Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg

Version 2024

# Kompendium zum Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Basiswissen zur Systematik, sozialrechtlichen Grundlagen, Regelwerken und Schlüsselverzeichnissen und Grundsätzen der Begutachtung

www.md-bw.de

# Impressum

**Herausgeber**

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr
www.md-bw.de
Verantwortlich (i. S. d. P.): Andreas Klein

**Redaktion**

Dr. med. Christian Kuhn-Thiel
christian.kuhn-thiel@md-bw.de

**Autoren**

Dr. med. Christian Kuhn-Thiel ist Leiter des Fachbereiches Krankenhaus/ Ambulante Vergütung und des Fachreferates Psychiatrische Versorgung im Medizinischen Dienst Baden-Württemberg.

Dr. med. Stephan Neumaier ist Leiter des Fachbereiches Allgemeine Sozialmedizin im Medizinischen Dienst Baden-Württemberg.

Dr. med. Rita Sorge ist Referentin im Fachreferat Psychiatrische Versorgung im Medizinischen Dienst Baden-Württemberg.

**Copyright**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Verwertung bedarf vorheriger schriftlicher Zustimmung des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg. Die Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und in unveränderter Form gestattet.
Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der im Kompendium enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

# Vorwort zur Version 2024

2024 steht im Zeichen der Krankenhausreform in Deutschland. Dabei sind die psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser nicht betroffen. Das für diese Krankenhäuser relevante PEPP Abrechnungssystem wird auch 2024 nur marginal gegenüber dem Vorjahr angepasst.

Prüfungen der OPS-Strukturmerkmale laufen im 4. Jahr nach Einführung routiniert.

Mit diesem Kompendium sollen wesentliche Aspekte sozialrechtlicher Grundlagen adressiert werden, Regelwerke und Schlüsselverzeichnisse vorgestellt sowie ein Einstieg in die Thematik der PEPP-Vergütung im Sinne eines Überblicks ermöglicht werden.

Lahr, Januar 2024

Dr. Christian Kuhn-Thiel
Leiter des Fachbereiches Krankenhaus
und des Fachreferates
Psychiatrische Versorgung

Dr. Rita Sorge
Referentin Fachreferat
Psychiatrische Versorgung

Dr. Stephan Neumaier
Leiter des Fachbereiches
Allgemeine Sozialmedizin

# Inhalt

Impressum ... 2
Vorwort zur Version 2024 ... 3
Abkürzungsverzeichnis ... 5
Ein neues Abrechnungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik ... 6
Rechtliche Aspekte und Methodik der sozialmedizinischen Beurteilung ... 15
Fehlbelegung und Abrechnungsprüfung ... 15
Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) ... 23
BSG Rechtsprechung ... 26
Grundsätze der Begutachtung bei Fragen zur Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung ... 28
Grundlagen des PEPP-Systems ... 29
PEPP-Entgeltkatalog 2024 ... 37
Regelwerke, Schlüsselverzeichnisse ... 40
DKR-Psych ... 41
ICD-10-GM ... 46
OPS ... 48
OPS Erwachsene (9-60 bis 9-64) ... 49
OPS Kinder und Jugendliche (9-65 bis 9-69) ... 56
Stationsäquivalente Behandlung (OPS 9-70 und OPS 9-80) ... 59
OPS Pflegebedürftigkeit 9-98 ... 59
Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ ... 61
PEPPV 2024 ... 63

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| **ABF** | Activity Based Funding |
| **BMG** | Bundesministerium für Gesundheit |
| **BPEPP** | Basis-PEPP |
| **BfArM** | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte |
| **BPflV** | Bundespflegesatzverordnung |
| **BSG** | Bundessozialgericht |
| **BQS** | BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH |
| **COVID-19** | Coronavirus disease 2019 |
| **DKG** | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| **DKR-Psych** | Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik |
| **DRG** | Diagnosis Related Group |
| **DSM-IV-Klassifikation** | Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, vierte Auflage |
| **ET** | Ergänzendes Tagesentgelt |
| **GKV** | Gesetzliche Krankenversicherung |
| **HBSC** | Homogén Betegségcsoportok |
| **HRGs** | Healthcare Ressource Groups |
| **InEK** | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus |
| **IPF PSS** | Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System |
| **KHEntG** | Krankenhausentgeltgesetz |
| **KHG** | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| **KJPP** | Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik |
| **KVBeitrSchG** | Bundesgesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung |
| **LKF** | Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung |
| **MD** | Medizinischer Dienst |
| **MDK** | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| **OECD** | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| **OPS** | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| **PEPP** | Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik |
| **PKV** | Verband der privaten Krankenversicherung |
| **PMSI-Psy** | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| **PPP-RL** | Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik – Richtlinie des G-BA |
| **PsychPV** | Psychiatrie Personalverordnung |
| **PsychVVG** | Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen |
| **SGB** | Sozialgesetzbuch |
| **SK** | Strukturkategorie |
| **StäB** | Stationsäquivalente Behandlung |
| **TARPSY** | Tarifsystem Psychiatrie |
| **ZE** | Zusatzentgelt |
| **MD-QK-RL** | Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes des G-BA |

# Ein neues Abrechnungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik

*Christian Kuhn-Thiel*

Nachdem das PEPP-System 2013 mit Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit in Kraft gesetzt wurde, kam es in den folgenden Jahren zu starker Kritik seitens der Leistungserbringer sowie von Patientenverbänden. Aber auch Leistungsträger (gesetzliche Krankenkassen) sowie die Medizinischen Dienste sahen sich mit der Umstellung von tagesgleicher Vergütung nach Bundespflegesatzverordnung auf die nun tagesbezogene pauschalierende Vergütung mit Leistungsbezug und potentiell degressiver Vergütung zunächst großen Herausforderungen gegenübergestellt. Die Abkürzung „PEPP“ steht für das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik und bezeichnet dabei sowohl das Vergütungssystem selbst, als auch die einzelnen Fallgruppen analog einer „DRG“ (Diagnosis-Related-Group) im DRG-System. Bei der Einführung des DRG-Systems 2003 hatte man bewusst Psychiatrie und Psychosomatik ausgeklammert, da man u. a. eine DRG-Systematik für diese Fachgebiete nicht für geeignet hielt.

Weshalb entschloss sich der Gesetzgeber nun dennoch zunächst auch gegen die Kritik der Anwender, ein pauschalierendes Entgeltsystem in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik einzuführen? Das Ziel des Gesetzgebers lag in der Schaffung einer höheren Transparenz über die Leistungen und Kosten, der Etablierung eines Leistungsbezuges der Vergütung und damit auch der Förderung des Wettbewerbes und einer besseren Vergleichbarkeit der Leistungserbringung im Sinne eines Benchmarkings. Ein wesentliches Ziel war sicher auch die Verbesserung der Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen. Auch dürften ökonomische Aspekte bei sich abzeichnenden steigenden Ausgaben eine Rolle gespielt haben.

Inzwischen liegt ein Endbericht für die Datenjahre 2011 bis 2018 zur gesetzlich vorgeschriebenen Begleitforschung zur Einführung des PEPP-Systems vor (Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Auftrag nach § 17d Abs. 8 KHG, Endbericht für die Datenjahre 2011 bis 2018, 4. August 2020, Hamburg Center for Health Economics (HCHE) in Zusammenarbeit mit BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit).

In diesem Bericht, der durch die veränderten Rahmenbedingungen durch das PsychVVG (s. unten, S. 13) nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse liefert, werden unterschiedliche Kategorien ausgewertet. Es zeigt sich, dass für die Bereiche „Zugang zur Versorgung und Veränderungen der Strukturen“, „Fallzahlsteigerung“ (trotz Zunahme) und „Veränderungen in der Behandlung“ keine Effekte durch die Einführung des PEPP-Systems sicher nachgewiesen werden können. Das Kodierverhalten habe sich im Laufe der Jahre sukzessive verbessert (mehr Fälle mit spezifischer Kodierung, weniger Fehlkodierungen). Bei der Behandlungsqualität könne nicht

zweifelsfrei von einem Zusammenhang mit der Einführung des PEPP-Systems gesprochen werden, wobei Unterschiede im Bereich Ausfinanzierung des Personalbedarfs, bei klinischen Abläufen und beim Entlassmanagement (häufiger in PEPP-Häusern) und in den Behandlungsergebnissen (etwas positiver in PEPP-Häusern) beschrieben werden. Weiterhin werden durch die Einführung des PEPP-Systems Veränderungen in den Abrechnungsprozessen und im Prüfgeschehen (Zunahme von Einzelfallprüfungen) beobachtet, die in erhöhten Aufwänden u. a. für IT und für das mit der Abrechnung befasste Personal resultierten. Inwieweit dies einmalige Mehraufwände oder dauerhafte Veränderungen sind, bleibe abzuwarten.

Seit 2005 ist die Anzahl der Kliniken „mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten“ von 234 auf 247 im Jahr 2011 wieder angestiegen, 2002 waren es noch 274 Kliniken.

Die Anzahl der Betten in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern lag 2002 bei 42.600, 2005 bei 38.869 und stieg 2011 wieder auf 41.007 an.

Die durchschnittlichen Verweildauern in diesen Kliniken betrugen 2002 27,4 Tage, 2005 25,6 Tage und 2011 24,8 Tage.

Die Fallzahlen lagen im Jahr 2002 bei 498.690, 2005 bei 494.808 und stiegen danach bis 2011 auf 559.833.

Entsprechend veränderten sich die Berechnungstage von 13.707.520 im Jahr 2002 auf 12.683.673 im Jahr 2005 und 13.876.491 im Jahr 2011.

Auch wenn in Fachserie 12, 6.1.1, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser des statistischen Bundesamtes die Erfassung der Krankenhäuser mit ihrer Zuordnung seit 2012 geringfügig geändert wurde (es wurden nun auch Krankenhäuser, die neben psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten auch einen geriatrischen Schwerpunkt haben, mit in die Stichprobe einbezogen), zeigt sich, dass sich der Trend einer zunehmenden Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Krankenhausleistungen auch in den letzten Jahren bestätigt. Die Berechnungstage liegen für 2021 bei 14.446.969, die mittlere Verweildauer bei 27,1 Tagen. Damit wurde ein pandemiebedingter Rückgang im Vorjahr wieder ausgeglichen.

Nach Angaben der PEPP-Statistik des Statistischen Bundesamtes (Onlineabfrage am 21.11.2023) wurden im Jahr 2022 insgesamt 810.978 (2021:803.979, 2020: 789.670, 2019: 879.701) Patientinnen und Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern behandelt. Im Durchschnitt waren die Behandelten ca. 45,1 Jahre alt und verbrachten ca. 29 Tage (2021 28,7 Tage, 2020: 28,5 Tage, 2019: 28,7 Tage) im Krankenhaus.

**Tabelle 1: Entwicklung Betten und Verweildauer**

| | Krankenhäuser | Betten/Plätze | Verweildauer | Fälle | Berechnungstage |
|---|---|---|---|---|---|
| 2002* | 274 | 42.600 | 27,4 Tage | 498.690 | 13.707.520 |
| 2005** | 234 | 38.869 | 25,6 Tage | 494.808 | 12.683.673 |
| 2011** | 247 | 41.007 | 24.8 Tage | 559.833 | 13.876.491 |
| 2012*** | 264 | 43.101 | 24,4 Tage | 599.474 | 14.634.705 |
| 2015*** | 274 | 45.509 | 24,5 Tage | 625.801 | 15.301.888 |
| 2016*** | 282 | 45.953 | 25,0 Tage | 618.878 | 15.497.268 |
| 2017*** | 285 | 46.729 | 25,6 Tage | 618.087 | 15.800.805 |
| 2018*** | 279 | 46.610 | 26,2 Tage | 597.180 | 15.659.160 |
| 2019*** | 276 | 46.284 | 26,9 Tage | 575.740 | 15.473.440 |
| 2020*** | 282 | 45.965 | 26,2 Tage | 519.255 | 13.614.906 |
| 2021*** | 290 | 46.585 | 27,1 Tage | 533.734 | 14.446.969 |

* Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Betten
** Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten
*** Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, 6.1.1, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser

Auf die wachsende Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen weist auch die Zunahme der an der Versorgung für diese Patientengruppe beteiligten Facharztgruppen bei sektorenübergreifender Betrachtung hin.

Laut Gesundheitsberichtserstattung des Bundes unter Berufung auf Daten der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Onlineabfrage am 21.11.2023) waren im Jahr 2000 14.489 Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (mit ärztlicher Tätigkeit) registriert und 2022 21.479 Ärzte der genannten Gebiete. Dies bedeutet über 22 Jahre eine Steigerung um 48,2 %. Im Vergleich fiel die Steigerung über alle Facharztrichtungen mit 43,0 % im selben Zeitraum niedriger aus.

2022 waren zusätzlich 55.321 (2006: 30.076) Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland registriert (Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes unter Berufung auf Daten der Bundespsychotherapeuten kammer, Onlineabfrage am 21.11.2023).

Betrachtet man die stationäre psychiatrische Versorgung im internationalen Vergleich, so nimmt Deutschland bei den Kennzahlen eine Spitzenposition ein.

Die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) hat u. a. die psychiatrische Versorgung ihrer Mitgliedsstaaten (hierunter zahlreiche europäische Staaten, Australien, Chile, Japan, Kanada, Korea, Mexiko, Neuseeland, Türkei, USA) verglichen.

Betrachtet man die Zahl der psychiatrischen Betten im Jahr 2018, so wird im OECD-Vergleich die Zahl pro 1.000 Einwohner in Deutschland von 1,3 nur noch von Belgien mit 1,35 und Japan mit 2,61 übertroffen. Durchschnittlich werden 0,69 Betten pro 1.000 Einwohner im OECD Vergleich ermittelt (Quelle OECD Healthcare Resources, Online Abfrage 08.11.2021).

In der gleichen Erhebung werden für 2018 im Durchschnitt 695,6 Krankenhausentlassungsfälle pro 100.000 Einwohner ausgewiesen. Deutschland nimmt mit 1.653,3 Fällen, gefolgt von Norwegen mit 1.437,4 und Österreich mit 1.273,5 Fällen bezogen auf 100.000 Einwohner den internationalen Spitzenplatz ein.

Ebenfalls nach dieser Erhebung sind für das Jahr 2018 in Deutschland 0,28 Psychiater („Headcounts“) pro 1.000 Einwohner tätig bei durchschnittlich 0,18 Psychiatern pro 1.000 Einwohner in allen meldenden Staaten. Übertroffen wird die Zahl in Deutschland nur von der Schweiz (0,52).

**Tabelle 2: Internationaler Vergleich (OECD)**

| Land | **Anzahl der psychiatrischen Betten 2018** (pro 1000 Einwohner) | **Entlassfälle Psychiatrische Patientinnen und Patienten2018** (pro 100.000 Einwohner) | **Psychiater (Headcounts) 2018** (pro 1.000 Einwohner) |
|---|---|---|---|
| **Australien** | .. | 1017,3 | 0,17 |
| **Österreich** | 0,73 | 1273,5 | 0,18 |
| **Belgien** | 1,35 | 305,4 | 0,17 |
| **Kanada** | 0,37 | 672,9 | 0,17 |
| **Chile** | 0,15 | 166,7 | 0,1 |
| **Tschechien** | 0,93 | 657,9 | .. |
| **Dänemark** | 0,48 | .. | 0,19 |
| **Estland** | 0,52 | 969,2 | 0,19 |
| **Finnland** | 0,54 | 1.255,1 | .. |
| **Frankreich** | 0,83 | 1.183,8 | 0,23 |
| **Deutschland** | 1,3 | 1.653,3 | 0,28 |
| **Griechenland** | 0,74 | .. | 0,26 |
| **Ungarn** | 0,85 | 916,5 | 0,15 |
| **Island** | 0,37 | .. | 0,24 |
| **Irland** | 0,34 | 144,2 | 0,17 |
| **Israel** | 0,38 | 343,4 | 0,16 |
| **Italien** | 0,09 | 274,9 | 0,17 |
| **Japan** | 2,61 | .. | 0,13 |
| **Korea** | 1,26 | 516,5 | 0,08 |
| **Lettland** | 1,22 | 1.236,3 | 0,16 |
| **Litauen** | 0,98 | 1.238 | 0,23 |
| **Luxemburg** | 0,74 | .. | .. |
| **Mexico** | 0,03 | 37,7 | 0,01 |
| **Niederlande** | 0,86 | 49,7 | 0,24 |
| **Neuseeland** | 0,3 | 474 | 0,19 |
| **Norwegen** | 1,05 | 1.437,4 | 0,26 |
| **Polen** | 0,62 | 692,2 | .. |
| **Portugal** | 0,64 | 192 | 0,13 |
| **Slowenien** | 0,66 | 568 | 0,15 |
| **Spanien** | 0,36 | 252,3 | 0,11 |
| **Schweden** | 0,41 | 973,1 | 0,23 |
| **Schweiz** | 0,93 | 1.196,8 | 0,52 |
| **Türkei** | 0,05 | 189,1 | 0,05 |
| **Groß Britannien** | 0,37 | 285,8 | 0,18 |
| **USA** | 0,25 | .. | 0,14 |
| **Durchschnitt** | **0,69** | **695,6** | **0,18** |
| | | | |

Quelle: OECD Healthcare Resources, Online Abfrage 08.11.2021, Bezugsjahr 2018

Die Abrechnung psychiatrischer Leistungen nach pauschalierenden Vergütungssystemen ist international betrachtet kein Alleinstellungsmerkmal der Bundesrepublik.

In den USA wurde von 1984 bis 1988 ein Psychiatrie-DRG System vom „Psychiatric Inpatient Care Department of Veteran Affairs“ zur Vergütung verwendet. Das System wurde 1988 ausgesetzt. Rosenheck et al. ermittelten, dass das System mit einer Zunahme der Einzelaufenthalte, einer Abnahme der Verweildauer, einer höheren Wiederaufnahmerate und einer Zunahme der Auslastung verbunden war (Rosenheck R, Massari L: Psychiatric inpatient care in the VA: before, during, and after DRG-based budgeting. Am J Psychiatry. 1991 Jul;148(7):888-91.)

Seit 2005 ist in den USA das Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System (IPF PSS) im Rahmen der staatlichen Gesundheitsfürsorge Medicare etabliert, hierbei handelt es sich ebenfalls um ein pauschaliertes Entgeltsystem mit degressiver Vergütung, wobei der Leistungsbezug hier nicht besonders stark ausgeprägt ist.

Weitere pauschalierende Vergütungssysteme finden sich seit 1993 in Ungarn (HBSC, Homogén Betegségcsoportok), seit 1997 in Österreich (LKF, Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung), sowie ein Vergütungssystem in Großbritannien mit einer Kombination aus HRGs („Healthcare Ressource Groups“) und Verweildaueranteilen. In Frankreich befindet sich ein System im Projektstatus (Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI-Psy). 7/2013 wurde in Australien ein leistungsbezogenes pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie eingeführt (Activity Based Funding, ABF). In der Schweiz wurde zum 01.01.2018 für die Erwachsenenpsychiatrie ein Vergütungssystem basierend auf leistungsbezogenen Tagespauschalen etabliert, seit 01.01.2019 auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Keines der Systeme ist mit dem PEPP-System in Deutschland direkt vergleichbar, allen gemeinsam liegt jedoch die Hoffnung zugrunde, durch Verbesserung der Transparenz und der Abbildung eines Leistungsbezuges steigenden Ausgaben unter Berücksichtigung qualitativer Aspekte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu begegnen. Alle Systeme sind keine reinen Fallpauschalensysteme. Immer kommen neben fall- und leistungsbezogenen Komponenten auch verweildauerabhängige Vergütungsanteile in unterschiedlichen Anteilen zum Tragen.

