



Medizinischer Dienst
Bund

Begutachtungsleitfaden

Stationäre Abrechnungsprüfung (DRG und PEPP) Version 2025

SEG 4

Sozialmedizinische Expertengruppe 4

„Vergütung und Abrechnung“

der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste



IMPRESSUM

Autorinnen und Autoren

Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste (SEG 4) in Zusammenarbeit mit dem Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Dienste (KCPP)

Die Arbeitsgruppe bedankt sich bei Frau Petra Gaiser, MD Baden-Württemberg, für die redaktionelle Überarbeitung.

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 3. Dezember 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

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

Vorwort

Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste sorgt mit Begutachtungsleitfäden und anderen Regelwerken dafür, dass bundesweit einheitlich auf einem fachlich hohen Niveau begutachtet wird.

Die SEG 4 erstellt in Zusammenarbeit mit dem KCPP vor dem Hintergrund der Annäherung beider Vergütungssysteme hiermit im zweiten Jahr einen gemeinsamen Begutachtungsleitfaden BGL DRG/PEPP. Auswirkungen auf die Einzelfallbegutachtung von Krankenhausabrechnungen und somit auf den vorliegenden Begutachtungsleitfaden sind durch das KHVVG nicht zu erwarten.

Für die Erstellung dieses wichtigen und anspruchsvollen Dokuments, das die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste bei ihrer Arbeit maßgeblich unterstützen wird, gebührt den mitwirkenden Kolleginnen und Kollegen unser herzlicher Dank.

Dezember 2024

Dr. med. Kerstin Haid

Dr. med. Ernst Seiffert

Leitende Ärztin
Medizinischer Dienst Bund

Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung	9
2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung.....	10
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	10
2.1.1 Gesetze und Verordnungen	10
2.1.1.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V).....	10
2.1.1.2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)	11
2.1.1.3 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)	11
2.1.1.4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)	14
2.1.1.5 Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz).....	16
2.1.1.6 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)	16
2.1.2 Verträge/Vereinbarungen der Selbstverwaltung.....	17
2.1.2.1 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung – FPV).....	17
2.1.2.2 Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik – PEPPV).....	19
2.1.2.3 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE).....	22
2.1.2.4 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung	23
2.1.2.5 Tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V	23

2.1.2.6	Spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V	23
2.1.2.7	Vereinbarung zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV)	24
2.1.2.8	Landesverträge nach § 112 SGB V	26
2.2	aG-DRG-System.....	26
2.2.1	Aufbau	26
2.2.2	Kodierung im aG-DRG-System.....	27
2.3	PEPP-System	28
2.3.1	Aufbau	28
2.3.2	Kodierung im PEPP-System	30
2.4	Regelwerke für die Kodierung und Begutachtung.....	31
2.4.1	Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) und Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie und Psychosomatik	31
2.4.2	Schlichtungsausschuss Bund	32
2.4.3	ICD-10-GM-Klassifikation	33
2.4.4	OPS- Klassifikation	34
2.4.5	SEG 4-Kodierempfehlungen	34
2.4.6	aG-DRG und PEPP-Definitionshandbücher.....	35
2.5	Rechtsprechung	35
3	Gutachten.....	38
3.1	Gutachten nach Aktenlage und im digitalen Kontext.....	38
3.1.1	Auftragsannahme und -prüfung.....	38
3.1.2	Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen	39
3.2	Begutachtung im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung.....	60
4	Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung.....	61
5	Ergebnismitteilung.....	62
6	Qualitätssicherung.....	63

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Az.	Aktenzeichen
aG-DRG-System	DRG ohne Pflegepersonalkosten „a“ für ausgegliedert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGL	Begutachtungsleitfaden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
d. h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
DRG	Diagnosis Related Groups
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
ET	Ergänzende Tagesentgelte
eVV	Elektronische-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung
ff.	fortfolgende
FP	Fallpauschale
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HD	Hauptdiagnose
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German modification
IHE Standard	Integrating the Healthcare Enterprise
IK	Institutionskennzeichen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KCPP	Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDC	Major diagnostic category
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
o. g.	oben genannt
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Operating room
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PK	Prüfkriterium

