegungen im OPS-Katalog ist für eine korrekte Kodierung unabdingbar.

Das Werk gliedert sich in sechs Kapitel: Diagnostische Maßnahmen (1-), bildgebende Diagnostik (3-), Operationen (5-), Medikamente (6-), nichtoperative therapeutische Maßnahmen (8-) und ergänzende Maßnahmen (9-). Darunter finden sich Bereichsüberschriften (Gruppen), es folgen bis zu vier weitere Hierarchieebenen, die aber nicht alle besetzt sein müssen. Die Schlüssel folgen dabei keiner fachbezogenen, sondern einer topografisch-anatomischen Gliederung. Wichtige Zusatzinformationen (z. B. bestimmte OP-Techniken, Reoperationen) besitzen eigene Schlüssel.

Die relevanten OPS-Kodes für therapeutische Interventionen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik finden sich im Kapitel 9.

Für die Version 2021 erfolgte in den Kapitel 1, 8 und 9 bei einer Vielzahl von Kodes eine Aufteilung in krankenhausbefugte Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale. Diese wurden in der Version 2022 noch einmal angepasst. 2023 erfolgten im Kapitel 9 in erster Linie Anpassungen an das Pflegeberufegesetz durch Ergänzung der neuen Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ sowie an das Psychotherapeutengesetz und die PPP-RL durch Anpassung der Berufsbezeichnung „Psychotherapeuten oder Psychologen“.

3 Nicht besetzt

An dieser Stelle des Begutachtungsleitfadens wurde die bisherige Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK erklärt. Durch das MDK-Reformgesetz zum 01.01.2020 wurde die Selbständigkeit der Medizinischen Dienste gestärkt und die Inhalte dieses Kapitels obsolet. Aus systematischen Gründen wird das 3. Kapitel als Platzhalter weitergeführt.

4 Gutachten

4.1 Gutachten nach Aktenlage

§ 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V legt fest: „Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung **sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung** eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“

Die folgenden Ausführungen und Prüfalgorithmen beschreiben die Prüfung der vollständigen Abrechnung einschließlich aller Detail- und Kombinationsfragen in diesem Zusammenhang. Bei Anfragen zu Teilaspekten der Abrechnung/Kodierung (z. B. Korrektheit bestimmter Nebendiagnosen) können entsprechend auch nur einzelne Schritte der Prüfalgorithmen Anwendung finden (die entsprechenden Stellen sind in den Flussdiagrammen mit einer Fußnote versehen).

4.1.1 Auftragsannahme und -prüfung

Voraussetzungen für eine Einzelfallbegutachtung sind:

- Auftrag der GKV mit Angabe der Rechtsgrundlage
- Mitteilung des/der Prüfgegenstandes/-stände
- Angabe des Prüfanlasses/der Auffälligkeit und ggf. deren Konkretisierung (mit Benennung/Markierung der zu prüfenden Codes im Datensatz des Krankenhauses durch GKV)
- Angabe, ob Berechtigung zur Erweiterung des Prüfgegenstandes erteilt wird
- Angabe der/des zu prüfenden stationären Aufenthalte(s)

Folgende Daten sind von der GKV für die Einzelfallprüfung zusätzlich zu übermitteln:

- Unterlagen/Endabrechnung/Datensatz des Krankenhauses aus denen/der/dem die vom Krankenhaus abgerechnete PEPP/Entgelt(e) eindeutig hervorgeht
- Unterlagen/Entlass-Anzeige/Datensatz des Krankenhauses mit Angabe der Fachabteilungsschlüssel, Kodierungen von Haupt-/Nebendiagnose(n) und OPS-Leistung(en), Ergänzenden Tagesentgelten (ET), Zusatzentgelten (ZP), die der Rechnung zu Grunde liegen
- Krankenhausindividuelle Vereinbarungen, soweit für die Fragestellung relevant

Unter Berücksichtigung der Fragestellung(en) des Prüfauftrages erfolgen durch den MD beim Krankenhaus die Prüfanzeige nach § 6 Absatz 2 der PrüfvV gemäß § 17c Absatz 2 KHG für Aufträge nach § 275c in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGBV zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

und die spezifische Anforderung/Bereitstellung der für den Einzelfall notwendigen Unterlagen. Prüfauftrag, Prüfanlass, Prüfgegenstand und das Datum der Beauftragung sowie ggf. weitere Angaben der GKV werden dem Krankenhaus mitgeteilt. Abweichende landesspezifische Regelungen zur Befundanforderung, zur Mitteilung des Prüfanlasses, des Prüfgegenstandes und weiterer Angaben der GKV sowie zur Ergebnismitteilung sind ggf. zu berücksichtigen und datenschutzrechtliche Bestimmungen zu beachten.

Für die Überprüfung bei Patientinnen/Patienten, die ab dem 01.01.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, gilt die neue Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV). Diese wurde durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG am 22.06.2021 festgesetzt, und ist am 01.07.2022 in Kraft getreten.

Zuvor wurde am 20.12.2021 zwischen den Vertragspartnern eine Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach §275 Absatz 1c SGB V (PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 geschlossen, die am 01.01.2022 in Kraft getreten ist und die durch eine Fortschreibung am 21.03.2022 verlängert worden ist für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2022 bis zum 30.06.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind. Ziel dieser Ergänzungsvereinbarung war eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist und die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

4.1.2 Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen

Ein sozialmedizinisches Gutachten ist nach der MD-Produkt-Definition eine schriftliche, inhaltliche und formal ausgestaltete, einzelfallbezogene sachverständige Stellungnahme. Die gutachterliche Stellungnahme hat sich auf die für die Fragestellung notwendigen Unterlagen des Krankenhauses zu begrenzen und nur die für die Begutachtung relevanten Informationen und Befunde wiederzugeben.

Die Begutachtung hat nach den Qualitätskriterien der Produkt-Definition eines sozialmedizinischen Gutachtens (Produktgruppe 2) zu erfolgen. Aktualisierungen der Produktdefinitionen sind zu beachten.

Die Begutachtung hat themenbezogen nach den Prüfkriterien des jeweiligen Prüfalgorithmus zu erfolgen.

Sechs Themen/Fragestellungen lassen sich derzeit in der PEPP-Einzelfallprüfung differenzieren. Zusätzlich zu den nachfolgend dargestellten Hauptfragestellungen können Begutachtungsaufträge spezifische Fragen zu im Krankenhaus angewendeten Methoden und Arzneimitteltherapien beinhalten. Die Kennzeichnung der Prüfalgorithmen ist alphanumerisch, um notwendige Ergänzungen in Neuauflagen der Arbeitshilfe zu erleichtern. Die Flussdiagramme finden sich zur Erleichterung der praktischen Anwendung nochmals im Anhang.

Vorbemerkung: Die folgenden Prüfalgorithmen stehen entsprechend gültiger PrüfV unter der Voraussetzung, dass es sich jeweils um von der Krankenkasse beauftragte Prüfgegenstände unter Benennung der beanstandeten Codes handelt oder - falls nicht – dass eine entsprechende Prüferweiterung mit Bestätigung der Krankenkasse (bei Begutachtung im schriftlichen Verfahren) erfolgt ist. Dies beinhaltet ggf. auch die Nachkodierung von einzelnen Prozeduren und/ oder Diagnosen durch die Gutachterinnen und Gutachter

Grundsätzlich ist für alle Fragen zur ordnungsgemäßen Abrechnung die korrekte Eingabe folgender Daten auf Grund potenzieller Grupperrelevanz für die Prüfalgorithmen zu beachten: IK-Nr. Krankenhaus, Fachabteilungsschlüssel, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Geschlecht, Alter, Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund, Entlassungsgrund, Urlaubstage. Die Dauer einer maschinellen Beatmung kann grundsätzlich angegeben werden, findet jedoch in keiner der Logiken des aktuellen PEPP-Systems Anwendung und ist damit kein Prüfgegenstand.

A. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von PEPP-Entgelten“

A.1. Prüfung der Hauptdiagnose:

A.1.1 Ob die von der Klinik verschlüsselte Hauptdiagnose die Diagnose ist, die den Krankenhausaufenthalt hauptsächlich veranlasst hat.

wenn nein – gutachterliche Festlegung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

A.1.2 Ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der DKR-Psych* und bei Fallzusammenführungen unter Beachtung der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrische und Psychosomatische Einrichtungen (PEPPV)* korrekt zugewiesen ist.

Hierbei ist zu beachten: Regelung für Symptom als Hauptdiagnose, Regelungen für Syndrome, Verdachtsdiagnose, konkurrierende Hauptdiagnosen, ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Aufnahme zur Prozedur, wenn diese nicht ausgeführt wurde, Folgezustände und geplanter Folgeeingriff, Verlegung zwischen Abteilungen nach BpflV und KHEntgG, Regelung der PEPPV zur Hauptdiagnose bei Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus.

wenn nein – korrekte Zuweisung bzw. Festlegung der Hauptdiagnose.

wenn ja –

A.1.3 Ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der ICD-10-GM und der DKR-Psych* korrekt kodiert ist.

Hierbei ist zu beachten: Kodierung so spezifisch wie möglich, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, Kreuz-Stern-System, akute und chronische Krankheiten, Restzustand oder Art von Folgezustand, Kombinationsschlüsselnummer, Doppelkodierung, Mehrfachkodierung, Verwendung obligater Ausrufezeichenkodes.

wenn nein – gutachterliche Kodierung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja – Anerkennung der Kodierung des Krankenhauses.

A.2. Prüfung der OPS-Leistung(en)

A.2.1 Ob es sich bei der/den kodierten OPS-Leistung(en) um für die Ermittlung der PEPP maßgebliche bzw. abrechnungsrelevante Prozedur(en) handelt.

wenn nein – Ausweisung der nicht abrechnungsrelevanten OPS-Leistung(en) als „nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung“.

wenn ja –

A.2.2 Ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) erbracht worden ist/sind.

wenn nein – Ausweisung der OPS-Leistung(en) als „keine im Sinne der DKR-Psych kodierbare Prozedur“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

A.2.3 Ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) nach den Vorgaben des OPS und der DKR-Psych* korrekt verschlüsselt (inklusive Datierung) ist/sind.

Hierbei ist zu beachten: Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, Aufnahme zur Prozedur, nicht durchgeführt, nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur, multiple/bilaterale Prozeduren, Prozeduren unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit und Zahl; Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie), Anästhesie, Regelung der Kodierung der Leistung bei Verbringung.

wenn nein – gutachterliche Korrektur der Kodierung und gegebenenfalls der Datierung der erbrachten OPS-Leistung(en) und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja – Anerkennung der kodierten OPS-Leistung(en).

A.3. Prüfung der Nebendiagnose(n)

A.3.1 Ob die Nebendiagnose(n) abrechnungsrelevant ist/sind.

wenn nein – Ausweisung der nicht abrechnungsrelevanten Nebendiagnose(n) als „nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung“.

wenn ja –

A.3.2 Ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) medizinisch nachvollziehbar vorliegt/vorliegen.