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

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) am 01.01.2017 erfolgte nochmals eine Korrektur des ursprünglichen PEPP-Systems. Bereits in den Vorjahren war der verweildauerabhängige degressive Anteil der Vergütung deutlich reduziert worden, zudem war mit der Einführung von ergänzenden Tagesentgelten (ET) die zusätzliche Vergütung von Patientenmerkmalen zur Abbildung ressourcenintensiver Patientinnen und Patienten sowie von 1:1 Betreuungsmaßnahmen etabliert worden. Mit dem PsychVVG wurde die ursprüngliche Ausrichtung des Systems als Preissystem revidiert. Auch weiterhin können wie bisher Budgets unter Berücksichtigung leistungsbezogener, struktureller Besonderheiten zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden, die Vergütung der einzelnen Aufenthalte erfolgt über krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte. Die ursprünglich geplante Konvergenz zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten entfiel.

Ein erklärtes Ziel ist und bleibt das Festhalten an Leistungsorientierung und Transparenz. Es erfolgt weiterhin eine bundeseinheitliche Kalkulation von Bewertungsrelationen über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Der Dokumentationsaufwand soll zukünftig „auf das notwendige Maß“ begrenzt werden, wobei eine jährliche Überprüfung stattfinden soll, welche ICD- und OPS-Kodes ggf. gestrichen werden können. Für das Jahr 2024 fielen diese Änderungen für die psychiatrierelevanten Bereiche wieder moderat aus, Neuerungen ergeben sich zuletzt durch die Definition von Strukturmerkmalen in den OPS, die vor Abrechnung von OPS Kodes von Krankenhäusern durch die Medizinischen Dienste geprüft werden müssen. Unabhängig hiervon ist jedoch weiterhin eine transparente und nachvollziehbare Leistungsabrechnung mit einem erheblichen Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser verbunden.

Für die psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser gibt es seit 2020 erstmals den Psych-Krankenhausvergleich. Dabei soll der leistungsbezogene Vergleich den örtlichen Vertragsparteien zur Unterstützung bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte dienen. Hier wurde ein weiteres auf Transparenz ausgerichtetes Element des PsychVVG umgesetzt.

Zum 01.01.2020 ist zudem die neue Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie des G-BA (PPP-RL) in Kraft getreten, die seitdem bereits mehrfach angepasst wurde. Es werden verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung festgelegt. Diese Mindestvorgaben sind dabei nicht als Personalanhaltszahlen aufzufassen. Die Einhaltung der Mindestvorgaben sowie deren Nachweis ist seit 2020 für die psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser vorgeschrieben. In Anlehnung an die früher geltenden Psych-PV-Vorgaben wurden einerseits die Minutenwerte der einzelnen Personalgruppen angepasst, zudem wurden neue Behandlungsbereiche für die Psychosomatik, die psychosoma-

tisch-psychotherapeutische Behandlung in der Psychiatrie sowie zur Abbildung der stationsäquivalenten Behandlung eingeführt. Die Überprüfung der Vorgaben durch die Medizinischen Dienste fand 2023 erstmalig anhand von Stichproben statt, hierfür hatte der G-BA einen gesonderten Abschnitt in der MD-QK-RL (Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes) geschaffen.

Die erstmals im Jahr 2018 durch das PsychVVG geschaffene Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB), die anfangs nur zögerlich angeboten wurde, etabliert sich mittlerweile in zunehmendem Maße. Um einen rechtlichen Rahmen für die StäB zu schaffen, wurde neben Änderungen im SGB V durch Erweiterung des § 39 um die stationsäquivalente Behandlung auch der § 115d im SGB V neu eingeführt (siehe auch Kapitel „Rechtliche Aspekte und Methodik der sozialmedizinischen Beurteilung“). Die stationsäquivalente Behandlung wird im OPS über die Kodes 9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen sowie Kode 9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen abgebildet. Hier werden Strukturmerkmale und Mindestmerkmale für die stationsäquivalente Behandlung beschrieben. Zudem wurde in einer Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen den Vertragsparteien „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 Behandlung“ definiert. Entsprechend wurde auch der PEPP-Entgeltkatalog um die Anlagen 6a und 6b für die stationsäquivalente Behandlung erweitert. Auch für das Jahr 2024 gibt es noch keine bewerteten Entgelte für die stationsäquivalente Behandlung. Nähere Ausführungen finden sich im Kapitel „Grundlagen des PEPP-Systems“.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Allokation der stationsäquivalenten Behandlung mit ambulanten Behandlungselementen in den sozialrechtlichen Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung in der Praxis bisweilen zu Auseinandersetzungen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern führt, zumal auch einige Vergütungsfragen – wie beispielsweise die Frage nach einer zeitgleichen Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen oder auch pflegerischer Leistungen neben der stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung – nicht abschließend geklärt wurden. Erfahrungen der Überprüfung zeigen zudem teilweise erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung dieser für die Behandlung im häuslichen Umfeld der Versicherten gedachten Krankenhausbehandlung. Manchmal ist zum einen die tatsächliche Leistungserbringung im häuslichen Umfeld nicht ausreichend nachvollziehbar, vielmehr finden Behandlungen auch direkt im Krankenhaus statt. Zum anderen wird die stationsäquivalente Behandlung oft auch nicht wie vom Gesetzgeber gefordert durchgeführt, nämlich „hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung“ entsprechend.

Mit Blick auf die Dokumentation sämtlicher erbrachter Leistungen soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich eine adäquate Dokumentationspflicht nicht nur aus den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien für Psychiatrie und Psychosomatik ergibt. Vielmehr sind vor allem die Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes Grundlage für jede Behandlungsdokumentation (Bürgerliches Gesetzbuch § 630 f, Dokumentation der Behandlung).

Die durch das MDK-Reformgesetz festgeschriebenen Änderungen der Krankenhausabrechnungsprüfung haben auch Auswirkungen auf die nach PEPP abrechnenden Krankenhäuser. Dies betrifft neben einer festgeschriebenen Prüfquote auch die vorgelagerte Überprüfung der Strukturvoraussetzungen, die in den PEPP-relevanten OPS-Komplexkodes definiert sind, als Voraussetzung für deren Abrechnung. Dabei ist der politisch intendierte Umbau der Leistungserbringung im Krankenhausbereich aktuell im Rahmen der geplanten Krankenhausreform in vollem Gange, wobei ein Umbau der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausversorgung gegenwärtig nicht geplant ist

Weiterhin wird im PEPP-System, bei dem jeder Tag vergütet wird, neben der Kodierungsprüfung ein Hauptaugenmerk auf der Prüfung der Verweildauer liegen.

# Rechtliche Aspekte und Methodik der sozialmedizinischen Beurteilung

*Christian Kuhn-Thiel*

Mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik erhielt die Prüfung von Krankenhausleistungen einen zusätzlichen Schwerpunkt. Solange die Vergütung allein nach tagesgleichen Sätzen erfolgte, war einzig die Bewertung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung von Interesse. Im Rahmen der neuen Abrechnungssystematik stellt sich zusätzlich die Frage nach der korrekten Kodierung von Diagnosen und Leistungen. Aus einem zunehmenden Leistungsbezug und gesteigerter Komplexität ergibt sich eine erhöhte Fehleranfälligkeit, die naturgemäß höhere Anforderungen für alle Beteiligten mit sich bringt. Dennoch bleibt die Thematik Fehlbelegung unverändert erhalten, weshalb hier im Folgenden sowohl grundsätzliche Aspekte der Bewertung und der rechtlichen Rahmenbedingungen als auch Definitionen und Rechtsgrundlagen der Abrechnungsprüfung dargestellt werden.

Gesetzliche Regelungen

Die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen der Krankenhausbehandlung werden in folgenden Gesetzen und Verordnungen geregelt:

- Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)
- Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie
- Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie des G-BA (PPP-RL)

## Fehlbelegung und Abrechnungsprüfung

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - SGB V

Das Sozialgesetzbuch V bildet den rechtlichen Rahmen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Hier wird auch die Krankenhausbehandlung geregelt.

Der sozialmedizinische Begriff Fehlbelegung bezeichnet eine unangemessene Nutzung von vollstationären Krankenhauskapazitäten.

Unangemessen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das angestrebte Behandlungsergebnis auch unter Nutzung einer anderen, sozialrechtlich vorrangigen Versorgungsform hätte erzielt werden können. Nach § 39 SGB V haben Patientinnen und Patienten bzw. gesetzlich Krankenversicherte nur dann Anspruch auf eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, wenn vorrangige Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichen:

*„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. […] Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.[…] Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; […]. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung." … (§ 39 Abs. 1 SGB V)*

Der hier in § 39 SGB V 2018 neu definierte Begriff der stationsäquivalenten Behandlung wurde im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführt. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung wird unter dem neu eingefügten § 115d SGB V näher beschrieben. Die Leistungsbeschreibung wurde als OPS 9-70 und 9-80 in das amtliche Schlüsselverzeichnis aufgenommen, zudem wurde eine Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen den Selbstverwaltungspartnern geschlossen, in der Regelungen hinsichtlich der Anforderungen an die Dokumentation, an die Qualität der Leistungserbringung sowie an die Beauftragung von weiteren Leistungserbringern getroffen wurden. Die 2023 eingeführte Möglichkeit zur tagesstationären ist nicht für die Einrichtungen der Psychiatrie/ Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen.

Wichtig ist die Verpflichtung des Krankenhauses, vor der stationären Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten zu prüfen, ob die vollstationäre Aufnahme überhaupt erforderlich ist.

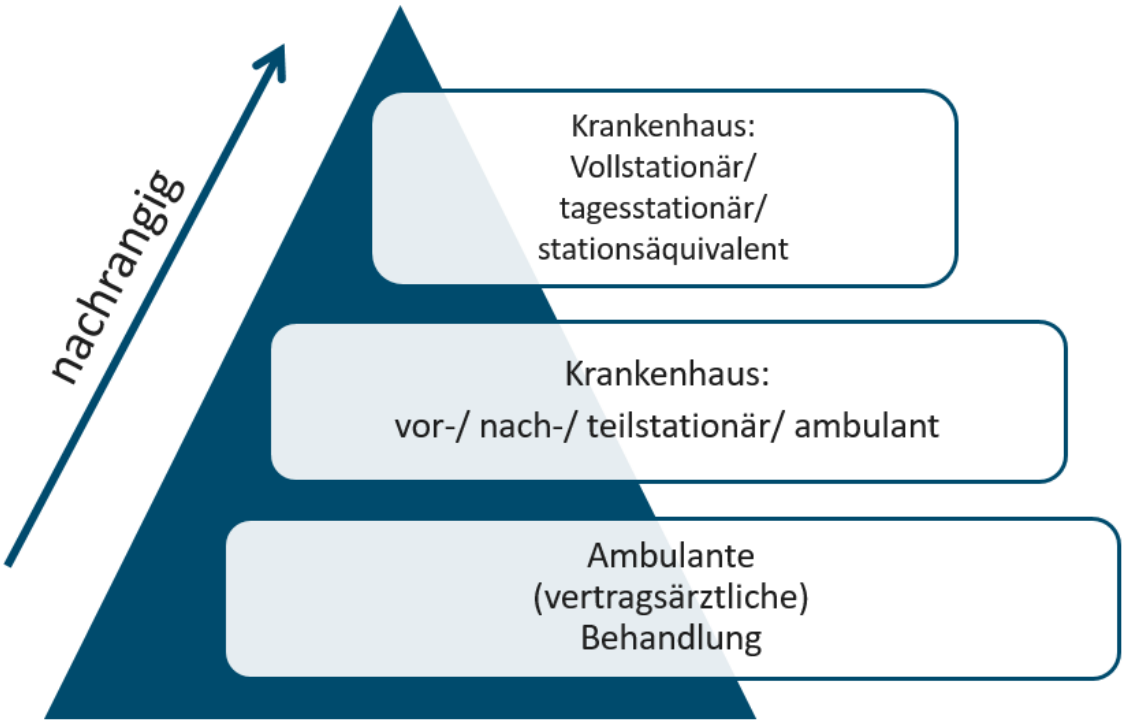
Nach den weiteren sozialrechtlichen Vorgaben besteht nur ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung – wie bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – wenn diese ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht übersteigt (§ 12 SGB V).

Die sozialmedizinische Terminologie unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Fehlbelegung. Bei ersterer wird davon ausgegangen, dass bereits die vollstationäre Krankenhausaufnahme vermeidbar gewesen wäre. Bei der sekundären Fehlbelegung wird davon ausgegangen, dass zwar eine Aufnahmenotwendigkeit gegeben war, die vollstationäre Verweildauer jedoch zu lange war. Dabei bezieht sich „zu lange" auf den gesamten stationären Aufenthalt, also nicht nur auf dessen Ende. Diese Definitionen entsprechen den sozialrechtlichen Begriffen der Notwendigkeit (Frage primäre Fehlbelegung) und Dauer (sekundäre Fehlbelegung). Als tertiäre Fehlbelegung wird im weitesten Sinne eine Situation verstanden, bei der die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zwar gegeben war, jedoch die Behandlung in einem anderen Krankenhaus oder einer anderen Fachabteilung wirtschaftlicher oder zweckmäßiger gewesen wäre.

Insgesamt wird die Zielsetzung des Gesetzgebers in Richtung eines klar gegliederten, hierarchisch aufgebauten Versorgungssystems deutlich, was sich im Grundsatz „ambulant vor stationär“ zusammenfassen lässt.

In § 39 Abs. 1a SGB V wird ebenfalls ein verpflichtendes Entlassmanagement gesetzlich verankert: „Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.“

**Abb. 1 § 39 SGB V: Ambulant vor stationär (AOP: Ambulantes Operieren)**




Die in § 39 SGB V erwähnten vorrangigen Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten in anderer Form zu behandeln (ambulant, vor- und nachstationär und teilstationär) sind im Zusammenhang mit Fehlbelegung von besonderer Bedeutung und sollen daher hier näher erläutert werden.

Die vor- und nachstationäre Behandlung ist in § 115a SGB V geregelt. In § 115b SGB V ist die Möglichkeit zum ambulanten Operieren von Krankenhäusern verankert, dies hat für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik keine praktische Bedeutung. § 115a SGB V gibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, „bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung“ zu behandeln. Dabei soll die vorstationäre Behandlung die Möglichkeit zur Prüfung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenbehandlung bieten oder zur Vorbereitung derselben dienen. Die nachstatio-

näre Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung soll dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Besteht zum Beispiel zum Zeitpunkt der Einweisung für das Krankenhaus eine medizinisch unklare Situation, hat es die Möglichkeit, im Rahmen von § 115a SGB V die „Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären“ und damit eine – gegebenenfalls nicht erforderliche – vollstationäre Aufnahme zu vermeiden. Bei geplanten Aufnahmen gibt § 115a SGB V die Möglichkeit „die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten“. Dies kann zum Beispiel zur Vorbereitung einer dann nachfolgend (teil-)stationär erforderlichen Elektrokonvulsionstherapiebehandlung auch in der Psychiatrie zum Tragen kommen.
Als **vorstationäre** Behandlung wird in § 115a SGB V ein Zeitraum von 5 Tagen mit maximal 3 Behandlungstagen in diesem Zeitraum definiert. Als **nachstationäre** Behandlung wird ein Zeitraum von maximal 14 Tagen nach Entlassung und von bis zu 7 Behandlungstagen in diesem Zeitraum definiert.

Der mit dem PsychVVG für die Psychiatrie neu eingeführte Begriff der „stationsäquivalenten Behandlung“ ist in § 115d SGB V wie folgt beschrieben:

*„**§ 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung***
*(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere, wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.*

*(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017*
*1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,*
*2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,*
*3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.*

*Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.*

*(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.*

*(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.*"

Diese Behandlungsform stellt sowohl bezüglich der Umsetzung als auch der methodischen Einordnung in die bisherige Systematik („ambulant vor stationär“) eine Herausforderung dar. Einerseits wird die „stationsäquivalente Behandlung“ der vollstationären Behandlung gleichgestellt, andererseits findet sie im häuslichen Umfeld statt. Das bedeutet, dass die Patientin oder der Patient weder ambulant noch vor-, nach- oder teilstationär behandelbar ist, aber dennoch in seinem häuslichen Umfeld verbleiben kann. Auch nach Etablierung dieser Behandlungsform in der Praxis bleiben Fragen offen, inwieweit die Verankerung der stationsäquivalenten Behandlung als einem der vollstationären Krankenhausbehandlung gleichzusetzenden Behandlungsangebot sachgerecht ist. Zudem sind Fragen der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen (z. B. hausärztlicher Leistungen) oder von Pflegeleistungen durch Pflegedienste oder Pflegeheimen, die während der stationsäquivalenten Behandlung durchaus durchgeführt werden, weiterhin nicht abschließend geklärt.

Von besonderer Bedeutung ist die **teilstationäre („tagesklinische“)** Behandlung im psychiatrischen/psychosomatischen/psychotherapeutischen Bereich. Im SGB V wird der Begriff „teilstationär“ nicht näher definiert. In der BSG-Rechtsprechung heißt es, dass sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen aufgrund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum erstrecken, wobei allerdings die medizinisch, organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt werde, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus notwendig sei (vgl. BSG-Urteil vom 04.03.2004, B3 KR 4/ 03 R).

§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bildet die Rechtsgrundlage für gutachtliche Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst.

*„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,*
*1. 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."*

§ 275c SGB V regelt die Durchführung und den Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst. In Absatz 1c werden Anzeigefristen zur Prüfung und Aufwandspauschale geregelt:

*„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten."*

Durch das MDK-Reformgesetz (s.u.) wurden 2020 erstmals verbindliche Prüfquoten festgeschrieben, auch wurden erstmals Aufschlagszahlungen für Krankenhäuser in Abhängigkeit von der Anzahl beanstandeter Rechnungen festgelegt. Die gesetzliche Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer ist in § 276 SGB V geregelt. Hier steht u. a.: „Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln."

In § 17c Abs. 2 KHG ist festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c SGB V (Einzelfallprüfungen) regeln. Die Vereinbarung trifft Regelungen u. a. über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes, über die Prüfungsdauer (Fristen), den Prüfungsort und die Abwicklung von Rückforderungen getroffen.

Die Vereinbarung ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst 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 zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses gültigen Vereinbarung:

Zur Einleitung einer Prüfung hat die Krankenkasse dem Krankenhaus Auffälligkeiten der Abrechnung innerhalb von 4 Monaten nach Rechnungseingang so konkret wie möglich mitzuteilen. Nach Einleitung des Prüfverfahrens können beide Seiten zu einem Falldialog auffordern. Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen. Der Falldialog ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist abzuschließen, kann aber auch einvernehmlich verlängert werden. Er endet durch Einigung, Erklärung einer Seite zur Beendigung oder Erreichen der 2-Monats-Frist (sofern keine einvernehmliche Verlängerung erfolgt). Bei Einigung hat eine Rechnungskorrektur innerhalb von 4 Wochen zu erfolgen. Wird keine Einigung erzielt, folgt die Beauftragung des Medizinischen Dienstes innerhalb von 2 Wochen nach Ende des Vorverfahrens, spätestens aber 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens.

Die Möglichkeit einer direkten Beauftragung des Medizinischen Dienstes (ohne Vorverfahren) bleibt unabhängig davon erhalten, dann gilt die Frist von 4 Monaten ab Rechnungseingang. Erfolgt eine Beauftragung, zeigt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus innerhalb einer 2-Wochen-Frist die Einleitung des Prüfverfahrens und die mitgeteilten Auffälligkeiten an, die ggf. zu konkretisieren sind. Eine Beschränkung der Prüfung des Medizinischen Dienstes auf den Prüfanlass besteht nicht, eine Erweiterung des Prüfanlasses kann im schriftlichen Verfahren nach Bestätigung durch die auftraggebende Krankenkasse erfolgen, ist dann dem Krankenhaus anzuzeigen.