PrüfvV	Prüfverfahrensvereinbarung
Psych-Einrichtungen	Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
QSKV	Qualitätssicherung der Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SK	Strukturkategorie
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
UGVD	Untere Grenzverweildauer
u. a.	unter anderem
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZP	Zusatzentgelte im PEPP-System

1 Einleitung

Die SEG 4 erstellt in Zusammenarbeit mit dem KCPP einen gemeinsamen Begutachtungsleitfaden BGL DRG/PEPP vor dem Hintergrund der Annäherung beider Vergütungssysteme. Auswirkungen auf die Einzelfallbegutachtung von Krankenhausabrechnungen und somit auf den vorliegenden Begutachtungsleitfaden sind durch das KHVVG nicht zu erwarten.

Zielsetzung dieses Begutachtungsleitfadens ist, die Gemeinsamkeiten der sozialmedizinischen Begutachtung von Krankenhaufällen aus dem DRG- und PEPP-System einerseits so kompakt wie möglich zu vermitteln und andererseits – dort wo nötig – Besonderheiten darzustellen.

Dies erfolgt im Rahmen des vorliegenden Leitfadens innerhalb der jeweiligen Kapitel – teilweise auch im Rahmen gesonderter Abschnitte oder Unterkapitel. Besonderheiten der PEPP-Systematik werden dabei in Form blau unterlegter Textpassagen dargestellt.

Der BGL DRG/PEPP richtet sich wie bisher an Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste, die

- neu mit der sozialmedizinischen Begutachtung der betreffenden Behandlungsfälle befasst sind,
- den BGL als „Refresher“ ihrer eigenen Kenntnisse in diesem Begutachtungsbereich nutzen möchten,
- den BGL zur Einarbeitung anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder für weitergehende Fortbildungszwecke nutzen möchten.

Der BGL stellt explizit auf die für die Begutachtung erforderlichen Kenntnisse zur Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst gem. § 275c ff. SGB V und § 17c KHG in Verbindung mit den zusätzlich zu berücksichtigenden (unter)gesetzlichen Regelungen und Normen ab (Näheres hierzu s. in den jeweiligen Kapiteln).

Hierfür wird schwerpunktmäßig und vorrangig das für die Begutachtung aktuell erforderliche Wissen und dessen Anwendung in den jeweiligen Kapiteln in kompakter Form vermittelt.

Die korrekte Abrechnung von Behandlungsfällen gem. § 39 SGB V im DRG- und PEPP-System stellt für die Controlling-Abteilungen der Krankenhäuser, die Rechnungsprüferinnen und -prüfer der Krankenkassen und für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste im Rahmen ihrer jeweiligen Tätigkeiten eine komplexe Aufgabe dar.

Hierfür soll der vorliegende BGL in seiner überarbeiteten Form weiterhin als Begutachtungsgrundlage innerhalb der Medizinischen Dienste dienen.

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

2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Gesetze und Verordnungen

Für die Krankenhausabrechnungsprüfung nach DRG und PEPP gelten verschiedene Gesetze und Verordnungen, von denen die wichtigsten nachfolgend kurz dargestellt werden, insbesondere diejenigen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die gutachterliche Tätigkeit in der stationären Abrechnungsprüfung haben.

Die Grundlagen für die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen sind im SGB V und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt, jeweils unter Berücksichtigung der Maßgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) (DRG-Bereich) / der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) (PEPP-Bereich).

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Vergütungssystems festgelegt und in Form des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups, DRG) mit dem Fallpauschalengesetz (FPG, 23.04.2002) eingeführt. Während die Somatik seit 2003 nach DRG abrechnet, wurde ein vergleichbares Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) erst im Jahr 2009 ins Leben gerufen.

Eine wesentliche Veränderung erfuhr das DRG-System 2020 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Die Pflegepersonalkosten (am Bett) wurden komplett ausgegliedert und werden seither über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Ab 2020 gilt nachfolgend der sogenannte aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog („a“ für „ausgegliedert“) und man spricht vom „aG-DRG-System“.