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose durch Ausweisung „keine im Sinne der DKR-Psych relevante Diagnose“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

A.3.3 Ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) das Patientenmanagement nach den Vorgaben der Nebendiagnosendefinition der DKR-Psych* beeinflusst hat/haben.

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose(n), bei der/denen eine Beeinflussung des Patientenmanagements nicht plausibel ist durch Ausweisung „keine im Sinne der DKR-Psych relevante Diagnose“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

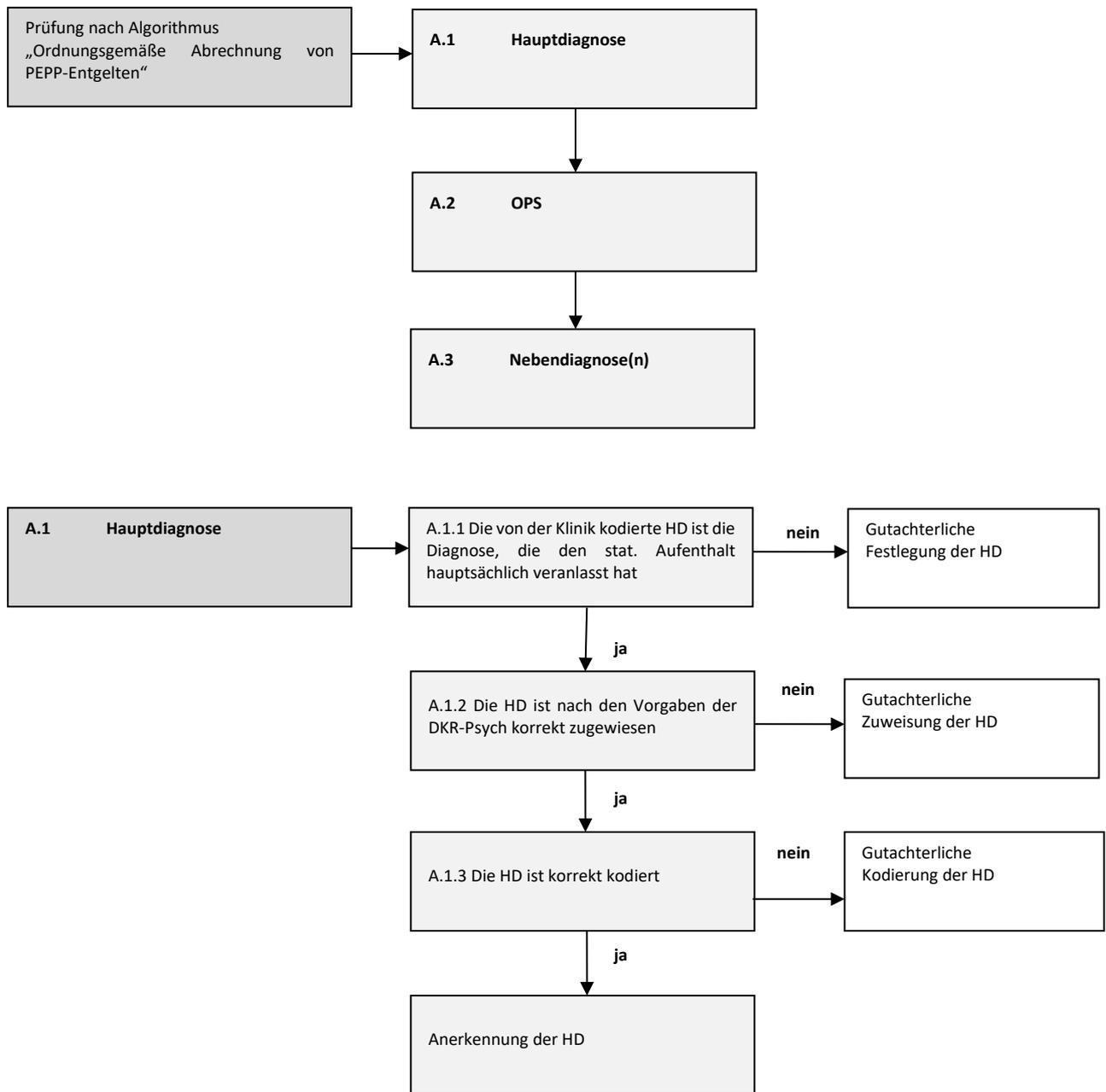
A.3.4 Ob die Nebendiagnose(n) nach den Vorgaben der DKR-Psych* und der ICD-10-GM* korrekt kodiert ist/sind.
Hierbei sind zu beachten: Kodierung so spezifisch wie möglich, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, abnorme Befunde, Verdachtsdiagnose, Kreuz-Stern-System, einschließlich Doppelklassifizierung nach dem Kreuz-Stern-System, Kombinationsschlüsselnummer, Doppelkodierung, Mehrfachkodierung, Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose, Verwendung obligater Ausrufezeichenkodes, Kodierrichtlinie PD016e bezüglich multiplen Substanzgebrauchs und Konsums anderer psychotroper Substanzen.

wenn nein – gutachterliche Korrektur der Nebendiagnose(n)-Kodierung und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung(en).

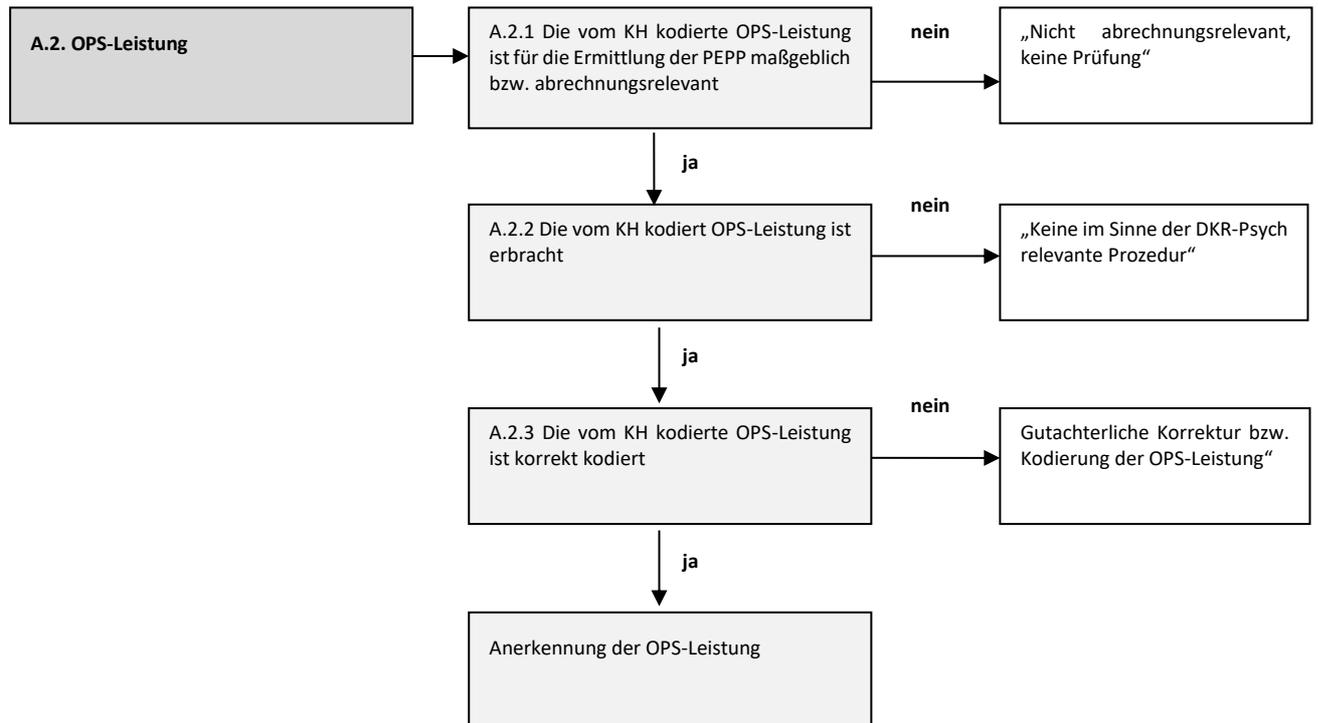
wenn ja – Anerkennung der kodierten Nebendiagnose(n).

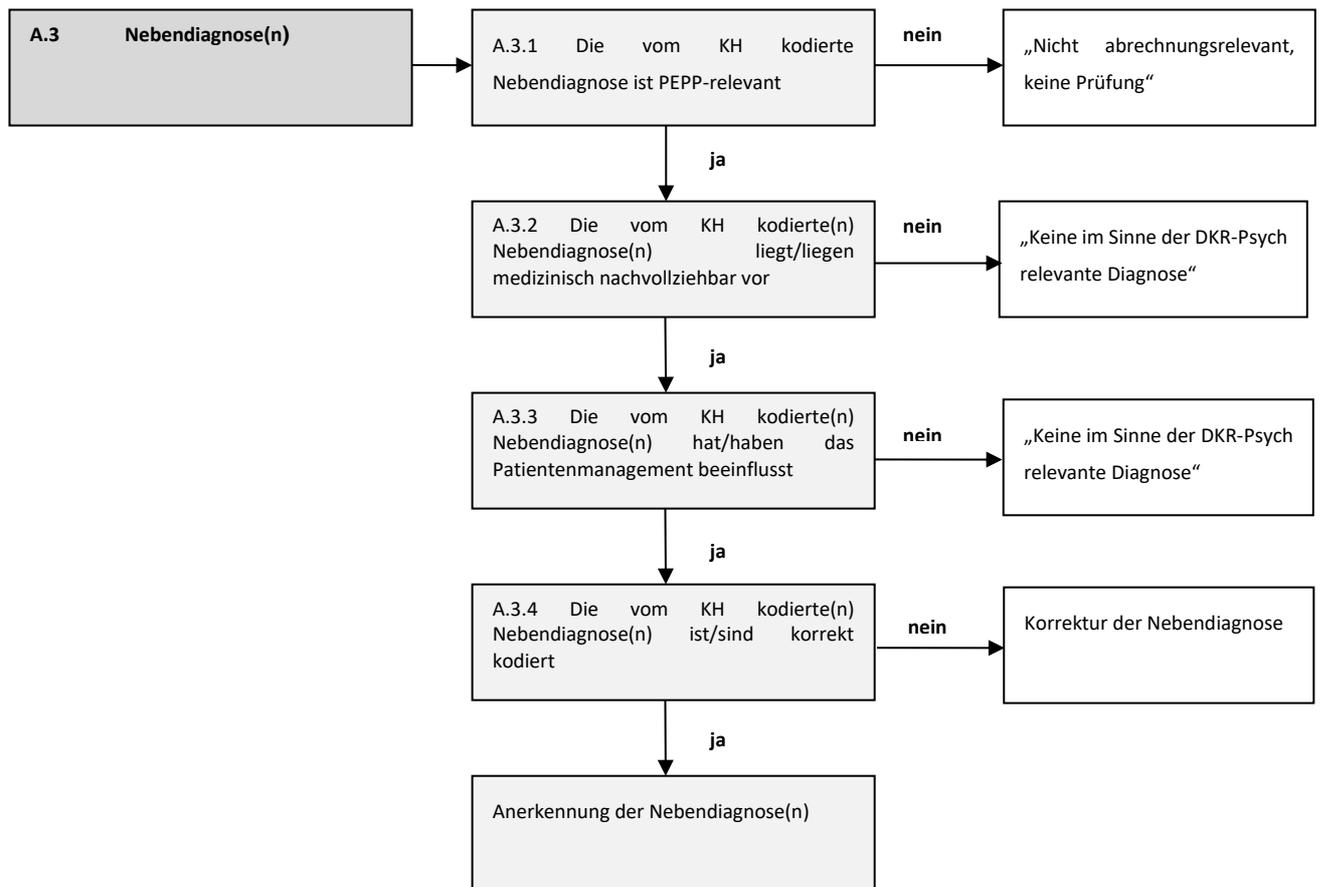
*** in der für den Einzelfall gültigen Version**

Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von PEPP-Entgelten“¹⁾



¹⁾ Bei Anfragen zu Teilaspekten der Abrechnung/Kodierung können auch nur einzelne Schritte der Prüfalgorithmen Anwendung finden





B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

B.1 Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung

B.1.1 Ob die Aufnahme zur vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Krankenhausbehandlung notwendig ist (ausschließlich Frage nach der primären Fehlbelegung).

wenn nein – primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe „vollstationäre/stationsäquivalente/teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja – d. h. primäre Fehlbelegung liegt nicht vor – Angabe „vollstationäre, stationsäquivalente oder teilstationäre Krankenhausbehandlung notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

Hinweis:

Ob einer Versicherten oder einem Versicherten voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Hierbei ist von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (Beschluss des Großen Senates vom 25.09.2007, Az. GS 1/06).

Prüfung

Nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von PEPP-Entgelten“.

B.2. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit und Dauer stationärer Krankenhausbehandlung

B.2.1 Ob die Aufnahme zur vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Krankenhausbehandlung notwendig ist

wenn nein – primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe „vollstationäre/stationsäquivalente/teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

B.2.2 Ob vollstationäre, stationsäquivalente oder teilstationäre Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig ist (Frage nach der sekundären Fehlbelegung).

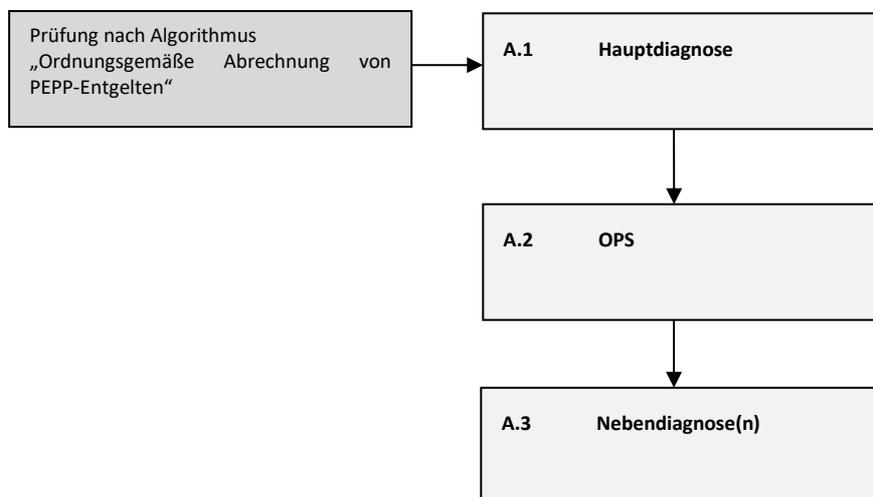
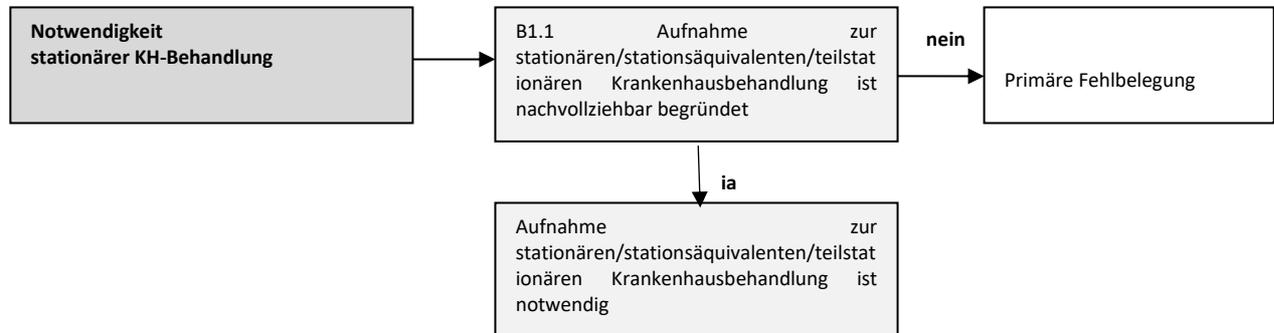
wenn nein – Angabe „vollstationäre, stationsäquivalente oder teilstationäre Krankenhausbehandlung notwendig, hätte jedoch abgekürzt werden können“, Angabe der Behandlungstage, an denen Krankenhausbehandlung nicht begründet ist, kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung und Mitteilung des Substitutionspotenzials.

wenn ja – Angabe „Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

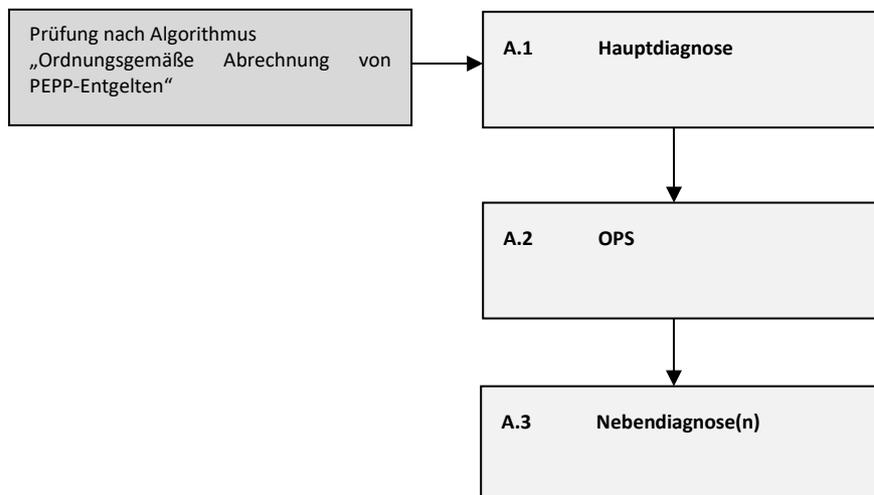
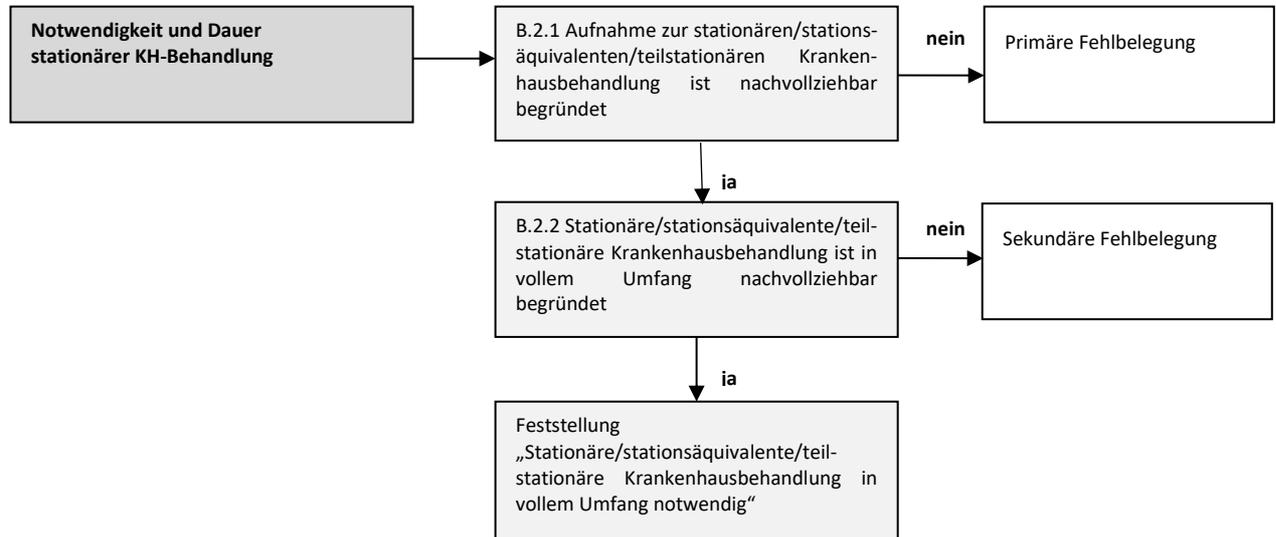
Prüfung

Nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von PEPP-Entgelten“.

B.1. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung



B2. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit und Dauer stationärer Krankenhausbehandlung



C. Prüfalgorithmus „Fallzusammenführung“

Prüfung

C.1 Ob die Aufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgt ist.

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

C.2 Ob die Aufnahme im selben Kalenderjahr erfolgte.

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

C.3 Ob die zusammenzuführenden Fälle jeweils in eine PEPP der Anlage 1a (vollstationäre Behandlung, bewertete PEPP), der Anlage 2a (teilstationäre Behandlung, bewertete PEPP) oder der Anlagen 6a und 6b (stationsäquivalente Behandlung) führen. Eine Zusammenfassung von Behandlungsfällen zwischen den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär erfolgt nicht. Eine Zusammenfassung von Fällen für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus unterschiedlichen Jahren erfolgt nicht.

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

C.4 Ob die Wiederaufnahme innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Falles erfolgt (Aufnahmetag zählt).

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

C.5 Ob die Wiederaufnahme innerhalb von 14 Kalendertagen bemessen ab dem Entlassungstag des vorangegangenen Aufenthaltes erfolgt (Entlassungstag zählt).