Bezüglich des Prüfortes sollen sich Medizinischer Dienst und Krankenhaus verständigen. Gelingt dies nicht, entscheidet der Medizinische Dienst. Wird ein schriftliches Verfahren durchgeführt, hat das Krankenhaus die angeforderten Unterlagen innerhalb von 8 Wochen zu übermitteln. Bei Überschreiten dieser Frist besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, eine weitere Verlängerung um 3 Wochen gegen Entrichtung einer Pauschale von 300 Euro an die Kasse zu erwirken.

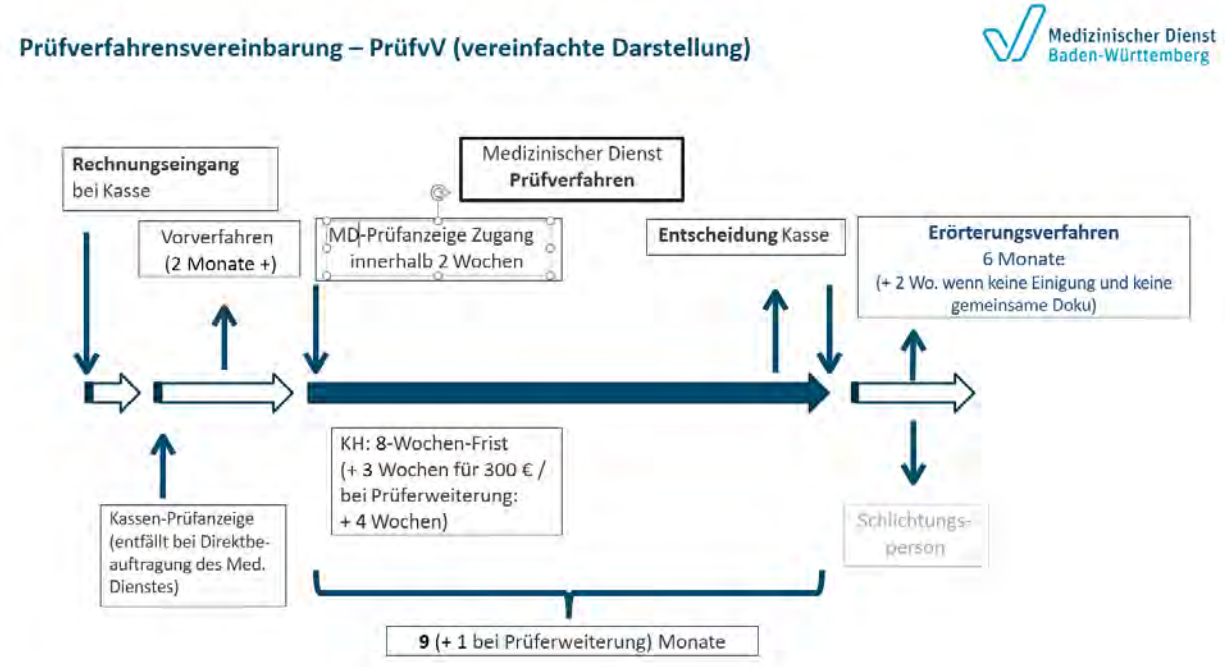
Bei einer Prüferweiterung hat das Krankenhaus die Möglichkeit, innerhalb von 4 Wochen ggf. ergänzende Informationen zu übermitteln.

Bei unvollständiger Datenlieferung erfolgt die Beurteilung anhand der vorliegenden Unterlagen. Wenn keine Unterlagen eingehen, gilt die Krankenhausabrechnung als erörtert, und es können vom Krankenhaus außerhalb der genannten Fristen keine Unterlagen nachgereicht werden.

Die abschließende Entscheidung der Kasse ggf. mit Rückerstattungsanspruch und Mitteilung der wesentlichen Gründe hat innerhalb von 9 Monaten nach Prüfanzeige zu erfolgen. Die Krankenkasse kann eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen.

Die Prüfverfahrensvereinbarung regelt ab 2022 auch das gesetzlich vorgesehene Erörterungsverfahren. Ist 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, hat dies aber auch inhaltlich zu begründen. Je nachdem, ob sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung anschließt oder nicht, kommt es zur eigentlichen Erörterung. Grundlage sind sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller vom Medizinischen Dienst erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des Erörterungsverfahrens übermittelten Unterlagen und Argumentationen. Das Erörterungsverfahren ist binnen 12 Wochen abzuschließen. Die Dokumentationspflichten für das Erörterungsverfahren sind ebenfalls in der PrüfvV geregelt.

**Abb. 2 Prüfverfahrensvereinbarung**



## Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Durch das MDK-Reformgesetz, das zum 01.01.2020 in Kraft getreten ist, wurde zum einen die Organisationsstruktur der Medizinischen Dienste verändert, zum anderen wurden Änderungen in der Krankenhausabrechnungsprüfung festgeschrieben.

Ziel des Gesetzes war die Stärkung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit. Zudem soll durch bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen die Wahrnehmung der Aufgaben der Medizinischen Dienste sichergestellt werden.

Die Medizinischen Dienste tragen seitdem die Bezeichnung „Medizinischer Dienst“. Alle Medizinischen Dienste sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die föderale Struktur der Medizinischen Dienste bleibt dabei erhalten. Auch bleibt die gesetzlich festgeschriebene gutachterliche Unabhängigkeit als Bestandteil der Tätigkeiten der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste erhalten. Die Finanzierung der Medizinischen Dienste erfolgt wie bisher umlagefinanziert.

Es erfolgte eine Neustrukturierung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste. Zudem wurde bei jedem Medizinischen Dienst eine Ombudsperson berufen, an die sich Beschäftigte der Medizinischen Dienste bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte oder Versicherte bei Beschwerden über den Medizinischen Dienst vertraulich wenden können. Die Aufsicht über die Medizinischen Dienste liegt weiterhin bei den zuständigen Landesbehörden (zumeist Sozialministerien).

Der Medizinische Dienst Bund wurde organisatorisch vom GKV-Spitzenverband gelöst und wird ebenfalls als Körperschaft des öffentlichen Rechts geführt, unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Medizinische Dienst Bund, der über eine Umlage der einzelnen Medizinischen Dienste finanziert wird, legt verbindliche Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste unter deren Mitwirkung fest. Bezüglich der Neuausrichtung der Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen werden Anpassungen im Rahmen des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie der Bundespflegesatzverordnung vorgenommen.

Die Prüfquoten sind wie folgt festgelegt:

**Seit 2022**:

Bei > 60 % unbeanstandeter Abrechnungen (nach Prüfung der Med. Dienste): max. 5 %

| | | |
|---|---|---|
| Bei 40-60 % | „“ | : max. 10 % |
| Bei < 40 % | „“ | : max. 15 % |
| Bei < 20 % | „“ | : > 15 % möglich |

Zudem werden erstmalig ergebnisabhängige „Aufschläge“ auf den Differenzbetrag bei Beanstandungen der Rechnung durch den Medizinischen Dienst nach folgender Vorgabe festgelegt:

**Seit 2022**:

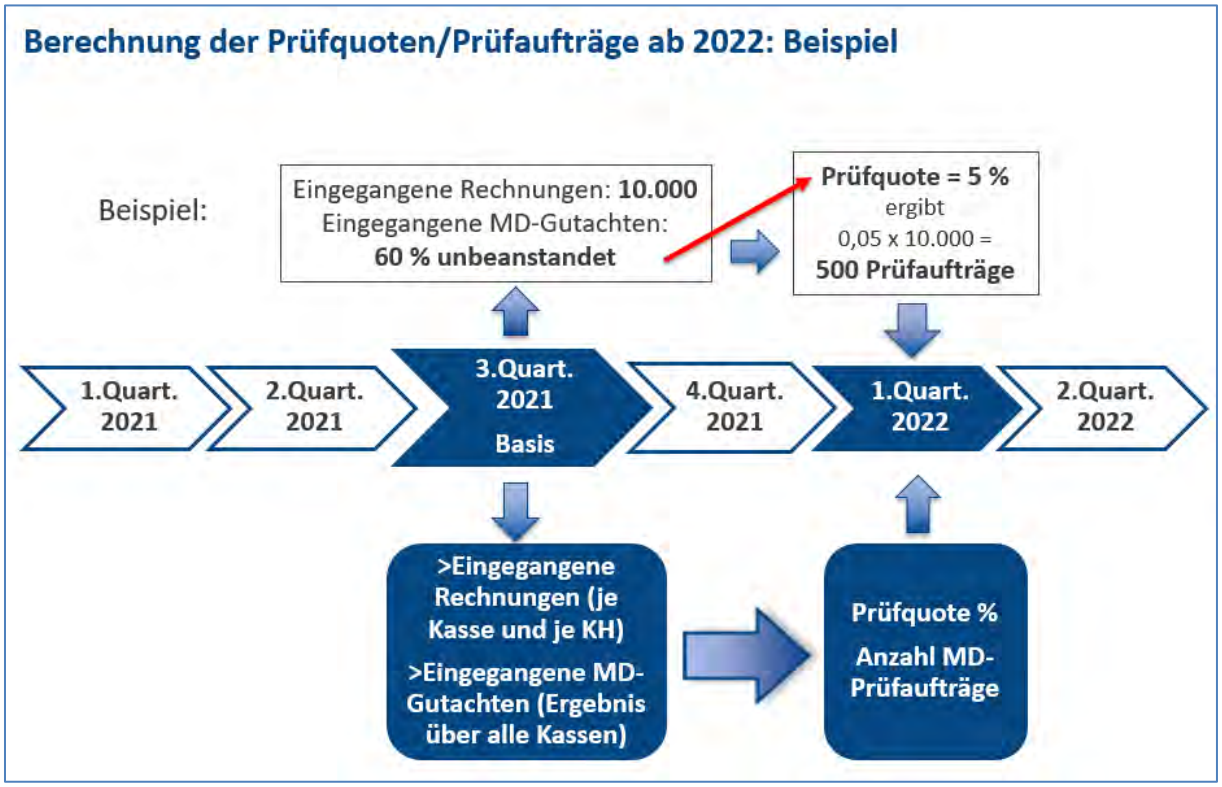
Bei < 60 % unbeanstandeter Abrechnungen: 25 % des Differenzbetrags

Bei < 40 % „“ : 50 % „“

Mindestens jedoch 300 €, höchstens 10 % des nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst **geminderten Abrechnungsbetrags**, wobei 300 € nicht unterschritten werden dürfen.

In der Gesetzesbegründung wird hierzu ausgeführt: „Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ergibt sich aus dem Verhältnis der geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach dem Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung in dem betrachteten, die Datenbasis bildenden Quartal. Dabei ist als Bezugsgrundlage für die zulässige Prüfquote der Krankenkasse die Zahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung des jeweiligen Krankenhauses im vorvergangenen Quartal heranzuziehen. Die Medizinischen Dienste erhalten diese Information aus der Veröffentlichung der vierteljährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes …“.

**Abb. 3 Beispiel für die Berechnung der Prüfquote seit 2022**



Im Beispiel für 2022 (Abb. 3) bildet das 3. Quartal 2021 die Basis für die Ermittlung der Prüfquote im 1. Quartal 2022. In Q3/2021 werden sämtliche in diesem Quartal in allen Kassen eingegangenen KH-Schlussrechnungen erfasst und an den GKV-Spitzenverband gemeldet. Zudem werden sämtliche in Q3/2021 durch den jeweils für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst erstellten Begutachtungsergebnisse erfasst. Von diesen Begutachtungsergebnissen wird der Anteil der unbeanstandeten Rechnungen für das jeweilige Krankenhaus ermittelt, im Beispiel 60 %. Diese 60 % bilden nun die Basis für die Ermittlung der Prüfquote in Q1/2022, bei 60 % unbeanstandeter Schlussrechnungen sind dies 5 %. Dies bedeutet, dass jede Kasse nun abhängig von ihrer Anzahl an Schlussrechnungen in Q3/2021 (im Beispiel 10.000 Rechnungen) in Q1/2022, im Beispiel also 500 Prüfaufträge beim für das Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst in Auftrag geben kann. Eine über 500 Prüfaufträge hinausgehende Beauftragung der Kasse ist ausgeschlossen, der Auftrag ist vom zuständigen Medizinischen Dienst zurückzuweisen.

Weiterhin wird ein Aufrechnungsverbot für Krankenkassen gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, im Gesetz vorgesehen und Abrechnungskorrekturen nach Übermittlung der Rechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse ausgeschlossen.

Wenn eine primäre Fehlbelegung festgestellt wird und keine entsprechende ambulante Vergütungsmöglichkeit besteht (z. B. wie beim Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V), sollen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen getroffenen Vereinbarungen vergütet werden.

Eine Prüfung von tagesbezogenen Pflegeentgelten ist ausgeschlossen (betrifft die Ausgliederung der Pflegeleistungen im G-DRG-System).

Es wurde auch festgelegt, dass der Schlichtungsausschuss Bund nach § 19 KHG bis zum 31.12.2019 festgestellte strittige Kodierfragen zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31.12.2020 entscheiden soll, nach diesem Zeitpunkt innerhalb von 8 Wochen nach Anrufung des Schlichtungsausschusses. Dies ist zeitgerecht erfolgt. Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses ist beim InEK eingerichtet, die Entscheidungen gelten jeweils als Kodierregeln.

Eine Neuerung erfuhr auch die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen von OPS Komplexkodes in § 275 d SGB V. Seit dem Jahr 2021 werden sämtliche Strukturmerkmale abrechnungsrelevanter OPS–Kodes auf Antrag der Krankenhäuser durch die Medizinischen Dienste geprüft. Die Durchführung der Prüfungen wird durch eine Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund geregelt. Leistungen können nur noch abgerechnet werden, wenn ein positiver Nachweis erfüllter Strukturvoraussetzungen vorliegt.

Auch wurde festgelegt, dass Prüfungen bei dem Medizinischen Dienst einzuleiten sind, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.

Durch die Vorgaben des MDK-Reformgesetzes ergeben sich somit auch wesentliche Änderungen in der Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## BSG Rechtsprechung

Zur Thematik Fehlbelegung existiert eine umfangreiche Sozialrechtsprechung. Insbesondere Urteile des Bundessozialgerichtes (BSG) haben in zahlreichen Fällen grundsätzliche Aussagen getroffen, die für die Begutachtung richtungsweisend sind. Die folgende Darstellung einiger wesentlicher Entscheidungen soll Anknüpfungspunkte für eine vertiefende Beschäftigung mit der Thematik geben und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Um ein Nachlesen der vollständigen Entscheidungen zu ermöglichen, sind hier jeweils die Aktenzeichen der aufgeführten Urteile angegeben.

Bereits in den 1990er-Jahren hat das BSG grundsätzliche Aussagen getroffen: *„Eine Krankenhausbehandlung ist dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Hierzu zählen die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeit eines Arztes.“* (BSG-Urteil vom 28. Januar 1999, AZ: B3 KR 4/98 R).

Eine wesentliche Festlegung im Hinblick auf die Begutachtung bzw. nachträgliche Prüfung der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung stellt das sogenannte „Ex ante-Prinzip“ dar. Im BSG-Urteil aus dem Jahr 1996 (B3 KR2/96R) wird ausgeführt: *"Stellt sich die Entscheidung nachträglich – vollständig oder in einzelnen Teilen – als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend ("ex ante") hätte erkennen können, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, ..."*

Das bedeutet, dass bei der gutachtlichen Beurteilung immer vom Informationsstand der aufnehmenden Ärztin oder des aufnehmenden Arztes zum Zeitpunkt der Aufnahme ausgegangen werden muss. Dies sollte eigentlich selbstverständlich sein, da Informationen, die vielleicht erst Tage später vorliegen, natürlich schwerlich von der Krankenhausärztin oder vom Krankenhausarzt bei Aufnahme einbezogen werden konnten.

***BEISPIEL: Die Aufnahme erfolgt bei bekanntem langjährigem Alkoholabusus mit in der Vorgeschichte schweren Entzügen elektiv zu einer vollstationären Entzugsbehandlung. Bei Aufnahme bestehen 1,1 Promille Atemalkoholkonzentration, ohne dass zu diesem Zeitpunkt klinische Zeichen einer Intoxikation oder eines Entzuges bestehen. Eine Abstinenz- und Veränderungsmotivation wird beteuert und eine anschließende Langzeittherapie war im Vorfeld***

***schon im Rahmen der ambulanten Suchthilfe im Anschluss geplant. Am Abend des Aufnahmetages bricht der Patient die Behandlung ab und wird bei zu diesem Zeitpunkt fehlenden Rückhaltegründen gegen ärztlichen Rat entlassen.***

Aufbauend auf der Argumentation aus dem „Ex ante-Prinzip“ wird in einer späteren Entscheidung des BSG dargelegt, dass eine „abgebrochene stationäre Krankenhausbehandlung“ – sofern die Krankenhausaufnahme im Sinne eines medizinisch begründeten Behandlungsplans erfolgte – nicht als Beleg dafür gewertet werden kann, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich war. Allerdings wird in der Entscheidung auch darauf hingewiesen, dass auch zu prüfen wäre, ob schon aus dem Verzicht auf eine vorstationäre Untersuchung der Vorwurf einer mangelhaften Behandlungsplanung abgeleitet werden könne (B 3 KR 11/04 R).

Zwei weitere Grundsatzfragen, die in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand – zum Teil inhaltlich abweichender – gerichtlicher Entscheidungen waren, wurden durch einen Beschluss des Großen Senates des Bundessozialgerichtes vom 25.09.2007 (GS 1/06) geklärt. Es ging zum einen um die Frage, welche Rolle die Notwendigkeit einer speziellen Unterbringung oder Betreuung im Zusammenhang mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung spielt, und inwieweit die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung uneingeschränkt gerichtlich geprüft werden kann, oder ob der Krankenhausärztin oder dem Krankenhausarzt in diesem Zusammenhang eine Einschätzungsprärogative (Vorrecht der Entscheidung) zukommt: *„Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss… Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu ….*

***BEISPIEL: Wenn bei einer Patientin, die aus einer Pflegeeinrichtung kommt und die wegen eines Delirs bei Demenz stationär aufgenommen wurde und bei der die delirante Symptomatik nach Behandlung von Flüssigkeitsmangel und Optimierung der Pharmakotherapie reversibel ist, die zeitnahe Rückübernahme durch Personalengpässe im Heim verzögert wird, so ist dies als sekundäre Fehlbelegung zu bewerten, da keine medizinischen Gründe, sondern lediglich Probleme der Unterbringung und Betreuung den stationären Aufenthalt verlängerten.***

Die bisweilen schwierige Thematik wurde zwischenzeitlich in § 39e SGB V, Übergangspflege im Krankenhaus, gesetzlich geregelt.

## Grundsätze der Begutachtung bei Fragen zur Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung

Für eine sachgerechte Begutachtung ist neben dem erforderlichen medizinischen Wissen und Kenntnissen der rechtlichen und vertraglichen Grundlagen auch die Berücksichtigung methodischer Grundsätze unbedingt erforderlich. Hierbei hat sich das Vorgehen nach dem – aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammenden – Intensity/Severity-Prinzip bewährt. Das Intensity/Severity-Prinzip besagt, dass sich die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung entweder aus der Intensität der Behandlung oder aus der Schwere der Erkrankung ergibt.