Das KHVVG wird auf die Krankenhausversorgung in Deutschland wesentliche Auswirkungen haben, aber die Einzelfallbegutachtung von Krankenhausabrechnungen aktuell nicht tangieren.

2.1.1.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Im SGB V sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben.

Die Krankenhausbehandlung ist in § 39 SGB V geregelt. Diese wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Dazu gehören alle Leistungen, die nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Sie umfasst auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die allgemeine Rechtsgrundlage für eine Einzelfallprüfung von Krankenhausabrechnungen findet sich in § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Zusätzlich zu den Prüfrechten der Medizinischen Dienste nach diesem Paragraphen bietet der § 275 Abs. 4 SGB V seit dem 01.04.2007 den Krankenkassen und Verbänden die Möglichkeit, den Medizinischen Dienst „bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben“ zu Rate zu ziehen. Diese Regelung bezieht sich u. a. auch auf den Bereich der Krankenhausbehandlung.

Der § 275c Absatz 4 SGB V bildet die Grundlage des Umfangs und der Durchführung der Prüfung von Krankenhausbehandlung.

Den weiteren rechtlichen Rahmen bilden die §§ 2, 12, 70 und 137c SGBV. Für den Medizinischen Dienst sind insbesondere zudem die §§ 276 und 277 SGB V zu beachten.

2.1.1.2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)

Das im Jahr 1972 in Kraft getretene Gesetz wurde beschlossen, um Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern und eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Regelungen zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen finden sich in den §§ 17b und d. Sie beinhalten jeweils die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser und für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Entsprechend erfolgt die Vergütung über DRG (Diagnosis Related Groups) (§ 17b) bzw. über PEPP (pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik) (§ 17d). Darüber hinaus gehende Einzelheiten der Vergütung der DRG-Krankenhäuser finden sich im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und in der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner (FPV). Weitere Regelungen für die Vergütung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) sind in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und in der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) niedergelegt.

2.1.1.3 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)

Das KHEntgG regelt die Vergütung von **vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen** unter Berücksichtigung der Maßgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Ausgenommen von den Vorschriften des KHEntgG sind Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz keine Anwendung findet und bestimmte Krankenhäuser, die nach dem KHG nicht gefördert werden können (§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 KHG) sowie Einrichtungen, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind (psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen bzw. Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und der Psychotherapie). Für die Begutachtung im PEPP-Bereich ist der Abschnitt 2.1.1.4 (Bundespflegesatzverordnung) maßgeblich.

Die **vor- und nachstationäre Behandlung** sowie die **ambulante Durchführung von Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffe** werden nicht nach diesem Gesetz, sondern im Rahmen der vertraglichen Ausgestaltung der §§ 115a bzw. 115b SGB V vergütet.

Krankenhausleistungen im Sinne des Gesetzes sind „[...] insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger“ (§ 2 Abs. 1 KHEntgG).

Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** sind die Leistungen, die im konkreten (patientenbezogenen) Fall unter Berücksichtigung von Art und Schwere der vorliegenden Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Diese Leistungen muss das Krankenhaus aufgrund seines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen unter Berücksichtigung aller ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Möglichkeiten erbringen. Übersteigt der erforderliche Behandlungsumfang die Möglichkeiten des Krankenhauses, ist die Patientin / der Patient in ein geeignetes Krankenhaus mit entsprechendem Versorgungsauftrag zu verlegen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch

- die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten i. S. d. SGB V,
- die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V,
- die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
- die Frührehabilitation i. S. von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
- das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V.

Sofern während eines stationären Aufenthaltes eine vor der Krankenhausaufnahme begonnene Dialyse fortgesetzt wird *und* das Krankenhaus nicht über eine eigene Dialyseeinrichtung verfügt, so dass ein Dritter in Anspruch genommen werden muss *und* wenn ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausaufnahme nicht besteht, gehört diese Dialyse nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen; sie ist vom Leistungserbringer (der die Dialyse durchführt) als ambulante Leistung gegenüber dem Kostenträger abzurechnen.