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

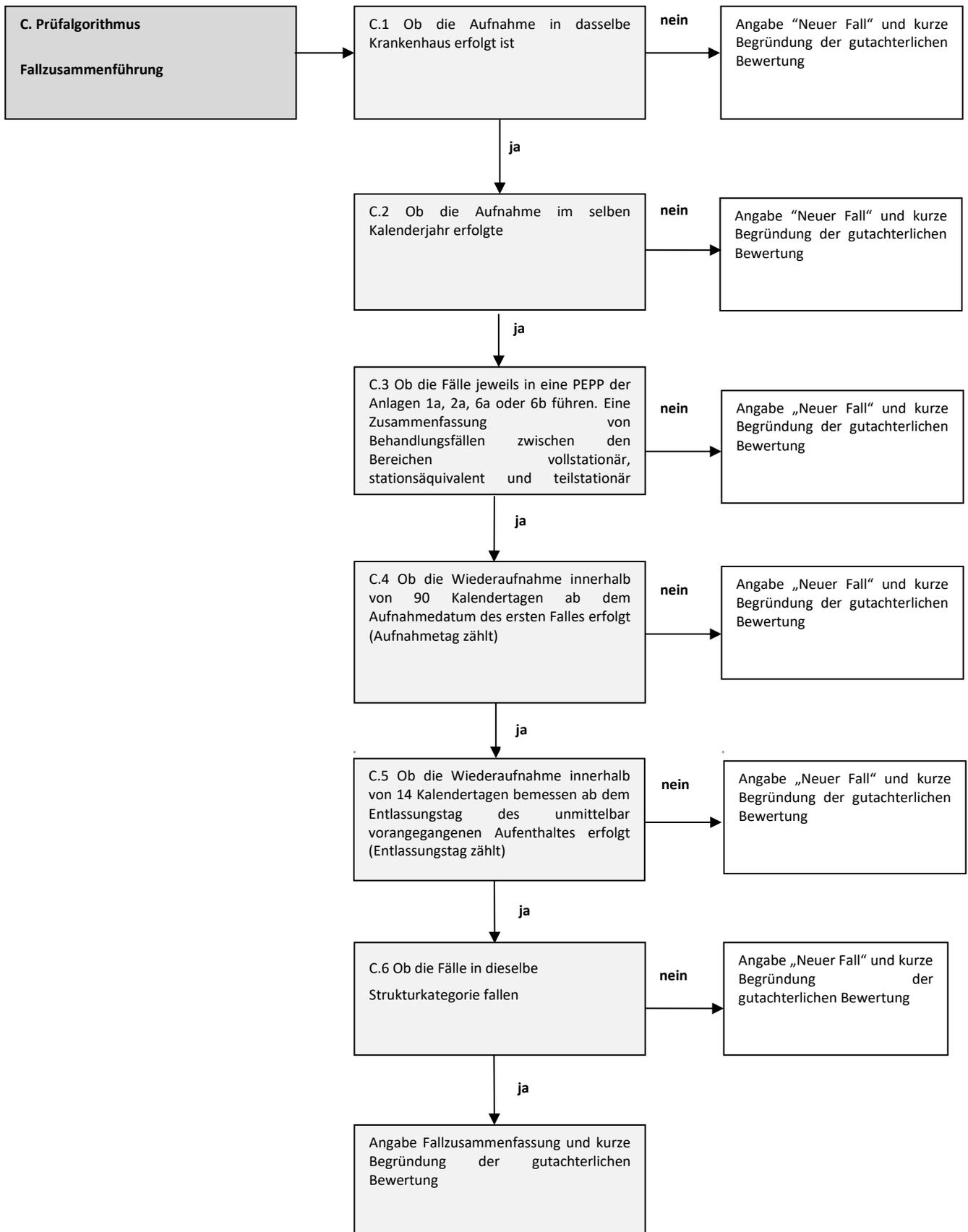
wenn ja –

C.6 Ob die Fälle in dieselbe Strukturkategorie fallen.

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja – Angabe Fallzusammenfassung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

C. Prüfalgorithmus „Fallzusammenführung“



D. Nicht besetzt

E. Prüfalgorithmen „Vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen“

E.1. Verlegung

Prüfung

E.1.1 Ob weitere Krankenhausbehandlung auf Grund der Schwere der Erkrankung und/oder der Intensität der Maßnahmen in der ex ante Sicht medizinisch nicht notwendig ist.

wenn ja – „Primäre Fehlbelegung“ (für das aufnehmende Krankenhaus); Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn nein –

E.1.2 Ob die Verlegung im Hinblick auf eine medizinische Leistung erfolgt ist, die vom verlegenden Krankenhaus nicht zu erbringen ist.

wenn ja – Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn nein –

E.1.3 Ob den Unterlagen ein sonstiger plausibler Verlegungsgrund zu entnehmen ist (z. B. in heimatnahes Krankenhaus).

wenn ja – Mitteilung des Verlegungsgrundes. Die Bewertung des Sachverhaltes obliegt der GKV.

wenn nein –

E.1.4 Ob der Versicherte wahrscheinlich aus wirtschaftlichen Gründen des Krankenhauses verlegt wurde.

wenn ja – Darstellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

E.2. Entlassung

Prüfung

E.2.1 Ob weitere Krankenhausbehandlung in der ex ante Sicht medizinisch nicht weiter notwendig ist.

wenn ja – Feststellung, dass die Entlassung begründet ist.

wenn nein –

E.2.2 Ob die Entlassung aus einem nicht-medizinischen Grund erfolgte (z. B. gegen ärztlichen Rat).

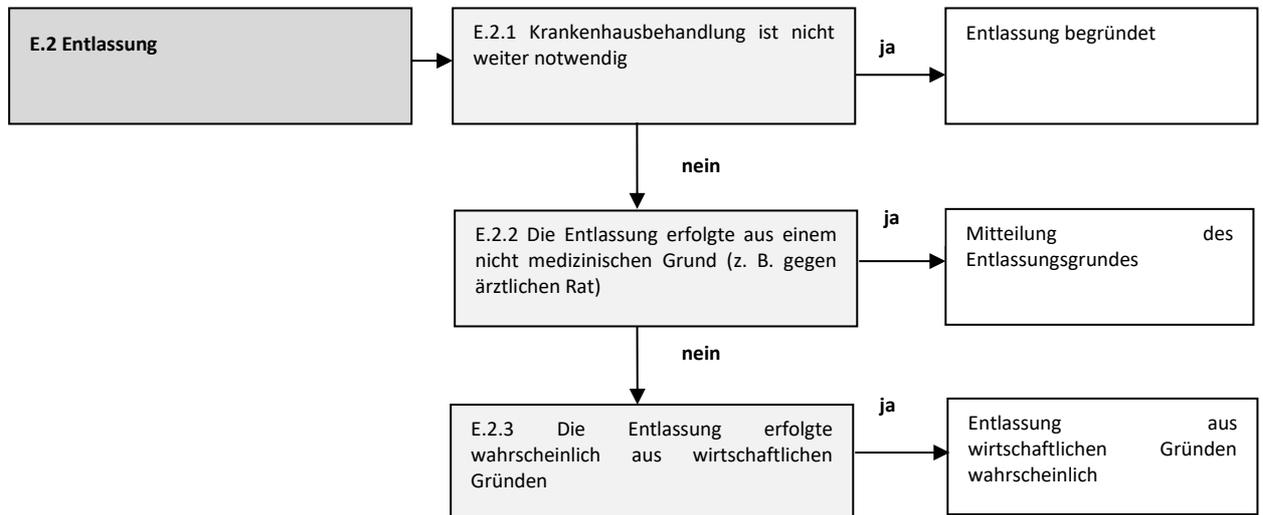
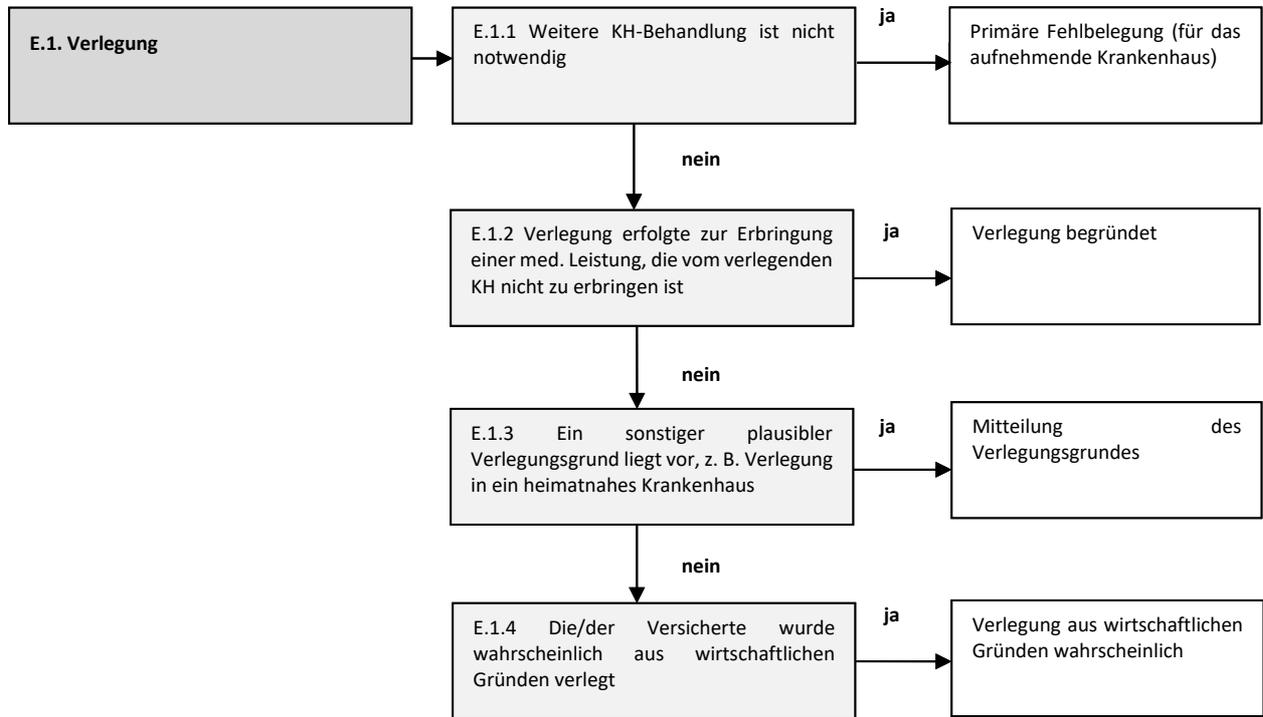
wenn ja – Mitteilung des Entlassgrundes. Die Bewertung des Sachverhaltes obliegt der GKV.

wenn nein –

E.2.3 Ob die Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen des Krankenhauses wahrscheinlich erfolgt ist.

wenn ja – Darstellung des Sachverhaltes und Begründung der gutachterlichen Bewertung.