Die Intensität der Behandlung kann in diesem Zusammenhang mit der oben dargestellten Frage gleichgestellt werden, ob zur Behandlung der Patientin oder des Patienten die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich waren. Die Beantwortung dieser Frage setzt natürlich wieder eingehende medizinische Kenntnisse bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses, aber auch der Möglichkeiten anderer Versorgungssektoren voraus.

Bei der Schwere der Erkrankung sind sowohl die spezifischen Aspekte des jeweiligen Krankheitsbildes (aktuelle oder potenzielle vitale Gefährdungen) als auch patientenindividuelle Faktoren (z. B. Komorbiditäten) zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist für die Begutachtung der Zeitpunkt zu berücksichtigen, zu dem die jeweils behandlungsrelevanten Informationen vorlagen. Das in der oben zitierten Rechtsprechung erwähnte „Ex ante-Prinzip“ fordert, dass sich der Gutachter bei der Beurteilung quasi in die Situation der aufnehmenden Ärztin oder des aufnehmenden Arztes zurückversetzt und sich die Frage stellt, ob er sich mit den zum Zeitpunkt der Aufnahme bzw. zum Behandlungszeitpunkt vorliegenden Informationen ebenfalls für eine Krankenhausaufnahme oder stationäre Weiterbehandlung entschieden hätte. Die Wertung von Informationen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt verfügbar waren („hinterher ist jeder schlauer“), würde gegen dieses Prinzip verstoßen und damit keine sachgerechte Beurteilung ermöglichen.

# Grundlagen des PEPP-Systems

*Christian Kuhn-Thiel, Rita Sorge und Stephan Neumaier*

Mit § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten mit zunächst budgetneutraler Umsetzung geschaffen.

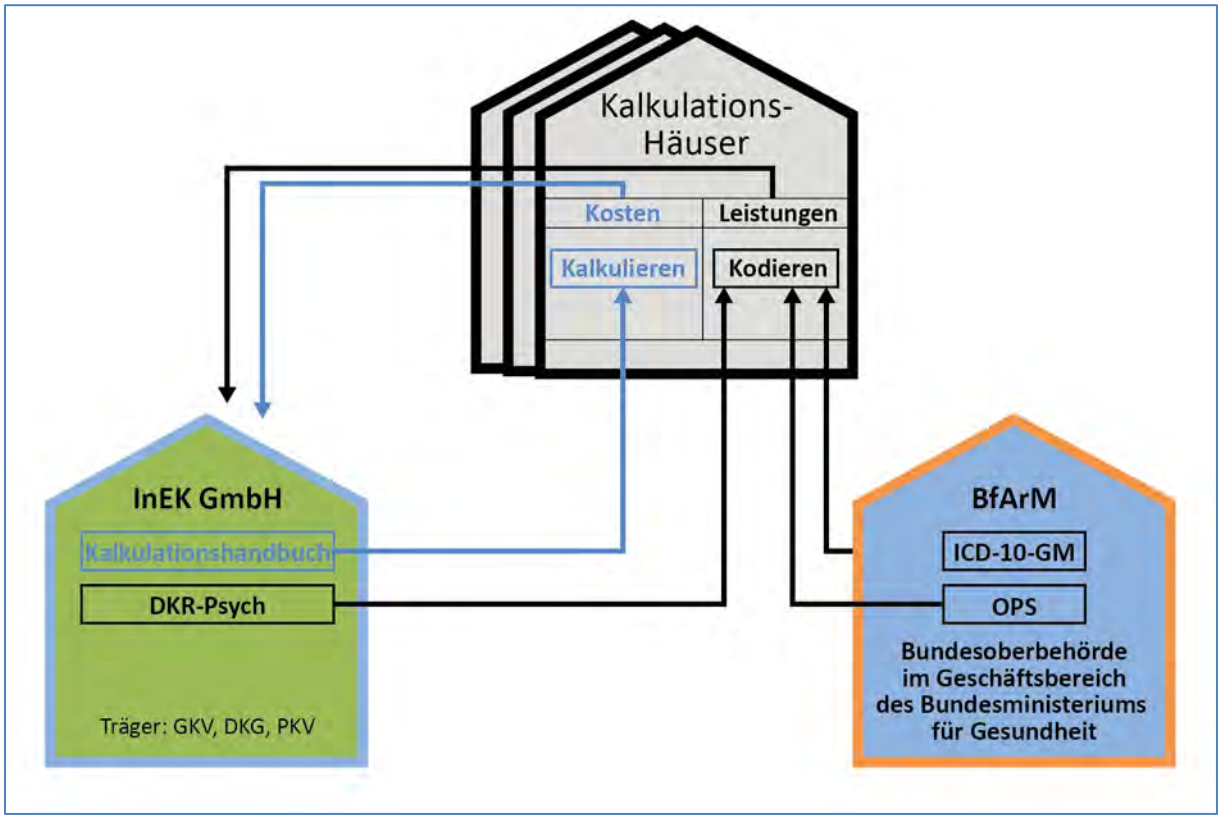
Die weiteren konkreten Regelungen und Schritte für die Einführung des Systems wurden im Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21.07.2012 getroffen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung und Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde das ursprünglich geplante Preissystem mit dem Ziel der Schaffung von Landesbasisfallwerten in ein Budgetsystem geändert. Weiterhin werden nun krankenhausindividuelle Budgets vereinbart, die einzelnen Aufenthalte werden über krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte vergütet. Seit 2019 ist die Abrechnung im neuen Entgeltsystem für alle Krankenhäuser der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie verbindlich.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe haben sich der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) auf eine Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem) verständigt. Nachdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Oktober 2012 die Verhandlungen zur Vereinbarung des PEPP-Entgeltkataloges 2013 für gescheitert erklärt hatte, wurden für das Jahr 2013 ein Entgeltkatalog und Abrechnungsregeln durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen einer Rechtsverordnung (Ersatzvornahme) eingeführt.

Seit 2014 wurden die notwendigen Abrechnungsbestimmungen zwischen GKV-Spitzenverband, PKV und DKG vereinbart, die aktuellen Regelungen finden sich in der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2024 – PEPPV 2024 (s.u.).

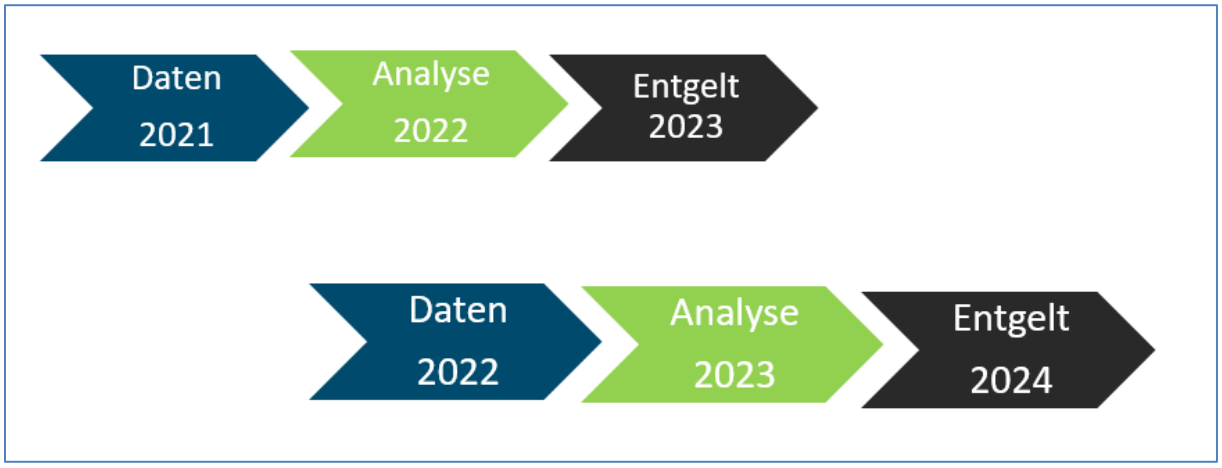
Die Systementwicklung und jährliche Anpassung des Systems wurde dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übertragen. Die Gesellschafter des Instituts sind die DKG, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation vereinbarten die Vertragspartner Kodierrichtlinien, die vom InEK jeweils in der jährlich aktualisierten Version zur Verfügung gestellt werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist für die Anpassung und Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationssysteme verantwortlich. Hier werden jährlich aktualisierte Fassungen der amtlichen Schlüsselverzeichnisse in verschiedenen Dateiformaten zur Verfügung gestellt.

**Abb. 1: Systemgrundlagen**




Das PEPP-System wird jährlich weiterentwickelt. Hierbei soll insbesondere medizinischen Innovationen, dynamischen Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Kostenentwicklung Rechnung getragen werden. Diese jährlichen Anpassungen setzen allerdings voraus, dass aktualisierte Daten zu Diagnosen und Leistungen sowie tagesbezogene Kosten zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind jeweils die Daten eines Kalenderjahres Grundlage für die Systementwicklung im übernächsten Kalenderjahr. Das aktuelle Entgeltsystem 2024 beruht somit auf den Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2022, aufgrund der Covid-Pandemie jedoch nur teilweise. Die Kalkulation des Entgeltkataloges 2024 wurde auch wieder modifiziert. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Leistungs- und Kostendaten führten laut InEK zu einer für eine "normale" Weiterentwicklung nur in Teilen belastbaren Datengrundlage. Für den Entgeltkatalog 2024 erfolgte die Übernahme der Kostenwerte der einzelnen PEPP aus dem Vorjahr. Im Ergebnis gab es nur minimale Normierungsänderungen in den PEPP-Bewertungsrelationen. Insgesamt wurden 245.676 Fällen aus 114 Einrichtungen ausgewertet. Dies entspricht einem Anteil von rund 25,1% der Daten gemäß § 21 KHEntgG.

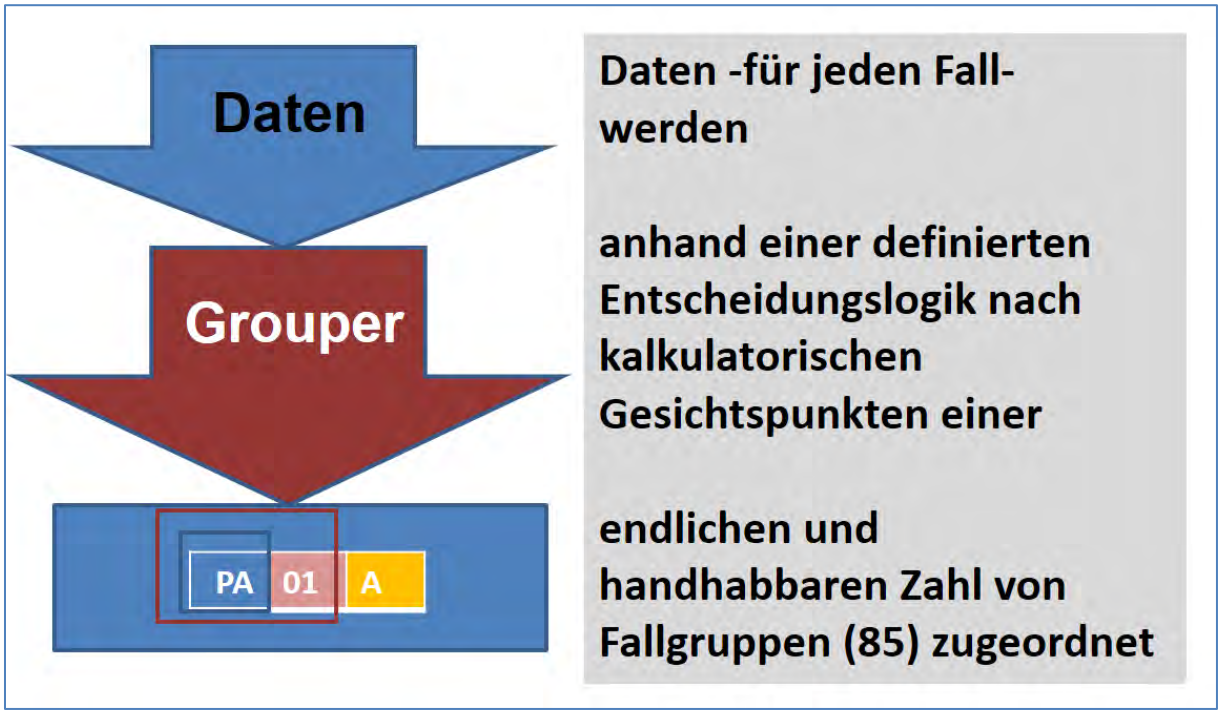
**Abb. 2 üblicher Entwicklungszyklus (für 2024 pandemiebedingt modifiziert)**




Das InEK definiert PEPP als 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. Hierfür werden Algorithmen entwickelt, die sicherstellen, dass jeder Datensatz eindeutig einer Fallgruppe zugeordnet wird. Dieses Eingruppieren wird entsprechend seiner englischsprachigen Herkunft als „Grouping“ bezeichnet und erfolgt mit Hilfe eines „Groupers“. Der Grouper ist eine Software, die alle erforderlichen Algorithmen umfasst und die Falldaten zu Strukturkategorien, Basis-PEPP und PEPP eindeutig zuordnet.

Wesentlich für das Verständnis sind hier die Definitionen. Eine Strukturkategorie (SK), stellt eine Kategorie dar, die vornehmlich über strukturelle Kriterien wie z. B. die behandelnde Fachabteilung definiert wird. Eine Basis-PEPP (BPEPP) wird grundsätzlich durch eine definierte Liste von Diagnosen und Prozeduren festgelegt. Innerhalb einer Basis-PEPP unterscheiden sich die PEPP durch ihren Ressourcenverbrauch und werden anhand unterschiedlicher Faktoren wie z. B. komplizierende Diagnosen oder weitere Prozeduren oder Alter angesteuert.

**Abb. 3 Grouper**




Eine Strukturkategorie (SK) setzt sich aus einem Buchstaben für den Behandlungsbereich sowie aus einem Zeichen für die Strukturgruppe zusammen. Behandlungsbereiche können P für vollstationär, T für teilstationär oder Q für stationsäquivalente Behandlung sein. Die Strukturgruppen bilden mit 0 die Prä-PEPP, mit K Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit P Psychosomatik, und mit A Psychiatrie ab. F steht für Fehler-PEPP. Beim 3. und 4. Zeichen erfolgt die Angabe der Diagnosegruppe. Mit dem 5. Zeichen wird der Ressourcenverbrauch innerhalb der Basis-PEPP angegeben. Falls die Basis-PEPP hier keine Unterteilung hat, wird ein Z angegeben. Für Fallgruppen mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch sind maximal 4 Stufen (A-D) möglich.

**Abb. 4 Notation einer PEPP**

<table>
<tr><td colspan="4">5 Zeichen: PEPP</td></tr>
<tr><td colspan="3">4 Zeichen: Basis-PEPP (BPEPP)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Zeichen: Strukturkategorie (SK)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>1. Zeichen: Behandlungs-bereich</td><td>Strukturgruppe</td><td>Diagnosegruppe (3. und 4. Stelle)</td><td>Ressourcenver-brauch</td></tr>
<tr><td>P vollstationär<br>T teilstationär<br>Q stationsäquiva-lente Behandlung</td><td>0 Prä-PEPP<br>K Kinder- und Jugendpsychiatrie<br>P Psychosomatik<br>A Psychiatrie<br>F Fehler-PEPP</td><td>01-99</td><td>Z keine Unter-teilung<br>A höchster<br>B zweithöchster<br>C dritthöchster<br>D vierthöchster</td></tr>
</table>

Quelle: in Anlehnung an das PEPP-Definitionshandbuch des InEK

Die Strukturkategorien sollen den unterschiedlichen Kostenstrukturen der verschiedenen Behandlungsformen gerecht werden.

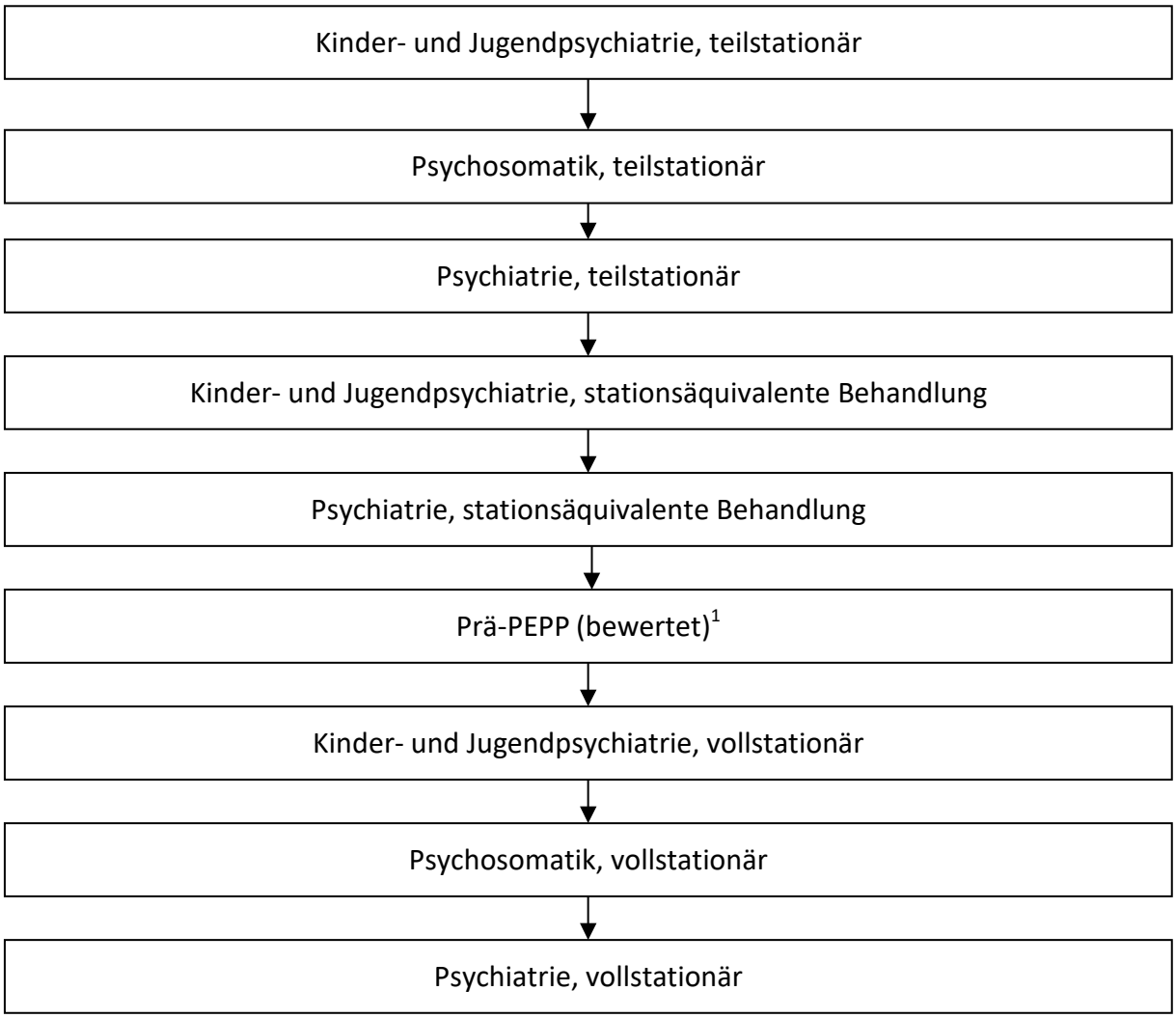
Diese Zuordnung erfolgt primär anhand des Aufnahmegrundes (teilstationär versus stationsäquivalente Behandlung versus vollstationär) sowie vorrangig anhand des Fachabteilungsschlüssels. Hierarchisch wird zunächst die teilstationäre Strukturkategorie abgefragt.