Auf Wahlleistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Deren Vergütung wird in § 17 KHEntgG geregelt.

Die in § 2 Abs. 2 KHEntgG genannten allgemeinen Krankenhausleistungen werden durch folgende, in § 7 Abs. 1 KHEntgG aufgeführten **Entgelte** gegenüber den Patienten oder ihrem Kostenträger abgerechnet:

Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog

Der Fallpauschalenkatalog ist als Anlage 1 Bestandteil der jeweils geltenden Vereinbarung zum Fallpauschalensystem. Auch die Grenzverweildauern und die entsprechenden Abschläge bzw. zusätzlichen Entgelte sind dort hinterlegt. In den Spalten 7 und 9 (Hauptabteilung) bzw. 9 und 11 (Belegabteilung) ist jeweils der Belegungstag, an dem der erste Abschlag vorzunehmen bzw. das erste zusätzliche Entgelt abzurechnen ist, angegeben.

Es ist zu beachten, dass sich die Kataloge für Hauptabteilungen und Belegabteilungen unterscheiden, da in letzterem die belegärztlichen Leistungen nicht in den Fallpauschalen kalkuliert sind.

Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog

Dies sind zusätzlich zu den Fallpauschalen abrechenbare Entgelte, die nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden können (bundeseinheitliche Zusatzentgelte). Diese Zusatzentgelte sind im Zusatzentgelte-Katalog nach Anlagen 2 und 5 FPV aufgeführt.

Gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien vor Ort weitere Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG unter bestimmten Voraussetzungen vereinbaren.

Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Grundlage für diese Entgelte ist § 6 Abs. 1 KHEntgG in Verbindung mit § 17b Abs. 1 Sätze 14 und 15 KHG. Für Leistungen, die aufgrund einer mangelnden Kalkulationsbasis noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, sind durch die Vertragsparteien vor Ort krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren.

Sie stellen **fallbezogene** Entgelte für gruppierbare, aber nicht ausreichend kalkulierte vollstationäre und teilstationäre Behandlungsfälle (Fallpauschalen, Anlage 3a, 3b FPV) bzw. **prozedurenbezogene** Zusatzentgelte, deren (überwiegend Sach-) Kosten in den jeweils betreffenden DRGs nicht einkalkuliert sind (Anlagen 4 und 6 FPV), dar.

Außerdem können durch die Vertragsparteien vor Ort fall- oder tagesbezogene Entgelte bzw. Zusatzentgelte für **besondere Einrichtungen** nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG vereinbart werden (s. „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen...“ für das jeweils gültige Jahr).

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkataloge aufgenommen worden sind

Nach § 6 Abs. 2 KHEntgG können für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Die Vereinbarung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden.

In eng begrenzten Ausnahmefällen können nach § 6 Abs. 2a KHEntgG die Vertragsparteien für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren. Dies ist z. B. möglich, wenn diese Leistung aufgrund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden oder aufgrund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten, die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind, die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 von Hundert überschreiten. In § 6a KHEntgG finden sich die Regelungen zu den Pflegebudgets einschließlich der tagesbezogenen Pflegeentgelte und der Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

In § 8 KHEntgG werden die Berechnungen der Entgelte geregelt. Unter anderem sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene Zu- und Abschläge für Tatbestände nach § 17b KHG zu vereinbaren. Diese sollen allgemeine Krankenhausleistungen berücksichtigen, die nicht in die Fallpauschalen einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt (das betrifft u. a.: Notfallversorgung, Mitaufnahme einer Begleitperson, Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG, Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG, Maßnahmen zur Qualitätssicherung).

2.1.1.4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Die BPfIV als Rechtsverordnung regelt die Vergütung für vollstationäre, stationsäquivalente und teilstationäre Leistungen in Psych-Einrichtungen. Nachfolgend werden die Abschnitte vorgestellt, die für die Begutachtung von Einzelfällen im PEPP-Bereich relevant sind.