E. Prüfalgorithmen „Vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen“



F. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Verbringung oder Verlegung“

Prüfung

Ob die Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ korrekt ist.

wenn nein – Ermittlung der korrekten Kodierung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

F.1. Ob die Patientin oder der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und sie/er an demselben Tag wieder in ersteres zurückkehrt. (Hinweis: Bei der Verbringung verbleibt die Patientin oder der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses). Anmerkung: Der Begriff „Verbringung“ kann landesspezifisch geregelt sein, siehe hierzu Landesverträge nach § 112 SGB V. Hinweis: Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik (= erstes Krankenhaus) kodiert, siehe DKR-PSYCH, PP016a *Verbringung*.

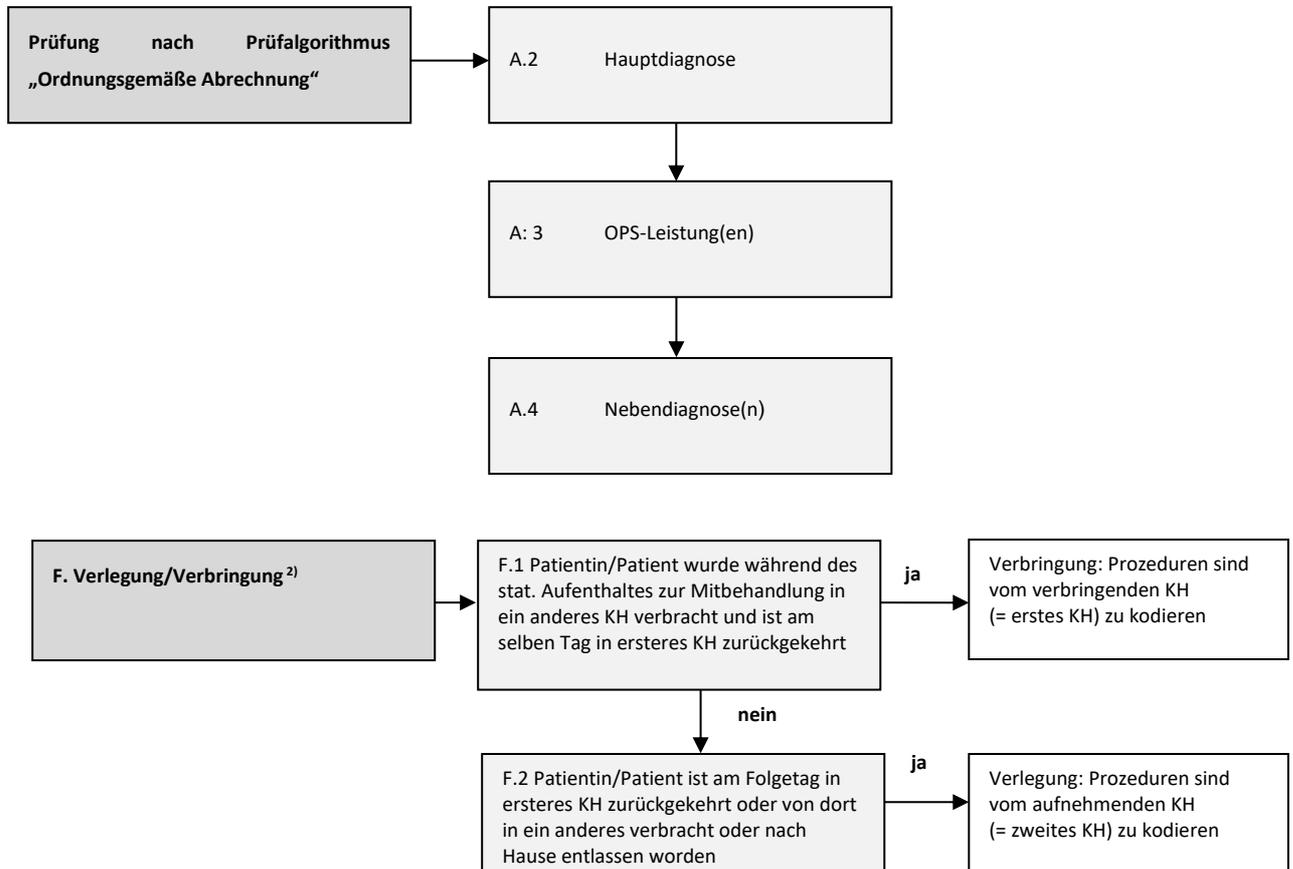
wenn ja – Feststellung einer „Verbringung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn nein –

F.2. Ob die Patientin oder der Patient am Folgetag in ersteres Krankenhaus rückverlegt oder von dort in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt oder entlassen worden ist. Hinweis: Prozeduren sind vom aufnehmenden Krankenhaus (= zweites Krankenhaus) zu kodieren.

wenn ja – Feststellung einer „Verlegung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

F. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Verbringung oder Verlegung“



²⁾ Abweichende landesinterne Regelungen sind zu beachten

G. Prüfalgorithmus Zusatzentgelte (ZP) und ergänzende Tagesentgelte (ET)“

Prüfung

G.1 Ob es sich um ein Zusatzentgelt(e) der Anlage 3 oder 4 oder ein ergänzendes Tagesentgelt der Anlage 5 des gültigen PEPP-Entgeltkataloges handelt.

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

G.2 Ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) erbracht worden ist/sind und die Anzahl der Entgelte korrekt angegeben ist.

wenn nein – Feststellung „nicht erbracht“ und/oder „Anzahl nicht korrekt“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

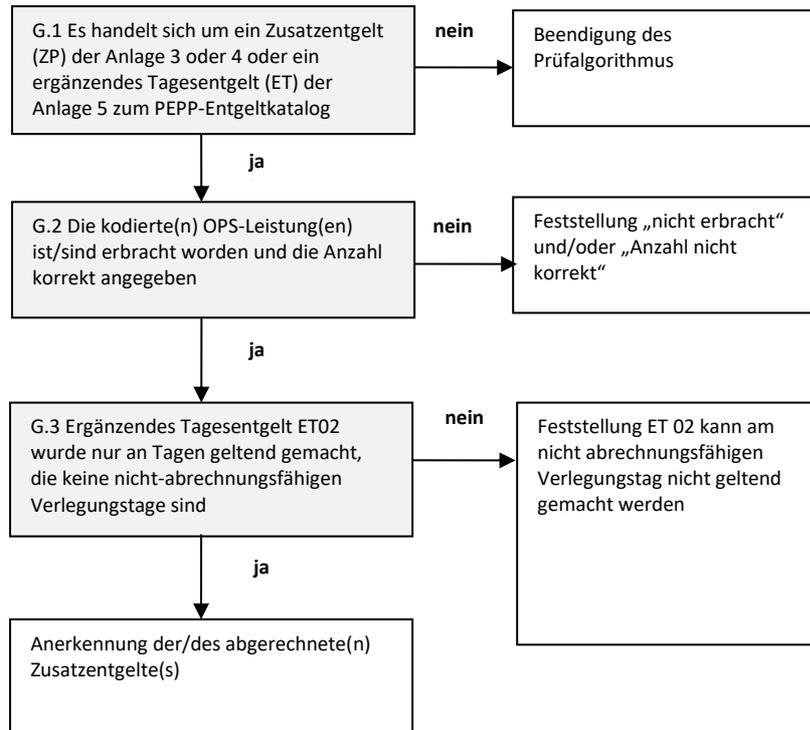
G.3 Ob das ergänzende Tagesentgelt ET02 nur an Tagen geltend gemacht wurde, die keine nicht-abrechnungsfähigen Verlegungstage (gemäß PEPPV §3 Absatz 3 Satz 3) waren.

wenn nein – Feststellung **ET 02 kann an einem nicht-abrechnungsfähigen Verlegungstag nicht geltend gemacht werden.**

wenn ja –

Anerkennung der/des abgerechnete(n) Zusatzentgelte(s) und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

G. Prüfalgorithmus „Zusatzentgelte (ZP)/ergänzende Tagesentgelte (ET)“



4.2 Begutachtung im Rahmen einer Begehung

Neben der Durchführung der Begutachtung im schriftlichen Verfahren (Punkt 4.1 ff.) besteht als weitere Möglichkeit der Auftragsbearbeitung die Begutachtung vor Ort im Krankenhaus. Hierbei werden die Krankenunterlagen von den Gutachterinnen und Gutachtern im Krankenhaus eingesehen.

Die Auftragsannahme und -prüfung sind analog Punkt 4.1.1 und damit für die Begutachtung nach Aktenlage und -Begutachtung vor Ort identisch. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass keine Unterlagen vom Krankenhaus angefordert werden müssen. Gemäß § 275c Absatz 1, SGB V in Verbindung mit § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG und der geltenden und der darauf beruhenden Prüfverfahrensvereinbarung werden die Aufträge unverzüglich unter Nennung des Prüfgegenstandes, einschließlich des Datums der Beauftragung beim Krankenhaus angezeigt und dann ein Termin für die Prüfung vor Ort vereinbart. Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V.

Die Gutachtenerstellung im Rahmen einer Prüfung vor Ort erfolgt analog des Ablaufs der Prüfung im schriftlichen Verfahren (siehe Punkt 4.1.2). Hierbei werden die im vorherigen Kapitel skizzierten Prüfalgorithmen (A bis G) entsprechend der Fragestellung angewendet.

4.2.1 Praktische Durchführung

Zum vereinbarten Datum begibt sich die MD-Gutachterin oder der MD-Gutachter in das Krankenhaus, um Einsicht in die vollständigen dort vorliegenden Krankenunterlagen zu nehmen. Bei einer Prüfung vor Ort kann eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erfolgen. Die Fragestellung kann nun anhand aller im Krankenhaus vorliegenden Behandlungsunterlagen, der bestmöglichen Informationsbasis, bearbeitet werden. Häufig stehen den Gutachterinnen und Gutachtern des MD Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Medizinischen Controllings des Krankenhauses zeitweise oder während der gesamten Zeit der Begehung für Rückfragen zur Verfügung.

Wenn die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und die Korrektheit der Abrechnung im Rahmen der Begutachtung bestätigt werden, kann der Begutachtungsauftrag in der Regel im Konsens abgeschlossen werden. Ergeben sich fachlich-medizinische Rückfragen, so kann auf Vertreterinnen und Vertreter der entsprechenden Fachabteilungen zurückgegriffen werden. Im fachlichen Dialog kann der Sachverhalt erörtert und bewertet werden.

Die meisten Gutachtenaufträge können so fallabschließend bearbeitet werden. Sollten das Krankenhaus und die Gutachterin/der Gutachter unterschiedliche Auffassungen vertreten und keine Einigung in ihrer Sichtweise erzielen können, so wird dies als Dissens im Gutachten festgehalten und die entsprechenden Positionen dokumentiert.

Die Begutachtung vor Ort eignet sich prinzipiell für alle Begutachtungsaufträge.

Die Entscheidung, ob eine Begutachtung vor Ort durchgeführt wird, hängt von den personellen Ressourcen sowie der räumlichen und technischen Ausgestaltung der Begutachtungssituation im Krankenhaus ab.