So werden in die Strukturkategorie *teilstationär* alle Fälle mit Aufnahmegrund „teilstationär“, in die Strukturkategorie *stationsäquivalente Behandlung* alle Fälle mit Aufnahmegrund „stationsäquivalente Behandlung“ und in die Kategorie vollstationär alle Fälle mit Aufnahmegrund *„vollstationär“* sortiert.

Bei Behandlung in der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, ggf. unter Beachtung weiterer Bedingungen, erfolgt die Einordnung in die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In die Strukturkategorie *Psychosomatik* führen Fälle mit mehr als 50 % der Berechnungstage Aufenthalt in der Fachabteilung Psychosomatik oder Fälle, die an mehr als 50 % der Berechnungstage einen Kode für die Behandlungsart psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (OPS-Kode 9-63) aufweisen. In die Strukturkategorie *Psychiatrie* werden alle Fälle ohne die Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie und ohne Psychosomatik eingeordnet.

Die Prä-PEPP Zuordnung dient der Identifikation besonders kostenintensiver Fälle und führt in eigene PEPP. Diese sind anhand des Ressourcenverbrauchs geordnet. In der Prä-Strukturkategorie führen hauptsächlich Prozedurenkodes zu den Basis-PEPP. In anderen Strukturkategorien erfolgt eine Zuordnung primär anhand von Diagnosen. Die Zuordnung zur Fehler-PEPP wurde zur Identifikation von fehlerhaften oder nicht groupierbaren Konstellationen eingerichtet. Reste-PEPP wurden für die Abbildung von Fällen eingerichtet, die entweder nur eine neuropsychiatrische Nebendiagnose und keine entsprechende Hauptdiagnose oder aber gar keine neuropsychiatrische Diagnose aufweisen. Sie enden mit *98Z bzw. *99Z. Zur Abbildung bestimmter spezialisierter Leistungen wurden Zusatzentgelte definiert. Im PEPP-System werden diese mit ZP abweichend vom DRG-System (dort ZE) gekennzeichnet. Zudem gibt es im PEPP System Ergänzende Tagesentgelte (ET).

**Abb. 5 Hierarchie der Strukturkategorien**




[1] unbewertete Prä-PEPP und Fehler-PEPP zur vereinfachten Darstellung nicht in Abbildung enthalten, Quelle: in Anlehnung an das PEPP-Definitionshandbuch des InEK

Nach Analyse des InEK können bestimmte Hauptdiagnosen die Kosten der Fälle mit hinreichender Trennschärfe unterscheiden. Diese bezeichnet man als Kostentrenner. Hierunter versteht man, dass diese Diagnosen mit erheblichen Kostenunterschieden im Vergleich zu anderen Fällen einhergehen. Insgesamt werden Diagnosegruppen jedoch auch als Ordnungsmerkmal bewertet. Als erlösrelevantes Gruppierungsmerkmal werden Diagnosen nur in Teilen der PEPP-Klassifikation eingesetzt.

Die anfangs hohe Bedeutung der Hauptdiagnosen für den PEPP-Gruppierungsprozess wurde von den Entwicklern dahingehend begründet, dass noch nicht in einem vergleichbar hohen Maß wie im G-DRG-System andere Leistungen, wie sie sich in den OPS-Kodes abbilden sollten, zur Verfügung standen. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Systematik konnten in der Vergangenheit verbesserte Abbildungen insbesondere schwer erkrankter oder behandlungsintensiver Patientinnen und Patienten Berücksichtigung finden. Im PEPP-System 2015 erfolgte dies beispielsweise durch die Einführung Ergänzender Tagesentgelte (ET), mit denen besonders behandlungsintensive Fälle im Vergütungssystem angemessen abgebildet werden sollen. Dabei werden bestimmte definierte Patientenmerkmale einer psychiatrischen „Intensivbehandlung“ oder bestimmte Zeiten einer intensiven Beaufsichtigung (z. B. 1:1 Betreuung) mit einem zusätzlichen „Betrag“ pro Tag vergütet, der sich über eine zusätzliche Bewertungsrelation ergibt, die zur Bewertungsrelation für den entsprechenden Behandlungstag addiert wird. Auch erfolgt beispielsweise seit 2020 eine verbesserte Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten unter 21 Jahren, die in der Fachabteilung Psychosomatik an mehr als 49 % der Behandlungstage behandelt werden, wenn die Behandlungsleitung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie liegt. Diese Patientinnen und Patienten werden der Strukturkategorie KJP zugeordnet.

Die Entwicklung der Diagnosegruppen erfolgte stark angelehnt an die Struktur der ICD-10-Klassifikation. Es wurden auch Anregungen aus der DSM-IV-Klassifikation (Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen, vierte Auflage) eingearbeitet. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die im PEPP-System verwendeten Diagnosegruppen.

**Tabelle 1: Übersicht der Diagnosegruppen, PEPP-Version 2024**

| | **Diagnosegruppe :** |
|---|---|
| 01 | Intelligenzstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Tic-Störungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| 02 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| 03 | Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen |
| 04 | Affektive Störungen |
| 05 | Phobische, andere Angst- oder Zwangsstörungen |
| 06 | Somatoforme oder andere neurotische Störungen |
| 07 | Dissoziative Störungen |
| 08 | Sexuelle Funktionsstörungen oder Störungen der Geschlechtsidentität, der Sexualpräferenz oder der sexuellen Entwicklung und Orientierung |
| 09 | Nichtorganische oder organische Schlafstörungen |
| 10 | Ess- oder Fütterstörungen |
| 11 | Hyperkinetische Störungen, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Störungen des Sozialverhaltens oder sozialer Funktionen |
| 12 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen oder Störungen im Wochenbett |
| 13 | Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle |
| 14 | Persönlichkeitsstörungen oder andauernde Persönlichkeitsänderungen |
| 15 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems |
| 16 | Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten |
| 17 | Andere psychosomatische Störungen |
| 18 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome |
| 19 | Diagnosegruppeübergreifende Basis-PEPP mit komplizierender Konstellation etc. |
| 20 | Diagnosegruppeübergreifende Basis-PEPP ohne komplizierende Konstellation etc. |
| 96 | Nicht gruppierbar |
| 98 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose |
| 99 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose |

Quelle: in Anlehnung an das PEPP-Definitionshandbuch des InEK

Die Diagnosegruppe 02 korrespondiert hier z. B. mit der Systematik des ICD-10-GM im Abschnitt F10-F19 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. Die Diagnosegruppe 03 greift die Systematik des Abschnittes F20-F29 *Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen* im ICD und 04 die von F30 *Affektive Störungen* auf.

Nicht für alle Diagnosegruppen werden im aktuellen PEPP-System auch PEPPs entsprechend dem gültigen Entgeltkatalog vergeben. So werden beispielsweise Angststörungen im Bereich Psychiatrie vollstationär aktuell gemäß Definitionshandbuch (s.u.) der PEPP PA04 zugeordnet.

## PEPP-Entgeltkatalog 2024

Der Entgeltkatalog 2024 gliedert sich in sechs Anlagen.

| | | |
|---|---|---|
| **1a** | **Bewertete vollstationäre PEPP** | **39** |
| | **Fehler-PEPP** | **5** |
| **1b** | **Unbewertete vollstationäre PEPP** | **18** |
| **2a** | **Bewertete teilstationäre PEPP** | **7** |
| **2b** | **Unbewertete teilstationäre PEPP** | **13** |
| **3** | **Bewertete Zusatzentgelte** | **33** |
| | **Unbewertete Zusatzentgelte** | **94** |
| **5** | **Ergänzende Tagesentgelte** | **4** |
| **6a** | **Bewertete PEPP Entgelte StäB** | **0** |
| **6b** | **Unbewertete PEPP Entgelte StäB** | **2** |
| | **Fehler-PEPP** | **1** |

Quelle: http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2024/PEPP-Entgeltkatalog

Im Entgeltkatalog werden für jede Fallgruppe die relativen Bewertungsgewichte pro Tag durch eine dimensionslose Ziffer angegeben. Diese Ziffer wird mit dem krankenhausindividuellen Basisentgeltwert multipliziert.

Bereits im System 2015 erfolgte eine grundlegende Änderung der Systematik der PEPP-Vergütung.

Seit 2015 wird der **Entlasstag** in die Berechnung mit einbezogen, d. h. die Berechnung der Tage erfolgt nun anhand der tatsächlich im Krankenhaus verbrachten Kalendertage, die in diesem Zusammenhang als Berechnungstage gelten. Zudem erfolgte die Bildung von **Vergütungsklassen** mit gleicher Anzahl an Pflegetagen statt der bisherigen Vergütungsstufen. Die Ermittlung der Bewertungsrelationen erfolgt dabei aus den durchschnittlichen Tageskosten der am jeweiligen Behandlungstag entlassenen Fälle.

Für die Errechnung des Entgeltes muss die für die jeweilige PEPP am Entlasstag hinterlegte Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert werden. Dabei gibt es einheitliche Bewertungsrelationen einer PEPP ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren. Auch im System 2024 sind dies maximal 21 Stufen (PEPP PA04B). Dies bedeutet, dass im System 2024 spätestens nach 21 Tagen keine Änderung der Bewertungsrelation pro Tag mehr erfolgt.

Beispiel:

Vollstationärer Aufenthalt vom 01.02.2024 bis 08.02.2024. Dies sind 8 Berechnungstage.

Angenommen, es erfolgt eine Eingruppierung in PEPP PA04A.

Die im PEPP Entgeltkatalog 2023 hinterlegte Bewertungsrelation am Tag 8 beträgt 1,1956. Dieser Wert ist nun mit dem krankenhausindividuellen Basisentgeltwert von (beispielhaft angenommen) 230,- Euro zu multiplizieren:

Entgeltwert je Tag: 1,1956 x 230,- Euro = 274,99 Euro

Berechnung des Entgeltes 274,99 Euro x 8 Berechnungstage = 2.199,90 Euro

In Anlage 1a des PEPP-Entgeltkataloges sind die vollstationären bewerteten PEPP und die Fehler-PEPP abgebildet, in Anlage 1b die vollstationären nicht bewerteten PEPP gelistet. In Anlage 2a sind die bewerteten und in Anlage 2b die unbewerteten teilstationären PEPP gelistet. Anlage 3 listet die bewerteten Zusatzentgelte (ZP 01 – ZP 110) auf. Diese wurden aus dem DRG-System übernommen und umfassen in der Regel spezielle hochpreisige Medikamente. Hier findet sich auch das erstmals im Jahr 2020 bewertete psychiatriespezifische Zusatzentgelt ZP 73, Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Im Jahr 2021 wurde zusätzlich die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) als bewertetes psychiatriespezifisches Zusatzentgelt ZP 75 aufgenommen. In Anlage 4 sind die unbewerteten Zusatzentgelte gelistet (ZP 2024-02 - 2024-116). Psychiatriespezifisch findet sich hier z. B. das ZP 2024-26 Gabe von Paliperidon, parenteral. Seit 2021 findet sich auch das weiterhin unbewertete ZP 2024-90, Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit.

Anlage 5 listet die ergänzenden Tagesentgelte. Durch Ergänzende Tagesentgelte (ET) sollen besonders behandlungsintensive Fälle im Vergütungssystem angemessen abgebildet werden. ET werden über eigene Bewertungsrelationen zu der für den entsprechenden Tag gültigen („Basis“-) Bewertungsrelation addiert, was so zu einer zusätzlichen Vergütung der entsprechenden Leistungen führt.

In der Anlage 6a finden sich für 2024 die bewerteten PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V, die allerdings weiterhin noch keine Bewertungsrelationen aufweisen. Die Abrechnung der stationsäquivalenten Behandlung erfolgt auch 2024 über unbewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6b. Für jeden Tag wird ein krankenhausindividuell vereinbartes Entgelt vergütet. Es finden sich hier 3 PEPP: QA80Z (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen), QK80Z (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen) und PF05Z (Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung).

Führen die Falldaten auf eine unbewertete PEPP der Anlage 1b, 2b oder 6b und wurde keine Vereinbarung bezüglich krankenhausindividueller Entgelte getroffen, sind gemäß § 8 der PEPPV 2024 für jeden vollstationären Behandlungstag 250 Euro, für jeden teilstationären Behandlungstag 190 Euro und für jeden stationsäquivalenten Behandlungstag 200 Euro abzurechnen.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anzahl der im System 2024 verwendeten PEPP.

**Tabelle 2: Entgeltkatalog 2024 Mengengerüst**

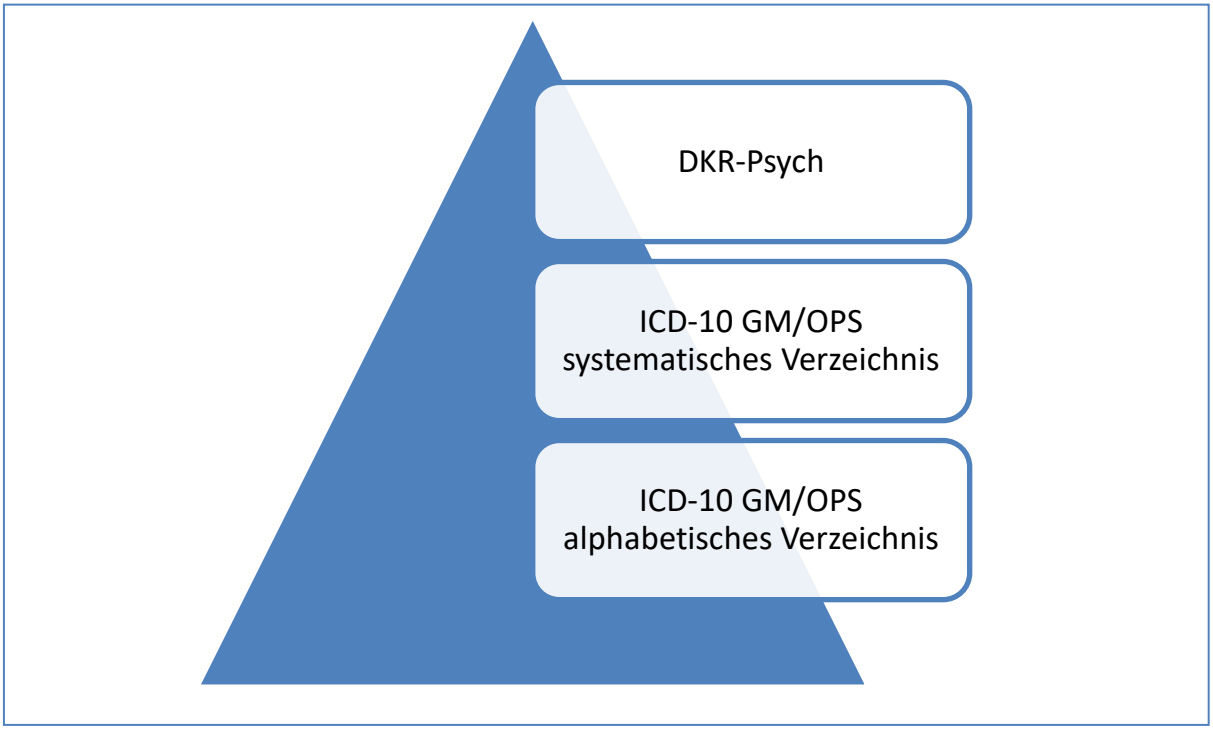
| Strukturkategorie | Anlage 1 a vollstationär bewertet | Anlage 1 b vollstationär unbewertet | Anlage 2 a teilstationär bewertet | Anlage 2 b teilstationär unbewertet | Anlage 6 b stationsäquivalent unbewertet | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prä-PEPP** | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | **5** |
| **Psychiatrie** | 16 | 5 | 4 | 5 | 1 | **31** |
| **KJPP** | 14 | 6 | 2 | 6 | 1 | **29** |
| **Psychosomatik** | 5 | 6 | 1 | 2 | 0 | **14** |
| **Fehler-PEPP und sonstige** | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | **6** |
| **Summe** | **44** | **18** | **7** | **13** | **3** | **85** |

Insgesamt enthält der Entgeltkatalog 2024 wieder 85 PEPP. 62 PEPP bilden vollstationäre und 20 PEPP teilstationäre Fälle ab. 3 PEPP bilden die stationsäquivalente Behandlung ab, für die 2024 weiterhin krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden müssen. Von allen PEPP sind 51 bewertet und 34 unbewertet. Die Strukturkategorie Psychiatrie ist mit 31 PEPP, die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 29 gefolgt von der Psychosomatik mit 14 PEPP abgebildet.

## Regelwerke, Schlüsselverzeichnisse

Die Anwendung der Regelwerke wird durch die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) geregelt. Die Kodierrichtlinien tragen dazu bei, die Kodierqualität in den Krankenhäusern zu verbessern und gleiche Krankenhausfälle identisch zu verschlüsseln. Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik Version 2024 beziehen sich auf die Anwendung der ICD-10-GM 2024 und des OPS, Version 2024. Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10-GM bzw. des OPS und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang. Neben den systematisch angelegten Verzeichnissen von ICD und OPS dienen die alphabetischen Verzeichnisse dazu, die Suche nach dem spezifischen Kode zu unterstützen, indem Synonyme der gängigen medizinischen Terminologie integriert sind. Oftmals führt ein Eintrag im alphabetischen Verzeichnis dennoch zu einem unspezifischen Kode, weshalb es für eine korrekte Kodierung unerlässlich ist, das systematische Verzeichnis heranzuziehen.

**Abb. 6 Hierarchie DKR-Psych, systematische- und alphabetische Verzeichnisse**



## DKR-Psych

Die Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik 2024 gliedern sich in 13 Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten und 8 Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren. Die Kodierrichtlinien für Krankheiten beginnen mit „PD“ und die für Prozeduren mit „PP“, jeweils gefolgt von einer 3-stelligen Zahl und einem Kleinbuchstaben. Der Buchstabe „a“ kennzeichnet Kodierrichtlinien der Version 2010. Mit „b“ sind Kodierrichtlinien bezeichnet, wenn 2011 inhaltliche Änderungen erfolgten. In den Versionen 2012, 2017, 2018, und 2020 bis 2023 wurden keine Kodierrichtlinien inhaltlich geändert.: In der Version 2013 sind mit dem Buchstaben „c“, die Kodierrichtlinien 2014 mit einem „d“, 2015 mit einem „e“, 2016 mit einem „f“ und 2019 mit einem „g“ versehen, wenn inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden. Änderungen 2024 werden mit einem „h“ gekennzeichnet. Für 2024 wurde die Kodierrichtlinie PP005h geändert, es wurde eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses berücksichtigt: „Bei der Ermittlung der Therapieeinheiten gemäß OPS 9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen und 9-696 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen sind die Therapeutengespräche von den dort genannten Berufsgruppen ab Aufnahme, pauschal einmalig für den (teil)stationären Aufenthalt (in chronologischer Reihenfolge) in Höhe von 90 Minuten als Aufnahme- und Kontrolluntersuchung gemäß DKR PP014 Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden (Gespräche) nicht zu berücksichtigen“.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten | PD | |
| 8 | Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren | PP | |
| | PD000a | | „a“ Version 2010 |
| | | | „b“ Version 2011 |
| | | | „c“ Version 2013 |
| | | | „d“ Version 2014 |
| | | | „e“ Version 2015 |
| | | | „f“ Version 2016 |
| | | | „g“ Version 2019 |
| | | | „h“ Version 2024 |

Im Folgenden werden die wichtigsten Regeln zusammengefasst. Für Kodierzwecke in der Abrechnungspraxis ist allerdings eine umfassende Kenntnis aller Kodierrichtlinien der DKR-Psych unerlässlich. Dabei werden in der folgenden Darstellung im Wesentlichen die gleichen Formulierungen gewählt, wie sie auch in den DKR-Psych vorkommen. Die Abbildungen beinhalten Regeln, die textgleich aus den DKR-Psych übernommen wurden.