Erster Abschnitt – Allgemeine Vorschriften

Der erste Abschnitt enthält allgemeine Vorschriften zum Anwendungsbereich und zu den Leistungen des Krankenhauses. Hierzu gehören die Definitionen: „Krankenhausleistungen“ und „Allgemeine Krankenhausleistungen“ ebenso wie die beispielhafte Aufzählung von Leistungen, die nicht zu den Krankenhausleistungen gehören. Da diese die Grundlage vieler gutachterlicher Entscheidungen bilden ist deren Kenntnis unabdingbar.

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

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

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören:

1. eine Dialyse

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

Zweiter Abschnitt – Vergütung der Krankenhausleistungen

Der zweite Abschnitt regelt **Budgetfindungsmechanismen** für die **Vergütung der Krankenhausleistungen**. Ein Detailwissen ist im Rahmen einer Einzelfallbegutachtung nicht erforderlich, bei Interesse wird auf den entsprechenden Paragraphen verwiesen.

Auf die in § 6 Absatz 4 BPfIV getroffenen *Regelungen zu den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-PEPP-Leistungen)* soll an dieser Stelle gesondert hingewiesen werden, da diese im Einzelfall begutachtungsrelevant sein können. Es handelt sich um Leistungen, die so neu sind, dass sie im Entgeltsystem noch nicht berücksichtigt sind und entsprechend noch nicht sachgerecht mit bewerteten Entgelten vergütet werden können. Es obliegt den Verhandlungsparteien vor Ort, zeitlich befristete krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren.

Dritter Abschnitt – Entgeltarten und Abrechnung

Der dritte Abschnitt benennt diejenigen Entgelte, mit denen allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden. Mit diesen werden alle für die Versorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Für die Begutachtung im Einzelfall relevant sind:

1. Entgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte und Zusatzentgelte) (§ 9)
2. Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden (§ 6 Absätze 1 und 3)
3. Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung (§ 6 Absatz 2)
4. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 aufgenommen worden sind (§ 6 Absatz 4)

Die darüber hinaus abzurechnenden Zuschläge haben in der Begutachtung im Einzelfall keine Bedeutung.

Vierter Abschnitt – Vereinbarungsverfahren

§ 9 Vereinbarungen auf Bundesebene

Die BPfIV sieht in Abschnitt 4 eine Reihe von Vereinbarungen vor und enthält auch Regelungen bei Nichtzustandekommen der Vereinbarungen. Paragraph 9 regelt Vereinbarungen auf Bundesebene. Relevant für die Begutachtung im Einzelfall ist die Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV). Die für die Einzelfallprüfung relevanten Kernaussagen werden in diesem BGL unter 2.1.2.2 referiert.

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

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

Der § 275 Abs. 1c SGB V wurde durch den § 275c SGB V ersetzt. Die Krankenkassen haben nun Prüfungen von Krankenhausrechnungen innerhalb von vier Monaten nach deren Eingang bei der Krankenkasse dem Krankenhaus anzuzeigen. Ab dem Jahr 2022 hängt die quartalsbezogene Prüfquote von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen je Krankenhaus des vorvergangenen Quartals ab. Der MD hat Prüfungen abzulehnen, die die zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von einer Krankenkasse überschreiten.

Um strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren, wurden 2020 diejenigen Kodierempfehlungen der SEG 4 (siehe Abschnitt 2.4.5), die zwischen der SEG 4 und dem FoKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) dissent waren, durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene verbindlich entschieden. Der Schlichtungsausschuss kann seitdem zur verbindlichen Klärung einer Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung angerufen werden.

Die Prüfung von Strukturmerkmalen wurde rechtlich geregelt (§ 275d SGB V). Ab dem Jahr 2021 werden die Strukturmerkmale im OPS-Katalog ausgewiesen. Die Strukturmerkmale des OPS werden vom Medizinischen Dienst im Rahmen einer Strukturprüfung auf Antrag des Krankenhauses begutachtet. Sie sind nicht Bestandteil der Einzelfallprüfung.

Die PrüfV 2022 setzt weitere Punkte des MDK-Reformgesetzes um: Die Krankenkassen sollen seither nicht mehr Rückforderungen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser verrechnen können und das Krankenhaus soll eine Rechnung nicht mehr korrigieren können.