Die Begutachtung vor Ort im Krankenhaus wird in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten von den Medizinischen Diensten in unterschiedlicher Intensität genutzt.

Infolge der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen der Möglichkeiten eine Krankenhausbegehung vor Ort durchzuführen, wurde teilweise auf ein digitales Format der Begehung in Form von Videokonferenzen mit gemeinsamer Akteneinsicht umgestellt.

5 Nachverfahren/Erörterungsverfahren

5.1 Vorgehen im Nachverfahren

Das ab 2017 anzuwendende Prüfverfahren sieht für die Fälle, die zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2021 ins Krankenhaus aufgenommen werden, ein sogenanntes „Nachverfahren“ vor, welches für die Krankenkasse freiwillig ist. Dabei kann das Krankenhaus der Krankenkasse das Nachverfahren für den Einzelfall vorschlagen, indem es zum Bescheid der Krankenkasse Stellung nimmt.

Grundlage des Nachverfahrens sind nur die vom Krankenhaus bereits im Erstverfahren für die MD-Prüfung übermittelten Daten/Unterlagen (siehe Prüfkriterium N.1.1).

Der § 9 der PrüfvV vom 03.02.2016 regelt Näheres zum Nachverfahren (siehe hierzu Kapitel 2.3.1). Das Nachverfahren wird durch Inkrafttreten der PrüfvV vom 22.06.2021 durch das sogenannte Erörterungsverfahren (EV) abgelöst.

Der folgende Prüfalgorithmus zum bisherigen Nachverfahren setzt folgende Sachverhalte voraus, die primär in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse fallen:

1. Die Entscheidung, das vom Krankenhaus vorgeschlagene Nachverfahren anzunehmen.
2. Die Prüfung, ob das Krankenhaus die 6-Wochen-Frist für das Nachverfahren gemäß § 9 Satz 1 PrüfvV eingehalten hat.
3. Die Beauftragung des MD zur Begutachtung innerhalb der gesetzlich geregelten Frist, einschließlich der Weiterleitung der Stellungnahme des Krankenhauses an den MD.

N.1 Prüfalgorithmus „Nachverfahren“

Prüfung,

N.1.1 ob die Stellungnahme des Krankenhauses ausschließlich auf neuen Daten/Unterlagen basiert

wenn ja – Beendigung der Begutachtung und Mitteilung des Sachverhaltes an die Krankenkasse

wenn nein –

N.1.2 ob die Erstgutachter/der Erstgutachter die in der Stellungnahme des Krankenhauses vorgebrachten Sachverhalte bereits in seiner Begutachtung inhaltlich hinreichend gewürdigt hat

wenn ja – Bestätigung des Ergebnisses des Erstgutachtens und kurze Begründung der gutachtlichen Bewertung.

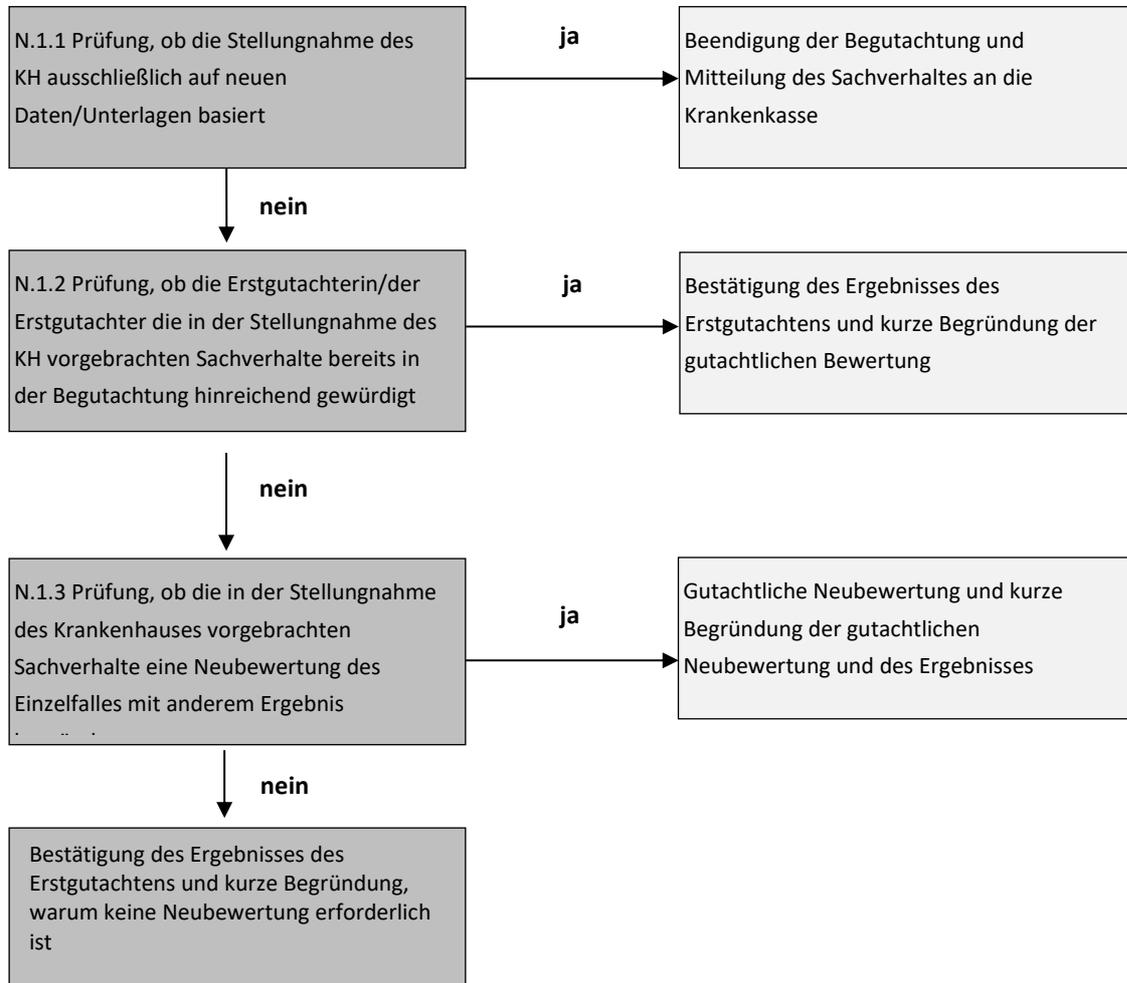
wenn nein –

N.1.3 ob die in der Stellungnahme des Krankenhauses vorgebrachten Sachverhalte eine Neubewertung des Einzelfalles mit anderem Ergebnis begründen

wenn ja – Gutachtliche Neubewertung und kurze Begründung der gutachtlichen Neubewertung und des Ergebnisses

wenn nein – Bestätigung des Ergebnisses des Erstgutachtens und kurze Begründung, warum keine Neubewertung erforderlich

N.1 Prüfalgorithmus „Nachverfahren“



5.2 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

Die ab 01.01.2022 in Kraft getretene Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sieht für Fälle, die ab 01.01.2022 ins Krankenhaus aufgenommen werden, anstelle eines Nachverfahrens ein Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung vor.

Grundlage des Erörterungsverfahrens sind – im Gegensatz zur bisherigen Praxis im Nachverfahren – sämtliche erforderlichen Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des Erörterungsverfahrens übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen.

Der § 9 der PrüfVV vom 22.06.2021 regelt Näheres zum Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung (siehe hierzu Kapitel 2.3.1).

Die in der PrüfVV hinterlegten Regelungen zum Ablauf des Erörterungsverfahrens beziehen sich ausschließlich auf die Abläufe zwischen Kassen und Krankenhäusern. Eine Beteiligung der Medizinischen Dienste ist dabei nicht ausgeschlossen. Ein dezidiertes Prüfalgorithmus entfällt.

Am 01.01.2023 ist das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfLEG) in Kraft getreten. Hier wurden dem § 17c Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 5 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.“

6 Ergebnismitteilung

Am 20. Juli 2021 ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) in Kraft getreten. Nach § 275 Absatz 6 neu SGB V *Begutachtung und Beratung* ist jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss neben einer kurzen Darlegung der Fragestellung und des Sachverhaltes das Begutachtungsergebnis und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis enthalten. Der Medizinische Dienst ist verpflichtet, der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe mitzuteilen. Bei Prüfungen nach §275c SGB V ist der Medizinische Dienst gem. § 277 SGB V Mitteilungspflichten befugt und, wenn das Ergebnis der Begutachtung von der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, dem Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen, sofern keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten sind. Darüber hinaus sind landesspezifische Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V zu berücksichtigen, die dem § 277 SGB V und der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG (Kapitel 2.3.1) nicht entgegenstehen.

Die Ausgestaltung und der Umfang der Ergebnismitteilung an die Krankenkassen und die Leistungserbringer sind von den Medizinischen Diensten geregelt und umfassen nach den oben genannten Vorgaben bei fallabschließend beratenen sozialmedizinischen Stellungnahmen, gutachtlichen Stellungnahmen und Gutachten das schriftlich formulierte Ergebnis der Begutachtung mit den wesentlichen Gründen, zu denen eine kurze Sachverhaltsdarstellung gehören kann. Bei nicht fallabschließend beratenen sozialmedizinischen Stellungnahmen mit der Empfehlung zu „weiteren Ermittlungen“ erhalten die Krankenkassen eine schriftliche Mitteilung des Ergebnisses.

Bei der „Ergebnismitteilung“ sind datenschutzrechtliche Belange zu berücksichtigen. Hierbei ist darauf zu achten, dass der zuständigen Krankenkasse nur die für den Einzelfall relevanten Informationen, die für die Leistungsentscheidung notwendig sind, übermittelt werden. Bei der „Ergebnismitteilung“ an den Leistungserbringer dürfen zudem keine über den stationären Aufenthalt hinausgehenden, zusätzlichen versichertenbezogenen Daten enthalten sein, die dem Leistungserbringer nicht schon bekannt sind.

Von den o. g. gesetzlichen Vorgaben sind die für die einheitliche Abbildung der Leistung und Kostentransparenz in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste geschaffenen bundeseinheitlichen Ergebnisschlüssel abzugrenzen. Diese sind im „Handbuch Berichtswesen – Übergreifendes Berichtswesen der Medizinischen Dienste“ aufgeführt.

Für die Begutachtung im DRG- und PEPP-Bereich sind die folgenden, internen Schlüssel anwendbar:

- Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt (Schlüssel 50)
- Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt (Schlüssel 60)
- Andere Antwort (Schlüssel 70)

Im Rahmen der Gesamtsystematik hat jeder Medizinische Dienst die Möglichkeit, Besonderheiten durch Änderung der letzten Stelle abzubilden.