Die Verantwortung für Dokumentation und Kodierung liegt nach DKR-Psych bei der behandelnden Ärztin oder beim behandelnden Arzt, unabhängig davon, ob sie oder er selbst oder eine von ihr oder ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt. Nach DKR-Psych kann die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe. Im Folgenden werden die wichtigsten Kodierrichtlinien zur Haupt- und Nebendiagnosedefinition (Abb. 7 u. 8), zu Verdachtsdiagnosen (Abb. 9) und zu psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch vorgestellt.

**Abb. 7 Hauptdiagnose**

**PD002a Hauptdiagnose**

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

> **„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist."**

Der Begriff „nach Analyse" bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit bzw. Störung festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen, sozialen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen/körperlichen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

**Anmerkung 1: Es ist nicht auszuschließen, dass diese Definition der Hauptdiagnose unter Umständen im pauschalierenden Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten keine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung erlaubt. Im Rahmen der Entwicklung und Pflege des Entgeltsystems wird dieser Sachverhalt verfolgt und auf ggf. notwendige Maßnahmen geprüft.**

**…**

Quelle: Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2024 S. 3, S. 4

Die DKR regelt für Fälle, bei denen zwei oder mehrere Diagnosen gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen, und Kodierrichtlinien oder ICD-10 für den betroffenen Fall keine spezifischen Regelungen enthalten, dass dann von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt entschieden werden muss, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht. Nur in diesem Fall sieht die DKR vor, dass von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt die Diagnose auszuwählen ist, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.

**Abb. 8 Nebendiagnose**

**PD003c Nebendiagnosen**

Die Nebendiagnose ist definiert als:

> **„Eine Krankheit bzw. Störung oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt."**

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten bzw. Störungen interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.

...

Quelle: Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2024, S. 7

Allerdings sind nach DKR abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde nicht zu kodieren, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).

Im Rahmen der Diagnostik ausgeschlossene Diagnosen dürfen nicht kodiert werden. Hingegen werden Verdachtsdiagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch ausgeschlossen sind, in Abhängigkeit vom Entlassungsmodus unterschiedlich kodiert (Abb. 9).

**Abb. 9 Verdachtsdiagnosen**

**PD008a Verdachtsdiagnosen**

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes** weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.

Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

**Entlassung nach Hause**

1) Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber **keine** Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, ist/sind das/die **Symptom/e** zu kodieren.

2) Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.

**Verlegung in ein anderes Krankenhaus**

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Krankenhaus die Verdachtsdiagnose-Schlüsselnummer zu kodieren.

Von dem verlegenden Krankenhaus dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Krankenhaus, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierungsentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

Wird beispielsweise ein Patient mit der Verdachtsdiagnose bipolare Störung verlegt und der Fall vom verlegenden Krankenhaus als bipolare Störung kodiert, so ist die Schlüsselnummer für bipolare Störung vom verlegenden Krankenhaus nachträglich nicht zu ändern. Dies gilt auch dann, wenn vom zweitbehandelnden Krankenhaus der Entlassungsbericht zugesandt wird und sich daraus ergibt, dass der Patient laut Untersuchung keine bipolare Störung hatte.

Quelle: Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2024 S. 11, S. 12

Um die Abbildung besonders aufwändiger Behandlungsfälle verbessern zu können, wurde 2014 eine neue allgemeine Kodierrichtlinie aufgenommen, die regelt, dass die Kombinationskategorie „multipler Substanzgebrauch“ nur verwendet werden darf, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat oder die auslösende Substanz oder Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind oder die Substanzaufnahme „chaotisch und wahllos“ verläuft. Neben dem Kode für multiplen Substanzgebrauch müssen auch die einzelnen konsumierten Substanzen – soweit diese bekannt sind – so genau wie möglich kodiert werden.

Erfolgt zum Beispiel die Aufnahme zur Behandlung einer Heroin- und Kokainabhängigkeit mit Zuführen von Gemischen aus Heroin und Kokain, ist hier für Abrechnungszwecke im PEPP-System die Kodierung der Einzelsubstanzen F11.2 (Opioide) und F14.2 (Kokain) erforderlich.

**Abb. 10 Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

**PD016e** **Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

Die **einzelnen** konsumierten Substanzen werden, wann immer möglich, entsprechend ihrer Art und Auswirkung so genau wie möglich kodiert.

Kombinationskategorien für multiplen Substanzgebrauch (F19.– *Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen*), sind unspezifisch und nur dann zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn eine oder mehrere der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind oder die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft. Daneben sind die **einzelnen** konsumierten Substanzen – soweit bekannt – entsprechend ihrer Art und Auswirkung so genau wie möglich zu kodieren.

Rein anamnestische Angaben über die Einnahme psychotroper Substanzen, die das Patientenmanagement gemäß Definition der Nebendiagnosen in der DKR PD003 nicht beeinflusst haben (z. B. eine anamnestisch bekannte überwundene Alkoholabhängigkeit), werden nicht kodiert.

Quelle: Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, Version 2024, S.18

## ICD-10-GM

Das systematische Verzeichnis bildet die Basis für die Diagnosekodierung und gliedert sich in 22 Kapitel, wobei die Organkapitel 3 bis 14 den Kernbereich bilden. Die Kapitel werden in Gruppen, die Gruppen weiter in Kategorien, die in weitere (Sub-)Kategorien unterteilt sein können, aufgeteilt. Eine Krankheit oder Gruppe hat eine Schlüsselnummer (Kode) und einen beschreibenden Text (Klassentitel). Zusätze, die sogenannten Klassenattribute, geben weitere Erklärungen zum Inhalt:

- **Inklusiva (Inkl.)** benennen Eigennamen oder Synonyme oder Sonderformen, die dem Kode zuzuordnen sind. Die Auflistung ist grundsätzlich nicht abschließend. Bei vier- und fünfstelligen Kodes fehlt die Abkürzung in der Regel.
- **Exlusiva (Exkl.)** benennen Diagnosen, die der Kode nicht beinhaltet und geben in Klammern den zu verwendenden Kode an.
- **Hinweise (Hinw.)** erklären den Kode näher. Hier findet man z. B. eine Erklärung, wie man eine nicht genau definierte Form der Erkrankung kodieren sollte. Hinweise sind in der ICD-10-GM selten.

In den Kategorien gibt es meist eine Subkategorie für Resteklassen. Der Resteklasse **„Sonstige“** werden Krankheiten zugeordnet, die zwar medizinisch spezifisch zu bezeichnen sind, jedoch für die in der Kategorie kein spezifischer Einzelkode vorgehalten wird. Hingegen ist die Resteklasse **„Nicht näher bezeichnet“** zu verwenden, wenn für die Kodierung keine nähere Information für die Erkrankung bekannt ist.

Grundsätzlich gilt das Prinzip, dass so spezifisch wie möglich kodiert werden sollte und die Resteklasse „nicht näher bezeichnet“ möglichst zu vermeiden ist.

**Abb. 11 Beispiel von „Sonstige“ versus „Nicht näher bezeichnet“**

**Zur F05.- stehen als terminale Kodes zur Verfügung**

F05.0 Delir ohne Demenz

F05.1 Delir bei Demenz

F05.8 sonstige Formen des Delirs

F05.9 Delir, nicht näher bezeichnet

Bei einem Patienten besteht ein Delir ungeklärter Genese (keine nähere Information):
Korrekte Kodierung: F05.9

Bei dem Patienten besteht das Delir im Rahmen eines postoperativen Delirs (medizinisch spezifisch zu bezeichnen, aber kein spezifischer Kode vorhanden):
Korrekte Kodierung: F05.8

Der Ätiologiekode einer Erkrankung wird in der ICD-Systematik mit einem Kreuz (**†**) und die (Organ)manifestation mit einem Stern (*****) gekennzeichnet. Ein „Stern"-Kode darf jedoch nicht alleine stehen (sogenannter Sekundärkode), der Primärkode (**†**) ist voranzustellen. Ggf. können einem Kreuzkode mehrere Sternkodes zugeordnet werden, wenn sich die Grunderkrankung an verschiedenen Organen manifestiert. Als Sternkodes dürfen nur Kodes verwendet werden, die in der ICD-Systematik so definiert sind. Zulässig ist jedoch, einen Kode für eine Grunderkrankung auch als Ätiologiekode (Kreuzkode) zu verwenden, wenn er im systematischen Verzeichnis nicht explizit als Kreuzkode gekennzeichnet ist und kein anderes Kennzeichen trägt.

**Abb. 12 Beispiel für das Kreuz-Stern-System**

Bei einem Patienten mit einer Alzheimer Demenz mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr führt die Kodierung auf den Stern-Kode:

F00.0***** Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2) (G30.0**†**)

**Somit ist Kodierung mit dem Primärkode G30.0† und dem Sternkode F00.0* vorzunehmen.**

Mit Ausrufezeichen **(!)** versehene Kodes sind ebenfalls Sekundärkodes. Sie kennzeichnen Zusatzkodes, die eine Krankheit näher bezeichnen können oder den Schweregrad charakterisieren. Ausrufezeichenkodes können ebenfalls nicht alleine stehen.

Z. B. sind für Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG in Kombination mit Schlüsselnummern aus Kap. V, Bereich F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" für die Kodierung der Art des Konsums dieser Substanzen folgende Sekundärkodes anzugeben. Dies dient im Abrechnungssystem einer differenzierten Abbildung der Suchtbehandlung.

**Abb. 13 Beispiel für Sekundärkodes**

Eine Heroinsucht mit intravenösem Konsum wird somit mit zwei Kodes

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom plus dem Sekundärkode

U69.30! Intravenöser Konsum von Heroin kodiert.

## OPS

Grundsätzlich soll der OPS (Operationen und Prozeduren Schlüssel) nicht dazu dienen, jeden medizinischen „Handgriff“ abzubilden. Im Prinzip umfasst ein OPS-Kode alle Teilleistungen, die typischerweise mit der bezeichneten Behandlung verbunden sind. Zum Beispiel sind bei der Mehrzahl der operativen OPS Einleitung, Anästhesie, Zugang und Operation im Kode enthalten. Allerdings bestehen z. B. bei neurochirurgischen Operationen, bei denen der Zugang zum Teil gesondert kodiert wird, abweichende Regelungen.

Um psychiatrische/psychosomatische Leistungen im OPS abbilden zu können, erfolgten ab 2009 Beratungen unter Einbeziehung verschiedener Fachgesellschaften. Letztlich hat das DIMDI (heute BfArM) für 2010 die erste OPS-Erweiterung vorgenommen. Seit 2011 erfolgen jährlich Überarbeitungen der Kodes. Nach aktuellem Stand sind nur für Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG

- **9-60 bis 9-64,** Behandlung bei Erwachsenen und **9-65 bis 9-69,** Behandlung bei Kindern und Jugendlichen**, 9-70** (stationsäquivalente Behandlung Erwachsene) und **9-80** (stationsäquivalente Behandlung Kinder und Jugendliche)

kodierbar.

Es gilt, dass alle Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abgebildet sind, zu kodieren sind. Zu kodieren sind auch die von der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung nach § 17 d KHG veranlassten Leistungen (z. B. interne und externe konsiliarische Leistungen), sofern diese nicht durch die Einrichtung selbst außerhalb von § 17d KHG oder einen anderen Leistungsträger mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

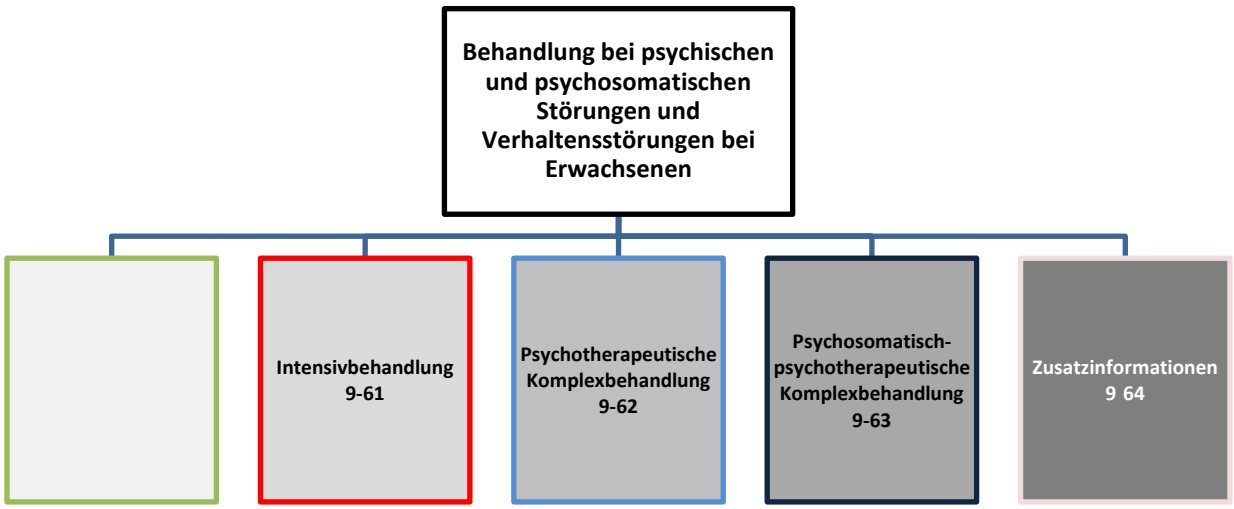
Korrespondierend zur ICD-10 gibt der OPS ebenfalls mit Exklusiva, Inklusiva und Hinweisen nähere Beschreibungen zu einzelnen Kodes. Auch Resteklassen werden hier mit **X** an der letzten Kodestelle für **„Sonstige“** Prozeduren und mit **Y** für **„Nicht näher bezeichnet“** verwendet. Wie bei der ICD wird ein alphabetisches Verzeichnis für Prozeduren vorgehalten.

Die Systematik wird im Folgenden für den Erwachsenen- und Kinder- und Jugendbereich vorgestellt.

**OPS Erwachsene (9-60 bis 9-64)**

Die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen unterscheidet 5 Bereiche, hiervon 4 Behandlungsbereiche und einen Kodebereich für Zusatzinformationen (Abb. 14).

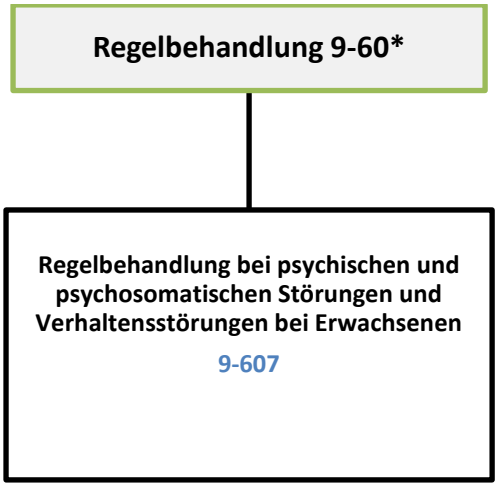
**Abb. 14 Behandlungsbereiche Erwachsene**




Seit OPS Version 2016 werden die Therapiearten (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlungen) und die Therapieeinheiten getrennt kodiert.

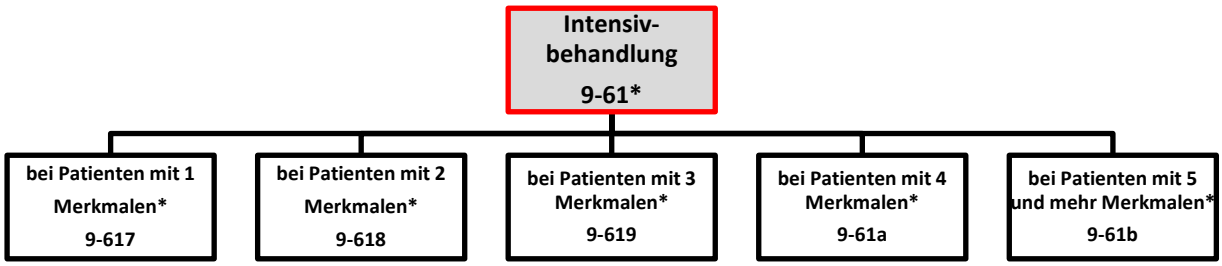
Abb. 15 zeigt die Kodierung der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. Es gibt 2024 weiterhin nur einen Kode, 9-607.

**Abb. 15 Kodierung Regelbehandlung Erwachsene**



Im Intensivbehandlungsbereich wird in einer zusätzlichen Ebene nach Anzahl definierter Patientenmerkmale (Abb. 16) weiter differenziert. Für den Intensivbehandlungsbereich muss mindestens eines dieser Merkmale (z. B. eine akute Fremdgefährdung) vorliegen.

**Abb. 16 Kodierung Intensivbehandlung, Erwachsene**




***: Patientenmerkmale nach OPS Version 2024 (Text gekürzt, maßgeblich ist der Originaltext im OPS):**

- Anwendung von Sicherungsmaßnahmen
- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung (z. B. Stürze/ Verletzungsgefahr ohne Fremdeinfluss oder durchgängige Nahrungsverweigerung bei Demenz)
- Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen

Die für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten zutreffenden unterschiedlichen Merkmale sind für die einzelnen Tage, an denen sie zutreffen, zu addieren. Ändert sich die Anzahl der Patientenmerkmale pro Tag, ist der entsprechende neue Kode anzugeben.

Die Intensivbehandlung mit 3 und mehr Merkmalen wird durch Ergänzende Tagesentgelte (ET) gemäß Anlage 5 zum PEPP-Entgeltkatalog erlösrelevant abgebildet (ET 02).
Ein Kode aus dem Bereich OPS 9-61 ist zu Beginn der Behandlung, bei jedem Wechsel der Behandlungsart und bei jeder Änderung der *Anzahl der Patientenmerkmale* anzugeben.
Somit ist bei der Änderung der Anzahl der Merkmale auch der OPS zu ändern, entsprechend wird ein eventuell zum OPS Kode dazugehöriges Ergänzendes Tagesentgelt (ET) auch nur für diese Tage ermittelt.

Auch 2024 sind mindestens 3 Patientenmerkmale Voraussetzung für die Abrechnung eines Ergänzenden Tagesentgeltes. Die Mindestmerkmale sind für jeden einzelnen Tag der Intensivbehandlung separat zu erfassen.

Beispiel:

Angenommen sei eine Intensivbehandlung. Von Tag 1 bis 3 liegen täglich 3 Mindestmerkmale vor. Entsprechend wird an Tag 1 der OPS-Kodes 9-619 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit 3 Merkmalen) gesetzt. Dieser gilt solange, bis sich die Anzahl der Mindestmerkmale ändert, im Beispiel hier an Tag 4. An Tag 4 wird also ein neuer OPS-Kode (9-617, Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patientinnen und Patienten mit 1 Merkmal) gesetzt.
Das Ergänzende Tagesentgelt ET 02.01 wird entsprechend nur für 3 Tage abgerechnet.

| **Tag** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anwendung von Sicherungsmaßnahmen | ✓ | | | | | | |
| Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| Akute Fremdgefährdung | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| … | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| OPS | 9-619 | | | 9-617 | | | |
| ET | ET 02.01 | ET 02.01 | ET 02.01 | - | - | - | - |

Abb. 17 zeigt die Kodierung der Psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. Es gibt auch 2024 nur einen Kode, 9-626.