2.1.1.6 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

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

2.1.2 Verträge/Vereinbarungen der Selbstverwaltung

2.1.2.1 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung – FPV)

Die Vereinbarung findet Anwendung für alle Krankenhäuser nach § 17b KHG (DRG-Häuser). Als Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner hat sie bindenden Charakter. Sie wird jährlich aktualisiert.

Für die Begutachtung im PEPP-Bereich ist der Abschnitt 2.1.2.2 Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen maßgeblich.

Bestandteil der FPV sind die Abrechnungsbestimmungen für einzelne Behandlungsfälle sowie der Fallpauschalenkatalog (Anlage 1) und der Katalog bundeseinheitlicher Zusatzentgelte (Anlagen 2 und 5). Aufgeführt sind außerdem nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütete Leistungen (Anlagen 3a bzw. 3b) und Zusatzentgelte, für die jeweils krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind (Anlagen 4 und 6), sowie der Zusatzentgelte-Katalog Blutgerinnungsstörungen (Anlage 7).

Für die Begutachtung ist die jeweils gültige Fassung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung heranzuziehen.

Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch den MD ist die Kenntnis der hier festgelegten Abrechnungsbestimmungen unabdingbare Voraussetzung. Abschnitt 1 regelt in § 1 die Abrechnung von Fallpauschalen durch Krankenhäuser für Behandlungsfälle, auch unter Berücksichtigung von Verlegungen von Patienten in ein anderes Krankenhaus und definiert den Begriff der **Verlegung** (Abs. 1).

Darüber hinaus wird der Abrechnungsmodus bei Überschreiten der **oberen Grenzverweildauer** bzw. bei Unterschreiten der **unteren Grenzverweildauer** beschrieben (Abs. 2 und 3).

In Absatz 4 wird die Abrechnung von Fällen, die sowohl in einer **Hauptabteilung** als auch in einer **belegärztlichen Abteilung** desselben Krankenhauses behandelt wurden, beschrieben.

Absatz 5 bestimmt, wie die Abrechnung von Behandlungen von **Neugeborenen** im Krankenhaus vorzunehmen ist.

In Absatz 6 wird u. a. auf die Berücksichtigung von **Diagnosen** und **Prozeduren**, die im Rahmen **vor- und nachstationärer Behandlungen** anfallen, eingegangen.

Die Begriffe **Beurlaubung** und **Belegungstage** werden in Abs. 7 definiert.

Mit der Zielsetzung, fehlsteuernden Anreizen zur ökonomisch motivierten Teilung von Behandlungsfällen (Fall-Split) entgegenzusteuern, wurden in § 2 Regeln für den Fall formuliert, dass Patienten innerhalb bestimmter Fristen in ein Krankenhaus **wiederaufgenommen** werden, in dem sie zuvor bereits behandelt wurden.

So muss das Krankenhaus einerseits eine Fallzusammenführung vornehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird (nach Zahl

der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes) **und** für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird (§ 2 FPV Satz 1).

Eine Zusammenfassung der Falldaten ist auch vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen wird **und** innerhalb der gleichen Hauptdiagnosengruppen (MDC) die zuvor anrechenbare Fallpauschale in die medizinische Partition oder die andere Partition und die anschließende Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist (§ 2 FPV Satz 2).

Ausnahmen für die Regelungen des § 2 FPV Satz 1 und Satz 2 sind in Spalte 13 bzw. 15 des Fallpauschalenkataloges markiert.

Bei Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer wegen einer Komplikation, die „in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses“ in Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung fällt, hat das Krankenhaus ebenfalls eine Fallzusammenführung vorzunehmen (§ 2 FPV Satz 3). Ausgenommen hiervon sind Aufnahmen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien bei onkologischer Behandlung.

Es wurde primär eingeschätzt, dass ein Drittel der Wiederaufnahmen von der Regelung zur Fallzusammenfassung erfasst werden. Da es bei der Zusammenfassung von Behandlungsfällen zu komplexen Fallgestaltungen, insbesondere bei mehr als zwei Krankenhausaufenthalten kommen kann, wurden vom BMGS „**Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004**“ (aktueller Stand 16.09.2004) herausgegeben. Zusätzliche Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV „Kombinierte Fallzusammenführungen“ finden sich in den jeweiligen Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung.