7 Qualitätssicherung: QSKV

7.1 Hintergrund

Für die PEPP-Begutachtung gab es bis 2019 keine einheitlichen, MD-übergreifenden qualitätssichernden Maßnahmen. Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste führt ab dem Jahr 2020 Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle Begutachtungsbereiche durch.

Im März 2017 hatte die Konferenz der Leitenden Ärzte die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Begutachtung im Bereich der Krankenversicherung“ (AG QSKV) konstituiert. Die Arbeitsgruppe hat daraufhin ein Konzept für eine bundesweit übergreifende Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung entwickelt. Ziel ist eine langfristige einheitliche und objektive Sicherstellung der Qualität über alle Bundesländer.

Im September 2019 wurde das „Konzept der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für eine strukturierte Qualitätssicherung der Begutachtung für die Gesetzliche Krankenversicherung“ (QSKV) von der Konferenz der Leitenden Ärzte beschlossen. Bis auf die Pflegebegutachtung, welche seit 2004 eine eigene, bundeseinheitliche Qualitätssicherung (KQP – Kontinuierliche Qualitätssicherung in der Begutachtung für die Gesetzliche Pflegeversicherung) betreibt, können mit diesem Konzept alle anderen Bereiche der MD-Begutachtung qualitätsgesichert werden.

Beide Qualitätssicherungssysteme basieren auf einem strukturierten Peer-Review-Verfahren. Diesem liegt ein kontinuierlicher Prozess mit fortlaufender Evaluation und Anpassung zugrunde.

Wegen seines Umfangs und aus Gründen der Übersichtlichkeit können hier lediglich die wesentlichen Eckpunkte der QSKV wiedergegeben werden.

7.2 Durchführung und Prüfinhalte

Die allgemeinen Qualitätskriterien des Gutachtens gliedern sich in die Prüfbereiche

1. Struktur und Vollständigkeit
2. Verständlichkeit, Plausibilität, Nachvollziehbarkeit
3. Sozialmedizinische Richtigkeit
4. Datenschutz und Vertraulichkeit

Darüber hinaus kann jeder einzelne MD optional Zusatzkriterien definieren und diese prüfen.

Das Bewertungsinstrument umfasst 23 Qualitätskriterien in der stationären Begutachtung. Das Modul Stationäre Begutachtung verfügt über drei anlassgruppenspezifische Kriterien im Hinblick auf die Beachtung der Vorgaben der Regelwerke (z. B. ICD, DKR, FPV), der Beachtung der SEG 4-Kodierempfehlungen und weiterer Empfehlungen der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste sowie gegebenenfalls landesinterner Empfehlungen (letztere werden auf Ebene 2 nicht geprüft).

Das Ergebnis der Qualitätssicherung wird über das Bewertungsinstrument für jedes Qualitätskriterium nach dem Ampelprinzip dargestellt. Grün bedeutet umfassende Richtigkeit, bei Gelb sind Mindestanforderungen erfüllt (mit Verbesserungspotential) und Rot gilt als nicht erfüllt.

Die originalen QSKV-Bewertungskriterien lauten folgendermaßen:

- **„erfüllt“ (grün):** Die Anforderungen sind umfassend erfüllt. Alle Qualitätsanforderungen sind vollständig und nachvollziehbar dargestellt.
- **„erfüllt mit Verbesserungspotential“ (gelb):** Die Mindestanforderungen an die Qualitätsanforderungen des Gutachtens sind erfüllt. Es bestehen allerdings Verbesserungsmöglichkeiten.
- **„nicht erfüllt“ (rot):** Die Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtens sind unterschritten. Es bestehen Mängel, die dazu führen, dass das Gutachten nicht mehr den definierten Qualitätsanforderungen entspricht.

Bewertungen mit „gelb“ oder „rot“ sind durch die Prüferin/den Prüfer nachvollziehbar zu begründen.

Die Gutachterinnen und Gutachter erhalten zur jeweiligen Bewertung ein entsprechendes Feedback.

7.3 Qualitätssicherungssystematik

Zur Qualitätssicherung wird eine automatisierte Stichprobe von 0,5 % der dienstinternen geprüften Gutachten je MD gezogen. Die Qualitätsbewertung wird zunächst durch geschulte Gutachterinnen und Gutachter des jeweiligen MD durchgeführt. Aus dieser Stichprobe zieht die Geschäftsstelle Qualitätssicherung des MD Bund wiederum zufällig 10 % der bewerteten Gutachten für die externe Überprüfung durch andere MD. Diese werden dann erneut nach den vorgenannten Kriterien ohne Kenntnis des vorherigen Ergebnisses bewertet.

Die Qualitätssicherung gemäß QSKV ist ein ständig fortlaufender Prozess. Für dessen Weiterentwicklung wurde die sogenannte Konsensuskonferenz etabliert. Sie hat die Aufgabe, die Qualitätskriterien weiterzuentwickeln, gegebenenfalls strittige Beurteilungen zu klären und dort – wo notwendig – ein Konfliktmanagement durchzuführen. An der Konsensuskonferenz nehmen aus jedem MD ein Teilnehmer, zwei Teilnehmer der Qualitätskonferenz, zwei fachliche Vertreter und optional Leitende Ärzte teil.

Die Qualitätskonferenz besteht aus den benannten Vertretern aller MD. Sie hat die Aufgabe der inhaltlichen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, sie organisiert und koordiniert die Begutachtung auf der Bundesebene, die Zusammenführung und Auswertung der Daten und erstellt jährlich Qualitätsberichte (Jahresberichte).

Diese beinhalten sämtliche Berichte aus allen fachbezogenen Modulen nach Anlassgruppen, einen zusammenfassenden Bericht der Qualitätskonferenz mit gegebenenfalls daraus abzuleitenden (weitergehenden) Qualitätssicherungsmaßnahmen, Berichte aus den Konsensuskonferenzen zu den einzelnen Modulen sowie statistische Auswertungen der Ergebnisse der Qualitätssicherung.

Die einzelnen Medizinischen Dienste legen selbstständig fest, in welcher Weise die Ergebnisse der Qualitätsbewertung gemäß QSKV den Gutachterinnen und Gutachtern zu kommunizieren sind und

welche dienstinternen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gegebenenfalls eingeleitet und durchgeführt werden.

8 Anlagen

8.1 Vereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 22.06.2021

Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG

In dem Schiedsverfahren, Aktenzeichen 1 K 15-21,
wurde die folgende Vereinbarung durch den
Beschluss der Schiedsstelle vom 22.06.2021 festgesetzt:

Vereinbarung

über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG und
über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren
nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG
vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

- 1) ¹Diese Vereinbarung soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V näher regeln. ²Die Krankenkassen, der Medizinische Dienst (MD) und die Krankenhäuser führen das Prüfverfahren nach Maßgabe der §§ 275c ff. SGB V, des § 17c KHG und dieser Vereinbarung in konstruktiver Zusammenarbeit durch.

- 2) ¹Die Vertragspartner vereinbaren zudem ein Verfahren für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, welches die Klärung von Abrechnungsstreitigkeiten ermöglicht und – für den Fall einer Nichteinigung über Abrechnungsstreitigkeiten – die Zulässigkeitsvoraussetzung für den Sozialrechtsweg erfüllt. ²Einzelfallbezogene Erörterungen dienen der vorgerichtlichen Klärung bestehender Abrechnungsstreitigkeiten und sollen zur Entlastung der Sozialgerichte beitragen.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) ¹Die Vereinbarung gilt für das Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V und damit nach § 275c Absatz 1 Satz 3 SGB V für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MD zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MD beim Krankenhaus erfordert. ²Die Vereinbarung gilt nicht für Entbindungsfälle nach § 24f SGB V. ³§ 275c Absatz 6 SGB V ist zu beachten: Eine einzelfallbezogene Prüfung nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ist bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG und bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d SGB V geprüft wurden, nicht zulässig.

- 2) Die Vereinbarung regelt außerdem das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, zulässige Rechnungskorrekturen nach § 17c Absatz 2a KHG sowie Aufrechnungsmöglichkeiten nach § 109 Absatz 6 SGB V.

- 3) Die Vereinbarung gilt nicht für ambulante Krankenhausbehandlung.

- 4) Die Inhalte dieser Vereinbarung sind für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

- 5) Für den in § 283a SGB V genannten Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt diese Vereinbarung entsprechend.

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

¹Die Krankenkasse hat die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. ²Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V in Verbindung mit den hierzu getroffenen Vereinbarungen korrekt und vollständig zu übermitteln sind. ³Die Krankenhäuser haben dabei ihre Mitwirkungsobliegenheiten, insbesondere aus § 301 SGB V und gegebenenfalls ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen, vollständig zu erfüllen. ⁴Die Prüfung nach dieser Vereinbarung beginnt nach Abschluss der Kontrollen, die in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V festgelegt sind.

§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

¹Beabsichtigt die Krankenkasse aufgrund von bei der Prüfung nach § 3 erkannten Auffälligkeiten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen. ²Dabei hat sie den Prüfgegenstand mindestens aber beispielsweise wie folgt zu benennen:

- primäre Fehlbelegung
- sekundäre Fehlbelegung
- Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n)
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)

³Die Aufzählung in Satz 2 ist nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind möglich. ⁴Ist kein Prüfgegenstand benannt, liegt keine ein Prüfverfahren einleitende Mitteilung vor. ⁵Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in der Frist nach Satz 1 zugehen.

§ 5 Vorverfahren (Falldialog)

- 1) ¹Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. ²Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen.

- 2) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. ³Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig.
- 3) ¹Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. ²Er ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist nach § 4 abzuschließen. ³Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern; die Frist nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verlängert sich entsprechend.
- 4) § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V zur Aufwandspauschale findet auf das Vorverfahren keine Anwendung.

§ 6 Beauftragung des MD

- 1) ¹Beabsichtigt die Krankenkasse nach dem Vorverfahren die Beauftragung des MD, nimmt sie diese vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung des Falldialogs spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens vor, wobei diese Frist nicht vor dem Ablauf der Frist nach § 4 Satz 1 endet. ²Beabsichtigt die Krankenkasse die direkte Beauftragung des MD, nimmt sie diese innerhalb der 4-Monats-Frist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V vor (Direktbeauftragung); die Mitteilung nach § 4 durch die Krankenkasse entfällt. ³Die Beauftragung erfolgt bei dem gemäß § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständigen MD.
- 2) ¹Der MD zeigt dem Krankenhaus die Einleitung der MD-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. ²Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen ab der Beauftragung zugegangen sein. ³In der Prüfanzeige ist der bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilte Prüfgegenstand gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. ⁴In Fällen der Direktbeauftragung ist dem Krankenhaus in der Prüfanzeige des MD der das Prüfverfahren einleitende Prüfgegenstand nach § 4 mitzuteilen. ⁵Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht.