**Abb. 17 Kodierung Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene**

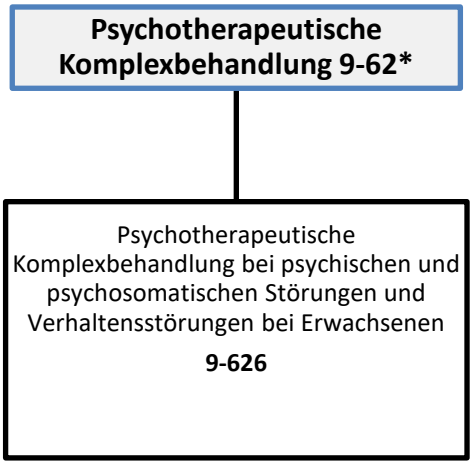
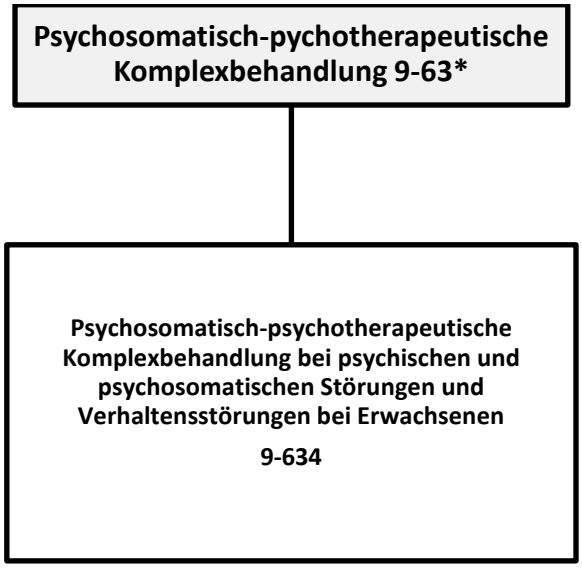


Abb. 18 zeigt die Kodierung der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen. Es gibt 2024 nur einen Kode, 9-634.

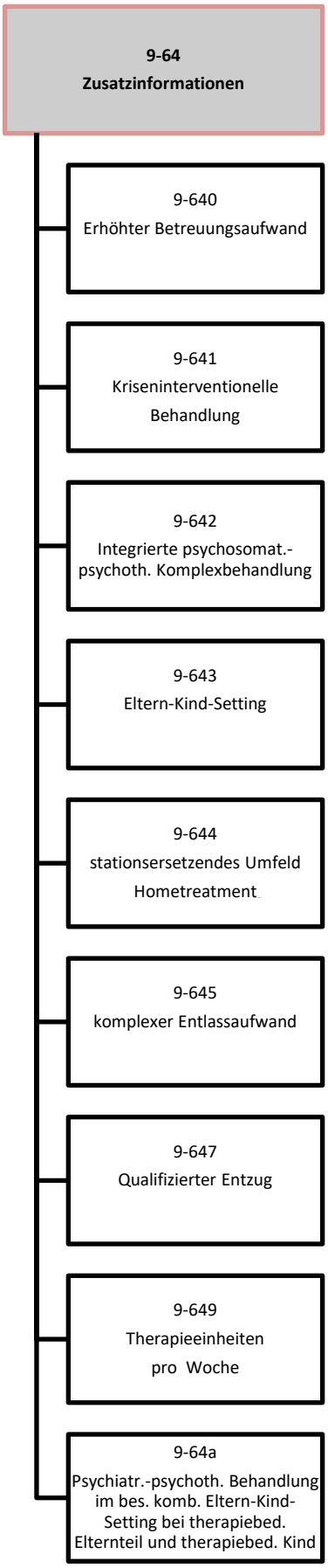
**Abb. 18 Kodierung Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene**




Im Kodebereich 9-64 (Abb. 19) werden neben zusätzlichen Leistungen auch die Therapieeinheiten (in Ergänzung zu den Behandlungsbereichen) abgebildet (vgl. Abb. 20). Seit 2019 werden für die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten nur noch die Einzeltherapien kodiert (da nur diese noch potenziell abrechnungsrelevant sind). Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen werden seit 2019 keine Therapieeinheiten (weder Einzel- noch Gruppentherapien) kodiert.

Die Zusatzkodes aus dem Bereich 9-64 können nur in Kombination mit den anderen Komplexkodes 9-60 bis 9-63 angegeben werden.

**Abb. 19 Therapiekodierung Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**



Eine **1:1 Betreuung (OPS 9-640)** wirkt sich abhängig von den erbrachten Betreuungsstunden potenziell höhergroupierend für bestimmte PEPPs aus. Es erfolgt eine summarische Erfassung der Stundenzahlen der **1:1 Betreuung**, der **kriseninterventionellen Behandlung (OPS 9-641)** sowie des **indizierten komplexen Entlassaufwandes (OPS 9-645**). Abhängig von der Anzahl der Gesamtstunden ergibt sich so potenziell eine Abrechnungsrelevanz (Höhergroupierung).

Die 1:1 Betreuung wird bei Erwachsenen ab einem zeitlichen Aufwand von 6 Stunden täglich (OPS 9-640.0) zusätzlich über ein **Ergänzendes Tagesentengelt, ET 01**, gemäß Anlage 5 zum PEPP-Entgeltkatalog abgebildet.

Die **Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (OPS 9-642)** ist potenziell abrechnungsrelevant in Verbindung mit bestimmten (auch somatischen) Diagnosen.

Auch wirkt die **Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting, OPS 9-643)** in bestimmten Konstellationen höhergroupierend.

Die **spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung (OPS 9-647)** kann ebenfalls in bestimmen Konstellationen höhergroupierend wirken, abhängig von der Anzahl der erbrachten Tage mit diesem Kode.

**Therapieeinheiten (OPS 9-649)** werden getrennt für die Berufsgruppen Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten erfasst. Für Ärzte und Psychologen werden jeweils die erbrachten Einzel- und Gruppentherapie-Einheiten kodiert, für die Spezialtherapeuten nur die Einzeltherapie-Einheiten. Die Kodierung erfolgt dabei wochenweise. Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Gruppentherapien dauern ebenfalls 25 Minuten. Die kodierbaren Therapieeinheiten werden in Abhängigkeit der Gruppengröße mittels definierten Umrechnungsfaktoren (Tabelle im Anhang zum OPS) bestimmt.

Potenziell erlösrelevant sind auch 2024 in Verbindung mit den Behandlungsbereichen 9-60*, 9-61* und 9-62* mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche, durch Ärzte/ Psychologen erbracht, an mehr als 50% der Berechnungstage, für den Behandlungsbereich 9-63* mindestens 8 Therapieeinheiten pro Woche, durch Ärzte/Psychologen erbracht, an mehr als 50% der Berechnungstage.

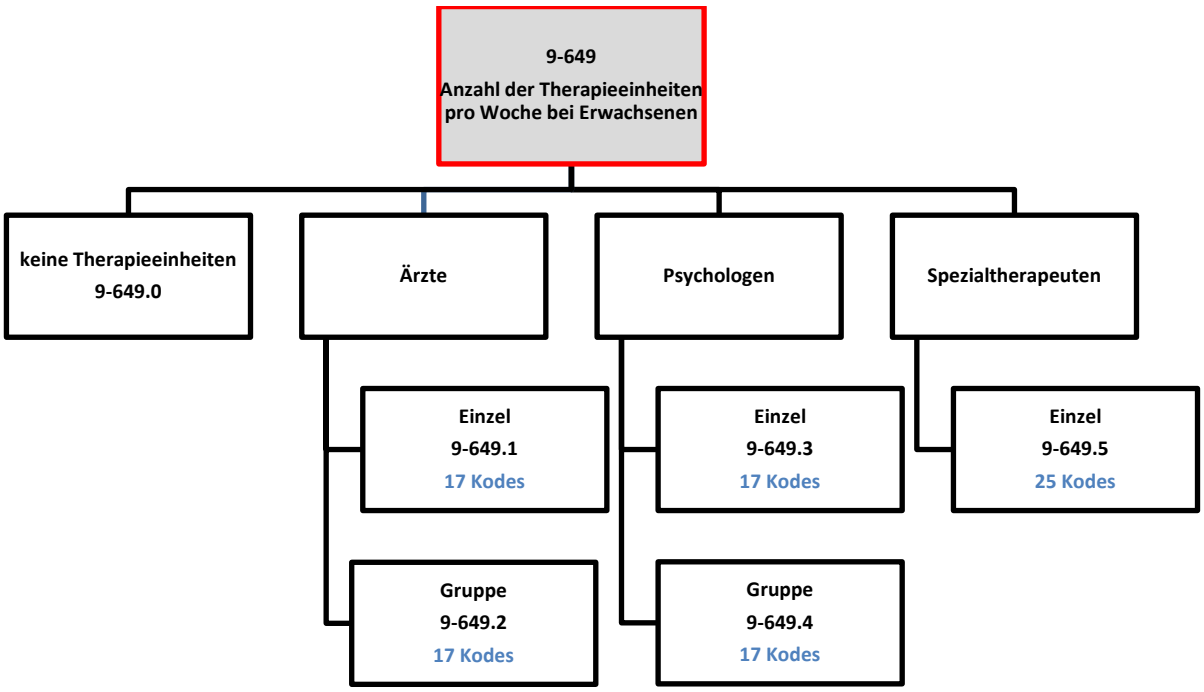
Schon im System 2018 wurden erstmals auch Einzel-Therapieeinheiten von Spezialtherapeuten potenziell abrechnungsrelevant. Dabei soll ein erhöhter Anteil an Einzeltherapie abgebildet werden. Um kostentrennend wirksam zu werden muss durchschnittlich 1 „gewichtete“ Einzeltherapieeinheit der Berufsgruppen Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten pro Tag erbracht werden, mindestens 10 „gewichtete“ Einzeltherapieeinheiten insgesamt bei einem Aufenthalt von mindestens 3 Tagen. Die „Gewichtung“ erfolgt dabei wie folgt:

| | |
|---|---|
| Ärztin/Arzt | Faktor 1 |
| Psychologin/Psychologe | Faktor 0,8 |
| Spezialtherapeut/in | Faktor 0,6 |

Die Gruppentherapieeinheiten von Spezialtherapeuten sowie die Therapieeinheiten von Pflegekräften für Einzel- und Gruppentherapie sind seit OPS-Katalog 2019 nicht mehr angeführt, da sie nach den Analysen des DRG-Instituts keine Kostentrenner darstellen.

Abb. 20 zeigt die Kodes, die für die Kodierung von Therapieeinheiten in der Behandlung von Erwachsenen verwendet werden. Es handelt sich hierbei um Zusatzkodes, die neben den Behandlungsbereichen 9-60, 9-61, 9-62 und 9-63 kodiert werden, um die entsprechend geleisteten Therapieeinheiten abzubilden.

**Abb. 20 Therapiekodierung Erwachsene**

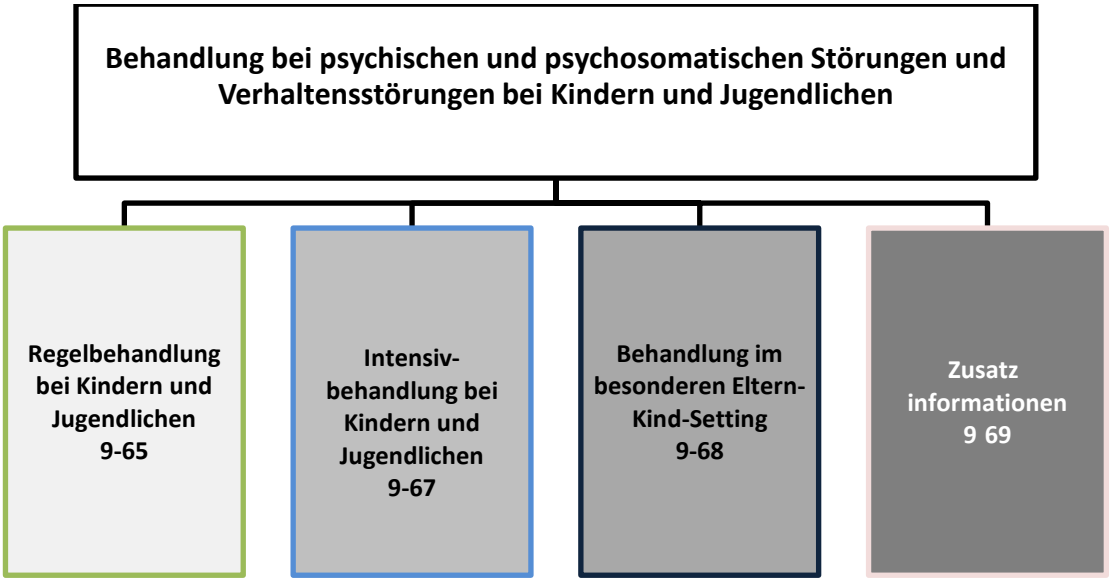



Im Jahr 2021 wurde der OPS-Kode 9-64a **Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind** neu aufgenommen. Mit diesem Kode soll eine gemeinsame Behandlung eines sowohl psychisch erkrankten Elternteils, als auch eines psychisch erkrankten Kindes in einem besonderen familiengerechten Setting abgebildet werden.

**OPS Kinder und Jugendliche (9-65 bis 9-69)**

In der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Behandlung werden auch 2024 vier Bereiche (9-65 bis 9-69) unterschieden.

**Abb. 21 Behandlungsbereiche Kinder und Jugendliche**




Die Anzahl der Therapieeinheiten (s.u.) pro Woche ist analog der Bestimmungen im Erwachsenenbereich 2024 ebenfalls getrennt nach Einzel- und Gruppentherapie für die Berufsgruppen Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten (letztere nur Einzeltherapien) gesondert zu kodieren (9-696.*). Seit 2019 haben Therapieeinheiten auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich potenziell Abrechnungsrelevanz. Um kostentrennend wirksam zu werden müssen hier durchschnittlich 1,5 „gewichtete“ Einzeltherapieeinheiten der Berufsgruppen Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten pro Tag erbracht werden, mindestens 10 „gewichtete“ Einzeltherapieeinheiten insgesamt bei einem Aufenthalt von 6 und mehr Tagen. Die „Gewichtung“ erfolgt dabei wie im Erwachsenenbereich (Ärztin/Arzt Faktor 1,0, Psychologin/Psychologe 0,8, Spezialtherapeut/in 0,6).

Die Regelbehandlung von Kindern und Jugendlichen (9-65) umfasst die Patientinnen und Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Für den Intensivbehandlungsbereich (9-67) wird analog zum OPS im Intensivbehandlungsbereich bei Erwachsenen (s.o.) eine zusätzliche Ebene mit definierten Patientenmerkmalen beschrieben, wovon mindestens eines vorliegen muss:

- Deutlich erhöhter Pflegeaufwand
- Erhöhter Einzelbetreuungsaufwand wegen mangelnder Gruppenfähigkeit
- Selbstgefährdung
- Fremdaggressives Verhalten mit deutlicher Beeinträchtigung des Gruppenmilieus
- Störungsbedingt nicht einschätzbarer, nicht kooperationsfähiger Patient
- Erforderliche Maßnahmen zur Gefahrabwendung
- Substanzbedingt erhöhter Betreuungsbedarf

Die Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen 9-67 ist potenziell groupierungsrelevant, bei einem hohen Anteil an Intensivbehandlung von ≥ 50 % an mehr als 2 Berechnungstagen.

Unter 9-69 „Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ finden sich die Zusatzkodes.

**9-691: „Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen“.**

Über diese Kodes können Behandlungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V (Hometreatment, ganztägig (9-691.0, mindestens 210 Minuten) oder halbtägig (9.691.1, mind. 105 bis 209 Minuten), Fahrtzeiten werden jeweils nicht angerechnet) oder die halbtägige tagesklinische Behandlung erfasst werden. Dieser Kode ist ausschließlich für Modellvorhaben nach § 64b SGB V anzuwenden, nicht für die stationsäquivalente Behandlung, die über die Kodes 9-70 bei Erwachsenen und 9-80 bei Kindern (s.u.) abgebildet wird.

Der Zusatzkode **9-693 „Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“** ist neben den Kodes 9-65 bis 9-67 für jeden Behandlungstag, an dem die entsprechende Leistung erbracht wurde, separat anzugeben.

Diese OPS werden ebenfalls durch Ergänzende Tagesentgelte (ET) gemäß Anlage 5 zum PEPP-Entgeltkatalog abgebildet:

Die Intensive **Betreuung in einer Kleinstgruppe** gemäß OPS 9-693.0 wird auch 2024 über das Ergänzende Tagesentgelt **ET 04** zusätzlich abgebildet. Dabei ist ein zeitlicher Aufwand von mindestens **8 Stunden** relevant (OPS 9-693.03).

Die **Einzelbetreuung** von mehr als **8 Stunden** (OPS 9-693.13) wird auch 2024 über das Ergänzende Tagesentgelt **ET 05** erlösrelevant abgebildet.

Die „Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ wird mit dem Zusatzkode 9-694 erfasst. Hier sind Mindestmerkmale wie z. B. die multidisziplinäre Behandlung auf einer Spezialstation für Suchtpatientinnen und -patienten sowie auch Mindestmerkmale eines Behandlungskonzepts definiert, wie z. B. somatische Entgiftung, differenzierte jugendpsychiatrische Befunderhebung, Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, suchtmedizinisches Assessment u. a. Eine Kodierung erfolgt hier anhand der Behandlungstage, an denen die Leistung erbracht wurde.

Mit dem Zusatzkode 9-696.*, Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen, werden die erbrachten Therapieeinheiten getrennt von den Behandlungsbereichen erfasst. Diese Kodes können somit nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656), der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672) und der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686) angegeben werden. Die Kodierung erfolgt in Abhängigkeit von der Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche und nur für die Berufsgruppen Ärzte und Psychologen (Einzel- und Gruppentherapie-Einheiten) sowie Spezialtherapeuten (nur Einzeltherapie-Einheiten).

Als Einzeltherapie gilt hier eine zusammenhängende Therapie von mindestens 15 Minuten, Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 15 Minuten. Die pro Patientin/Patient anrechenbaren Therapieeinheiten werden durch eine Tabelle im Anhang zum OPS geregelt. Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen von 4-10 Patientinnen/Patienten „werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip“ geführt, Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern „müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip“ geführt werden.

**Stationsäquivalente Behandlung (OPS 9-70 und OPS 9-80)**

2018 wurde die stationsäquivalente Behandlung als neue Behandlungsform im häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten bei gleichzeitig bestehender Indikation für eine (voll-)stationäre Behandlung neu im PEPP-System eingeführt. Diese Behandlung soll bezüglich Inhalten, Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung entsprechen.

Die Abbildung dieser Behandlungsform erfolgt im OPS 2024 weiterhin im Kodebereich 9-70 (spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, OPS-Kode 9-701: stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen) sowie im OPS-Kode Bereich 9-80 (spezifische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, OPS 9-801: stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen).

Ein wesentliches Merkmal dieser Behandlungsform ist eine therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles, multiprofessionelles Team, die zumindest überwiegend im häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden soll.

Neben anderen Mindestmerkmalen ist mindestens ein direkter Patientenkontakt durch ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag gefordert. Eine mindestens wöchentliche ärztliche Visite bei stationsäquivalenter Behandlung (StäB) an mehr als sechs Tagen in Folge soll im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten unter Wahrung des Facharztstandards erfolgen.