§ 3 enthält die Regelung für die Ermittlung von Abschlägen bei **Verlegung** von Patienten, die vom verlegenden bzw. vom aufnehmenden Krankenhaus vorzunehmen sind, sofern bestimmte Behandlungsdauern unterschritten wurden (Abs. 1 und 2).

Im Falle der **Rückverlegung** eines Patienten in ein erstbehandelndes Krankenhaus ist unter bestimmten Voraussetzungen vom wiederaufnehmenden Krankenhaus eine Fallzusammenfassung mit Neueinstufung des Behandlungsfalles vorzunehmen (Abs. 3). Zu beachten sind auch die jeweils aktuellen Hinweise der Vertragsparteien zu kombinierten Fallzusammenführungen nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV.

Interne Verlegungen zwischen verschiedenen Entgeltbereichen (KHEntgG / BPfIV / besondere Einrichtungen), die nebeneinander im Krankenhaus bestehen können, sind wie externe Verlegungen zu handhaben (Abs. 4).

§ 4 legt fest, welche Leistungen bei bestimmten **Transplantationen** durch Fallpauschalen vergütet werden bzw. welche Leistungen im Rahmen einer Organtransplantation gesondert abgerechnet werden können und enthält die Abrechnungsbestimmungen für den Fall der Lebendspende.

In Abschnitt 2 der FPV finden sich folgende Regelungen:

- in **§ 5** die Abrechnung von **Zusatzentgelten** (bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlagen 2 und 5, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach Anlagen 4 und 6),

- in **§ 6** die Abrechnung von **teilstationären Leistungen** – auch bei teilstationärer Behandlung nach vorangegangener vollstationärer Behandlung im gleichen Krankenhaus – und
- in **§ 7** die Abrechnung von **sonstigen, krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelten** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für Leistungen, die nach Anlagen 3a bzw. 3b noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, für teilstationäre Leistungen und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG,
- In **§ 8** finden sich die Bestimmungen zu den tagesbezogenen Pflegeentgelten.

Es folgen in **Abschnitt 3 der FPV** Vorschriften zur Fallzählung, für den Fall des Kostenträgerwechsels, zur Laufzeit der Entgelte und zur Geltungsdauer der Vereinbarung.

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

Die Vereinbarung findet Anwendung für alle Krankenhäuser nach § 17d KHG (PEPP-Häuser). Als Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner hat sie bindenden Charakter. Für die Begutachtung ist die jeweils gültige Fassung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung heranzuziehen.

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

In diesem Kapitel wird die PEPPV nur in den für die Begutachtung im Einzelfall relevanten Auszügen wiedergegeben.

Die PEPPV enthält:

- einen Katalog nach § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten einschließlich der Bewertungsrelationen
- einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe
- die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2; § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend

Zu § 1 Abrechnungsgrundsätze

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

Für die Einzelfallbegutachtung als besonders relevant herauszustellen ist die *Zählung der Berechnungstage*. Diese ist in § 1 Abrechnungsgrundsätze PEPPV beschrieben. Die Kenntnis der Definitionen: Berechnungstage während eines Krankenhausaufenthaltes, Tage mit direktem Patientenkontakt bei stationsäquivalenter Behandlung, vollständige Tage der Abwesenheit und die Definition des Falles (wichtig für Fallzusammenfassungen) sind als Voraussetzung der Begutachtung anzusehen.

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

Vollständige Tage der Abwesenheit sind Kalendertage, an denen der Patient sich während einer voll- oder teilstationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung kein direkter Patientenkontakt stattfindet. Vollständige Tage der Abwesenheit, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in der Rechnung gesondert auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt.

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

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

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

Zu § 2 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

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

Es erfolgt eine Neueinstufung in ein Entgelt, bei der die Daten aller zusammenfassenden Krankenhausaufenthalte berücksichtigt werden. Hierbei ist als Hauptdiagnose des zusammengefassten Falles die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen. Bei mehr als zwei zusammenfassenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen

Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlichen früheren Aufenthaltes zu wählen.