§ 7 Durchführung der Prüfung

- 1) ¹Der MD und das Krankenhaus sollen sich darauf verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. ²Ist eine Verständigung nicht möglich, entscheidet der MD, ob er von seiner Befugnis nach § 276 Absatz 4 SGB V zu einer Prüfung vor Ort Gebrauch macht. ³In den übrigen Fällen erfolgt eine Prüfung im schriftlichen Verfahren.
- 2) ¹Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V. ²Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MD die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Dabei soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ⁴Ab dem 01.07.2022 erfolgt die Benennung der Unterlagen durch den MD gemäß Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV). ⁵Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MD zu übermitteln. ⁶Die vom MD angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MD innerhalb der Frist des Satzes 5 zugegangen sein. ⁷Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 3 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. ⁸Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7. ⁹Bei einer unvollständigen Unterlagenübermittlung erfolgt die Begutachtung durch den MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen. ¹⁰Sind keine Unterlagen fristgemäß übermittelt worden, gilt die Krankenhausrechnung als erörtert; etwaige Einwendungen und Tatsachenvortrag von Seiten des Krankenhauses sind ausgeschlossen. ¹¹Sofern gemäß Satz 3 vom MD konkret benannte angeforderte Unterlagen nicht fristgemäß vorgelegt wurden, können diese auch im Erörterungsverfahren nicht vorgelegt werden.
- 3) ¹Auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren sollte bei Bedarf ein persönlicher fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und MD in einer geeigneten Weise erfolgen, auf die sich die Beteiligten verständigen. ²Bei komplexen Fallprüfungen soll ein solcher Austausch erfolgen.
- 4) ¹Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes bei Prüfung im schriftlichen Verfahren ist nach Bestätigung durch die Krankenkasse vom MD dem Krankenhaus im laufenden Prüfverfahren und vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen; bei Bedarf soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ²Die Unterlagen haben sich ausschließlich auf die Erweiterung des Prüfgegenstandes zu beziehen.

³Die Unterlagen müssen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Benennung vom Krankenhaus an den MD übermittelt und diesem zugegangen sein. ⁴Absatz 2 Sätze 9 bis 11 gelten entsprechend. ⁵Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich um einen Monat. ⁶Auch bei einer Prüfung vor Ort kann eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erfolgen.

- 5) Für die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung und der wesentlichen Gründe durch den MD gilt § 277 SGB V.

§ 8 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

¹Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. ²Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. ³Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 2 zu erfolgen. ⁴Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist. ⁵Äußert sich die Krankenkasse nicht innerhalb der Ausschlussfrist, gilt das Verfahren als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert.

§ 9 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

- 1) ¹Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. ²Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. ³Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten.
- 2) ¹Hat das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemäß Absatz 1 Satz 1 bestritten, gilt die Entscheidung der Krankenkasse als nicht bestritten im Sinne des § 109 Absatz 6 Satz 2 SGB V. ²Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert.
- 3) ¹Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mit. ²Ein nach Absatz 1 Satz 3 durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet.
- 4) ¹Kann sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung nicht anschließen, hat sie ihre Ablehnung dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mitzuteilen. ²Diese Mitteilung leitet das EV ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt ist.

- 5) ¹Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse gemäß Absatz 4 abzuschließen. ²Das EV kann mündlich oder schriftlich (auch elektronisch) durchgeführt werden. ³Kann eine Verständigung hierzu nicht erreicht werden, wird das EV schriftlich durchgeführt.
- 6) ¹Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. ²Die Parteien des Erörterungsverfahrens stellen sicher, dass für die Durchführung des Erörterungsverfahrens erforderliche Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung gemäß Absatz 4 Satz 1 der anderen Partei vorliegen. ³Die in Satz 2 genannte Frist ist eine Ausschlussfrist. ⁴Einwendungen, Daten und Unterlagen, die nicht bis zum Ablauf der Ausschlussfrist in Satz 2 der anderen Partei vorliegen, werden nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei Gegenstand des EV.
- 7) Eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen ist ausnahmsweise dann zugelassen, wenn das Fristversäumnis weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit beruht und die versäumte Handlung unverzüglich nachgeholt wird.
- 8) ¹Führt das EV zu einer Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, ist das EV beendet. ²Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren.
- 9) Es können unabhängig von der Art der Durchführung der Erörterung mehrere strittige Abrechnungsfälle gemeinsam erörtert werden, wenn Krankenkasse und Krankenhaus sich darüber einig sind.
- 10) Das EV kann neben dem Fall einer Einigung nach Absatz 3 oder Absatz 8 jederzeit im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beendet werden.
- 11) Bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse gilt die Abrechnungsstreitigkeit als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.
- 12) Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

§ 10 Dokumentation der einzelfallbezogenen Erörterung

- 1) Das EV ist zu dokumentieren.
- 2) Die Dokumentation nach Absatz 1 muss mindestens folgende Inhalte haben:
 - Bezeichnung von Krankenkasse, Krankenhaus sowie des zuständigen MD, einschließlich der zuständigen Ansprechpartner mit Kontaktdaten,
 - Bezeichnung des streitbefangenen Abrechnungsfalles (Name und Geburtsdatum des Patienten),
 - Angaben zum Bestreiten des Krankenhauses nach § 9 Absatz 1, einschließlich des Datums sowie des bestrittenen Sachverhaltes,
 - Angaben zur Mitteilung der Krankenkasse nach § 9 Absatz 4, einschließlich des Datums,
 - Benennung der Teilnehmer des EV,
 - wenn kein schriftliches EV erfolgt ist: Benennung des Termins der mündlichen Erörterung,
 - Benennung des Erörterungsgegenstandes, der vorgelegten Unterlagen im Erörterungsverfahren nach § 9 sowie der übermittelten Einwendungen und Tatsachen,
 - Zeitpunkt des Abschlusses des EV,
 - Ergebnis des EV, insbesondere Angaben zu erzielten Einigungen und etwaigen dissent verbliebenen Sachverhalten.
- 3) Die Dokumentation erfolgt mittels eines von den Vertragspartnern erstellten Dokumentationsbogens.
- 4) Können sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht auf eine gemeinsame Dokumentation einigen, hat jede der Parteien eine Dokumentation zu erstellen und diese innerhalb von zwei Wochen der anderen Partei zuzuleiten.

§ 11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

- 1) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus ist zulässig:
 - a) zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern sowie
 - b) zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung.
- 2) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus hat innerhalb von 4 Wochen zu erfolgen:
 - a) zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils
 - b) im Falle einer vorzunehmenden Fallzusammenführung
 - c) nachdem sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren, im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens oder anderweitig geeinigt haben
 - d) nach Ablauf der Frist nach § 9 Absatz 1, wenn das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht bestritten hat
 - e) zur Berücksichtigung eines Verlegungsabschlages
 - f) zur nachträglichen Änderung der Zuzahlungsverpflichtung sowie
 - g) zur Berücksichtigung einer nachträglichen Veränderung des Pflegegrades.
- 3) ¹Die Korrektur der Abrechnung ist ausschließlich bezogen auf den jeweiligen Korrekturatbestand zulässig. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Bedarf die Aufnahme weiterer Korrekturatbestände zu prüfen.
- 4) ¹Die Krankenkasse kann lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. ³Eine wegen einer Aufrechnung nach Satz 1 notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 zu erfolgen.

§ 12 Elektronische Übermittlung

- 1) Zu einer Anpassung der Regelungen zur elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verständigen sich die Vertragspartner gesondert und setzen die elektronische Übermittlung spätestens zum 01.01.2022 in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V um.
- 2) Die Regelungen über eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und MD sowie zu den dafür erforderlichen Formaten und Inhalten der Unterlagen vereinbaren die Vertragspartner gesondert.
- 3) ¹Die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur einzelfallbezogenen Erörterung sollen auf elektronischem Wege umgesetzt werden. ²Übergangsweise wird die Übermittlung von Informationen zum Erörterungsverfahren in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V geregelt (hiervon ausgenommen ist insbesondere die Übermittlung von Unterlagen).
- 4) Bis zur ausschließlichen elektronischen Übermittlung von Unterlagen gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 KHG kann das Krankenhaus mit dem MD den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.

§ 13 Landesverträge

¹Die in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen gelten verbindlich in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig davon, ob in einem Bundesland ein Landesvertrag nach § 112 SGB V zur Regelung der Durchführung einer Einzelfallprüfung existiert. ²In einem solchen Landesvertrag können lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

§ 14 Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen werden.
- 2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende – frühestens zum 31.12.2022 – schriftlich gekündigt werden. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. ³Falls innerhalb von 6 Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. ⁴Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.

8.2 Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 20.12.2021

Ergänzungsvereinbarung
zur Vereinbarung
über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG und
über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren
nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG
vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

vom 20.12.2021

Präambel

Vor dem Hintergrund der erneut stark gestiegenen Belastungen infolge der aktuellen Situation (COVID-19/SARS-CoV-2) vereinbarten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV vom 22.06.2021. Zielstellung ist eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist und die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Artikel 1

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2022 bis zum 31.03.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, gilt die PrüfvV vom 22.06.2021 mit den nachfolgenden Maßgaben dieser Ergänzungsvereinbarung und im Übrigen unverändert.

- 1) Die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 Satz 5 PrüfvV beträgt 12 Wochen.
- 2) Die Frist für die Mitteilung der Krankenkasse nach § 8 Satz 3 PrüfvV beträgt 10 Monate.

Artikel 2

- 1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft.
- 2) Die Vereinbarungspartner befinden bis zum 15.03.2022 über das Erfordernis der Fortschreibung dieser Ergänzungsvereinbarung.

8.3 Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren vom 20.12.2021 vom 21.03.2022

Fortschreibung

der Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2021

zur Vereinbarung

über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)

gemäß § 17c Absatz 2 KHG und

über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren

nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG

vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

vom 21.03.2022

Präambel

Vor dem Hintergrund steigender COVID-19-/SARS-CoV-2-Inzidenzen vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2021 zur PrüfvV vom 22.06.2021. Zielstellung ist eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist und die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Artikel 1

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.04.2022 bis zum 30.06.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, gilt die PrüfvV vom 22.06.2021 mit den nachfolgenden Maßgaben dieser Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung und im Übrigen unverändert.

- 1) Die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 Satz 5 PrüfvV beträgt 12 Wochen.
- 2) Die Frist für die Mitteilung der Krankenkasse nach § 8 Satz 3 PrüfvV beträgt 10 Monate.

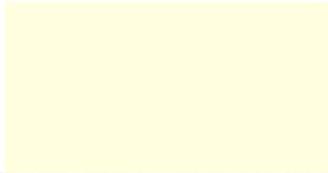
Artikel 2

- 1) Diese Fortschreibung tritt am 01.04.2022 in Kraft.
- 2) Die Vereinbarungspartner befinden bis zum 15.06.2022 über das Erfordernis einer erneuten Fortschreibung.

Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2021 zur PrüfV vom 22.06.2021

Seite 3

Berlin, 21.03.2022



GKV-Spitzenverband



Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.