Vergütet werden die stationsäquivalenten Leistungen tagesgleich über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte. Eine Abrechnung erfolgt 2024 weiterhin über die unbewerteten PEPP QA 80Z bei Erwachsenen und QK 80Z bei Kindern und Jugendlichen.

**OPS Pflegebedürftigkeit 9-98**

Ab 2016 wurde auch die Pflegebedürftigkeit von Patienten potenziell erlösrelevant. Seit 2018 erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit entsprechend dem Pflegestärkungsgesetz II in fünf Pflegegrade. Unter OPS-Kode 9-98, Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit wird der Pflegegrad mit OPS-Kode 9-984* erfasst.

**Tabelle 3 Übersicht der wesentlichen abrechnungsrelevanten Kodes 2024**

| Kode | Bezeichnung | Relevanz |
|---|---|---|
| 9-61 | Intensivbehandlung Erwachsene (ab 3 Mindestmerkmalen, ET02) | XXX |
| 9-640 | 1:1 Betreuung Erwachsene (ab 6 Stunden, ET01) | XXX |
| 9-641 | Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsene | X |
| 9-642 | Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | X |
| 9-643 | Mutter-Vater/Kind-Setting | X |
| 9-645 | Komplexer Entlassaufwand Erwachsene | X |
| 9-647 | Qualifizierter Entzug | XX |
| 9-649 | Therapieeinheiten pro Woche Erwachsene (ab 6 bzw. 8 Therapieeinheiten von Ärzten und Psychotherapeuten ab Anteil von größer 50 %, ggf. „gewichtete“ Einzel-TE durch Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten) | X |
| 9-672 | Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen | X |
| 9-693 | 1:1 Betreuung (ab 8 Stunden) – ET 05,<br>Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche (ab 8 Stunden) – ET04 | XXX |
| 9-696 | „gewichtete“ Einzel-Therapieeinheiten bei Kindern und Jugendlichen durch Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten) | X |
| 9-984 | Pflegebedürftigkeit | X |

ET = Ergänzende Tagesentgelte

**Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“**

Durch das MDK-Reformgesetz wurde eine Neuregelung der Prüfung von Strukturmerkmalen, die im OPS definiert werden, gefordert. Ziel war eine Vereinheitlichung der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste, die nunmehr unabhängig von Einzelfällen erfolgen soll. Durch die Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ wurden die Voraussetzungen für diese neue Prüfungsform festgeschrieben. Auch 2024 müssen sämtliche in dieser Richtlinie aufgeführten potenziell abrechnungsrelevanten OPS Kodes anhand entsprechend im OPS ausgewiesener Strukturmerkmale vor Leistungserbringung durch die Krankenhäuser auf Antrag derselben durch die Medizinischen Dienste geprüft werden. Dabei werden die Medizinischen Dienste nicht mit der Prüfung durch die Krankenkassen beauftragt, sondern die Leistungserbringer müssen standortbezogen einen Prüfantrag für jeden in der Richtlinie definierten OPS-Kode, der abgerechnet werden soll, an den für sie zuständigen Medizinischen Dienst stellen. Dieser führt dann eine Prüfung durch, erstellt ein Gutachten für jeden OPS Kode und stellt bei erfüllten Kriterien einen Bescheid und eine dazugehörige Bescheinigung zur Vorlage bei den Krankenkassen aus. Ein positiver Bescheid ist Voraussetzung für eine Abrechnung der entsprechenden OPS Kodes.

Für den Bereich der nach PEPP abrechnenden Häuser betrifft dies für 2024 folgende OPS Kodes:

**Tabelle 4 Für PEPP-Häuser abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen**

| OPS | Bezeichnung |
|---|---|
| **1-945** | Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit |
| **8-987.0** | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit |
| **8-987.1** | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit |
| **9-60** | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| **9-61** | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| **9-62** | Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| **9-63** | Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| **9-642*** | Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| **9-643*** | Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting |
| **9-647** | Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen |
| **9-64a*** | Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind |
| **9-65** | Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| **9-67** | Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| **9-68*** | Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| **9-694** | Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen |
| **9-701*** | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen |
| **9-801*** | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen |

*Für die mit Stern* gekennzeichneten Kodes gilt nur eine einjährige Gültigkeitsdauer der Bescheinigung, für alle anderen gilt standardmäßig bei fortlaufender Leistungsvereinbarung ein 2-jähriger Gültigkeitszeitraum

## PEPPV 2024

Die Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2024 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2024 – PEPPV 2024) wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin, getroffen, (Quelle: https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2024/Abrechnungsbestimmungen).

Sie gliedert sich in folgende Abschnitte:

Präambel

§ 1 Abrechnungsgrundsätze

§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

§ 3 Verlegung

§ 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern

§ 5 Zusatzentgelte

§ 6 Ergänzende Tagesentgelte

§ 7 Teilstationäre Leistungen

§ 8 Sonstige Entgelte

§ 9 Kostenträgerwechsel

§ 10 Laufzeit der Entgelte und anzuwendender Basisentgeltwert

§ 11 Inkrafttreten

In der Präambel wird beschrieben, dass gemäß § 17d Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die Vergütung von Krankenhausleistungen in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist. Die o.g. Vertragspartner vereinbaren gemäß den gesetzlichen Bestimmungen dessen jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, tagesbezogene Entgelte, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte sowie Abrechnungsbestimmungen.

Im Folgenden sollen wesentliche Abrechnungsbestimmungen vorgestellt werden:

**§ 1 Abrechnungsgrundsätze**

Es ist nach dem am Tag der Aufnahme gültigen Entgeltkatalog abzurechnen.

Zur Einstufung sind vom InEK zertifizierte Grouper zu verwenden. Falls relevant gilt für die Einstufung das Alter bei Aufnahme.

Berechnungstage sind der Aufnahmetag und jeder weitere Tag **INKLUSIVE** des Entlassungs- oder Verlegungstages (gilt auch für Fallzusammenführung) bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Bei Aufnahme und Entlassung am selben Tag – ggf. auch mehrfach – zählt dieser eine Tag.

**Ausnahmen:**

§ 3 Abs. 3 Satz 3: Bei **Verlegung innerhalb eines Krankenhauses** aus dem Bereich der **Bundespflegesatzverordnung** in den Geltungsbereich des **Krankenhausentgeltgesetzes** ist der Verlegungstag von der verlegenden Abteilung nicht abrechenbar.

§ 3 Abs. 4 Satz 4: Bei interner Verlegung oder Wechsel innerhalb eines Krankenhauses zwischen **vollstationärer, stationsäquivalenter oder teilstationärer Behandlung** im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung ist der Verlegungstag von der verlegenden Abteilung nicht abrechenbar.

***Vollständige Tage der Abwesenheit*** sind Kalendertage, an denen die Patientin oder der Patient sich während einer voll- oder teilstationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet (z. B. Belastungserprobung am WE), bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung kein direkter Patientenkontakt stattfindet. Diese Tage sind **keine Berechnungstage**, sie werden bei der Vergütung nicht berücksichtigt. **Die Kalendertage des Antritts und der Wiederkehr zählen beide voll.**

Eine vor- und nachstationäre Behandlung wird gesondert vergütet.

Die Durchführung einer Dialyse in einer eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses kann über die teilstationäre Basis-DRG L90 neben PEPP abgerechnet werden.

Sofern keine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 3 oder § 8 Absatz 4 Satz 3 BPflV getroffen ist, kann für eine Abschlagszahlung eine Zwischenrechnung erstellt werden, indem für jeden vollstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00, für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,75 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,80 herangezogen wird.

Für Patientinnen und Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, kann für vollstationäre Behandlungstage eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,50, für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,20 herangezogen werden.

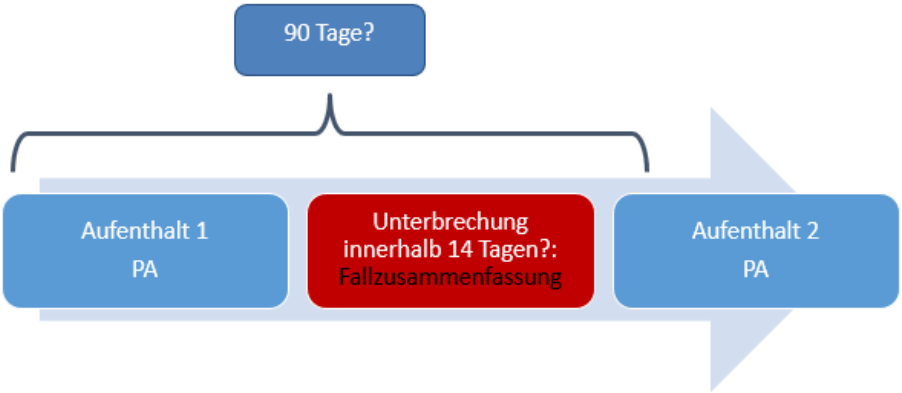
Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft findet für die Erstattung der Unterkunft und Verpflegung die "Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG“ vom 16.09.2004 Anwendung. Dies gilt nicht für Mitaufnahmen im Rahmen eines Eltern-Kind-Settings gemäß OPS 9-686.* oder Eltern-Kind-Setting gemäß OPS 9-643.*, bei denen sämtliche Leistungen für eine Begleitperson mit der Vergütung der Patientin oder des Patienten abgegolten werden.

**§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

Eine Zusammenfassung von Behandlungsfällen zwischen den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär erfolgt nicht. Regelungen zur Wiederaufnahme gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte.

Eine Fallzusammenführung hat bei Erfüllung folgender Kriterien zu erfolgen:

- Die (Wieder-) Aufnahme erfolgt innerhalb von 14 Kalendertagen **ab** Entlassungstag (zählt mit) und
- erfolgt in derselben Strukturkategorie und
- erfolgt innerhalb von 90 Kalendertagen ab Aufnahmedatum, wobei der Aufnahmetag mitzählt.
- Die Regelungen gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte nach Anlagen 1a, 2a sowie stationsäquivalente Entgelte nach Anlagen 6a und 6b.




**Welche Hauptdiagnose hat der zusammengeführte Fall?**

Hauptdiagnose (HD) zusammengeführter Fälle ist die HD des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen.

Bei mehreren Aufenthalten sind die Berechnungstage von Fällen mit gleicher HD zu summieren und zu vergleichen.

Bei gleicher Summe für verschiedene HD ist die HD des zeitlich frühesten Aufenthaltes zu wählen.

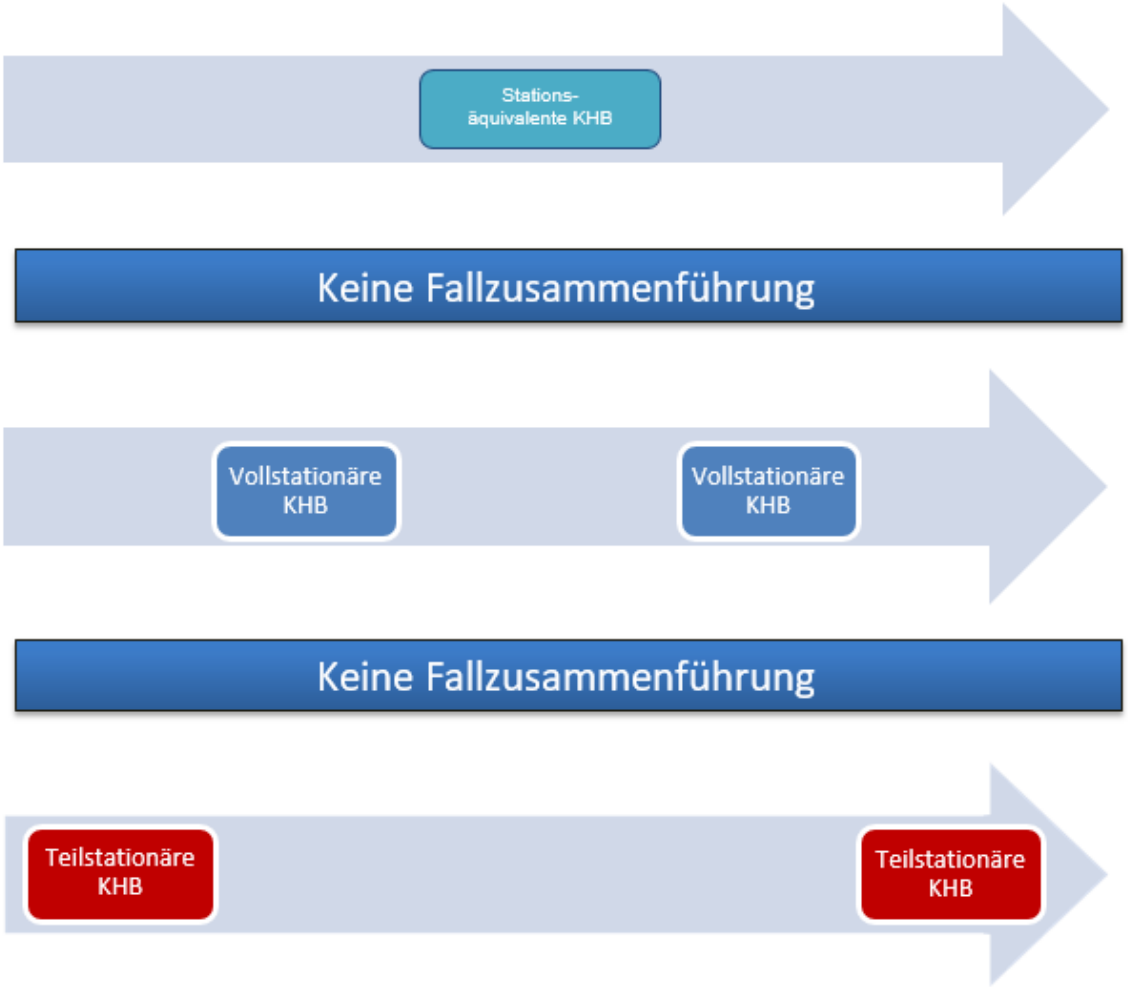
**Beispiel:**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ∑ |
| **F20.0** | **10** | | **15** | | | | **12** | | | **= 37** |
| **F10.2** | | | | | **25** | | | | **15** | **= 40** |

**Hauptdiagnose für den Gesamtfall von 77 Berechnungstagen wird F 10.2**

In diesem Beispiel erfolgen 3 Aufenthalte mit der Hauptdiagnose F20.0 (jeweils 10, 15 und 12 Tage). Zwei Aufenthalte erfolgen bei der Hauptdiagnose F10.2. Zwischen den einzelnen Aufenthalten liegen weniger als 14 Tage. Es erfolgt eine Fallzusammenführung. Da die Summe der Behandlungstage mit Diagnose F10.2 (40 Tage) die Summe der Behandlungstage mit Diagnose F20.0 (37 Tage) überschreitet, ist als Hauptdiagnose für den zusammengeführten Fall von (40 + 37 =) 77 Tagen die Diagnose F10.2 zu kodieren.

**Es erfolgt keine Fallzusammenführung von Behandlungsfällen zwischen den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär.**




**Eine Fallzusammenführung für Aufenthalte mit Aufnahmen aus unterschiedlichen Jahren erfolgt nicht.**

**§ 3 Verlegung**

Jedes Krankenhaus rechnet ab.

Eine Fallzusammenführung erfolgt nur bei Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus.

Interne Verlegungen in unterschiedliche Geltungsbereiche (BPflV/ KHEntgG) sind wie externe Verlegungen zu behandeln.

Bei internen Verlegungen am selben Kalendertag aus BPflV-Bereich nach KHEntgG-Bereich ist der Verlegungstag **NICHT** abrechnungsfähig.

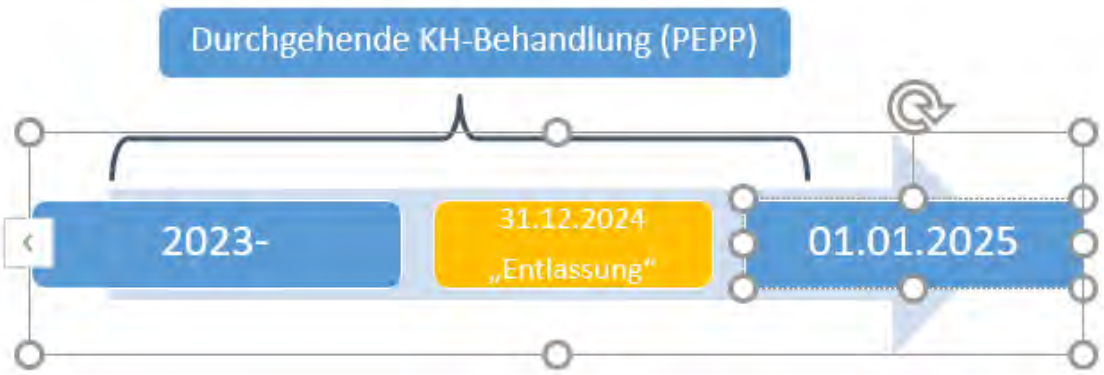
Es erfolgt keine Zusammenführung von Behandlungsfällen in den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär.

**§ 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern**

Bei fortlaufender Krankenhausbehandlung eines im Jahr 2023 aufgenommenen Patienten wird eine Entlassung „für Zwecke der Abrechnung“ für den 31.12.2024 angenommen (= formale Entlassung).

Es erfolgt hier keine „Fallzusammenfassung“.

Die Abrechnung ab 01.01.2025 erfolgt nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen. Die Zählung der Berechnungstage erfolgt ab dem 01.01.2025 neu.




**§ 5 Zusatzentgelte**

Zusätzlich zu den PEPP für vollstationäre, stationsäquivalente bzw. teilstationäre Leistungen können Zusatzentgelte abgerechnet werden. Für Leistungen nach Anlage 4 ohne Vereinbarung werden 600 EUR je Zusatzentgelt abgerechnet.

**§ 6 Ergänzende Tagesentgelte**

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten können bundeseinheitlich ergänzende Tagesentgelte (ET) nach Anlage 5 abgerechnet werden, auch neben Zusatzentgelten. Mit Ausnahme von ET02 können diese auch an nicht abrechenbaren Verlegungstagen bei internen Verlegungen am selben Kalendertag aus BPflV-Bereich nach KHEntgG-Bereich abgerechnet werden.

**§ 7 Teilstationäre Entgelte**

Können auch für Verlegungs- und Entlassungstag abrechnet werden, wenn dieser nicht zugleich Aufnahmetag ist.

Es erfolgt keine Fallzusammenführung mit vollstationären oder stationsäquivalenten Fällen.

Regeln nach § 2 und § 3 gelten entsprechend.

Bei Wechsel von teil- in vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung an einem Tag kann am Verlegungstag kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

**§ 8 Sonstige Entgelte**

Für Leistungen nach Anlage 1b, für die aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden können, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen.

Für Leistungen nach Anlage 2b, für die aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden können, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen.

Für Leistungen nach Anlage 6b, für die aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden können, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro abzurechnen.

**§ 9 Kostenträgerwechsel**

Bei Zuständigkeitswechsel innerhalb der Krankenhausbehandlung wird mit dem Träger abgerechnet, der am Aufnahmetag leistungspflichtig ist.

**§ 10 Laufzeit der Entgelte und anzuwendender Basisentgeltwert**

Für ab dem 1. Januar 2024 in das Krankenhaus aufgenommene Patienten, für die aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch kein krankenhausindividueller Basisentgeltwert angewendet werden kann, gilt ein ersatzweiser Wert in Höhe von 280 €.

**Für Patienten, die ab dem 1. Januar 2024 aufgenommen werden, ist eine Abrechnung mit weitergeltenden tagesgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen.**

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr / Schwarzwald

Telefon 07821 938-0
info@md-bw.de
www.md-bw.de