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

Zu § 3 Verlegung

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

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

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

Zu § 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern

Für Zwecke der Abrechnung wird für Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 oder bereits zuvor stationär aufgenommen wurden, am 31. Dezember 2024 eine Entlassung angenommen. Eine Fallzusammenfassung findet nicht statt. Die Abrechnung ab dem 01.01.2025 wird für Patienten nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01.2025 neu.

Zu § 5 Zusatzentgelte

Die bundeseinheitlich abzurechnenden Zusatzentgelte finden sich im Zusatzentgelte-Katalog in Anlage 3 der PEPPV.

Anlage 4 der PEPPV benennt Leistungen, die im bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog nicht bewertet sind. Für diese können die Vertragsparteien krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 1 BPflV vereinbaren (siehe dort). Diese können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten abgerechnet werden.

Wurden für Leistungen nach Anlage 4 für das jeweilige Jahr keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, ist im Einzelfall für jedes Zusatzentgelt ein Pauschalbetrag abzurechnen.

Zu § 6 Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten können bundeseinheitlich ergänzende Tagesentgelte (PEPPV, Anlage 5) abgerechnet werden. Außer dem ET02 (Intensivbehandlung Erwachsene) gilt dies auch an nicht abrechenbaren Verlegungstagen.

Zu § 7 Teilstationäre Leistungen

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

Zu § 8 Sonstige Entgelte

Der Paragraph enthält Regelungen zu Abrechnungsvorgängen für unbewertete Entgelte für den Fall, dass für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausindividuellen Entgelte im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbart wurden.

Zu § 9 Kostenträgerwechsel

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

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

2.1.2.3 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE)

Die Vereinbarung findet Anwendung für alle Krankenhäuser nach § 17b KHG (DRG-Häuser). Als Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner hat sie bindenden Charakter.

Nach Abs. 1 VBE können Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, unter bestimmten Voraussetzungen für das jeweilige Jahr von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden.

Für die Leistungen besonderer Einrichtungen können nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 KHEntgG fall- oder tagesbezogene Entgelte bzw. vom Fallpauschalenkatalog abweichende Vergütungshöhen für DRGs vereinbart werden.

Zusätzlich zu den genannten Entgelten dürfen nur Zusatzentgelte nach den Katalogen der Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV abgerechnet werden. Palliativstationen oder -einheiten als besondere Einrichtungen

dürfen beispielweise die Zusatzentgelte ZE 60 und ZE 145 der Anlage 2 der FPV 2023 **nicht** in Verbindung mit den für das Jahr 2023 vereinbarten Entgelten für die Leistungen als besondere Einrichtung abrechnen.

Für besondere Einrichtungen nach § 1 Abs. 5 VBE ist ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt zu vereinbaren, mit dem nur die fallabhängigen Kosten der Behandlung finanziert werden.

2.1.2.4 Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

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

Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 2 SGB V

Diese Vereinbarung wurde nach § 115d Absatz 2 SGB V durch die Selbstverwaltungspartner im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen und ist am 01.08.2017 in Kraft getreten. Sie ist im Kontext der Einzelfallprüfung eine Besonderheit, da die Erfüllung der Voraussetzungen der Vereinbarung neben der Prüfung der Mindestmerkmale im OPS mit geprüft werden muss. Hier sind es insbesondere die in § 11 der Vereinbarung festgeschriebenen Anforderungen an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, die für die Begutachtung klare Rahmenbedingungen schaffen. Durch den Vereinbarungscharakter erhält das Dokument eine Verbindlichkeit, die sich in der Bewertung der Dokumentation in Patientenakten als vorteilhaft erweist.

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

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

2.1.2.5 Tagesstationäre Behandlung nach § 115e SGB V

Wie die vom Gesetzgeber vorgesehene tagesstationäre Behandlung ggf. durch die Medizinischen Dienste geprüft wird, ist weiterhin unklar. Sobald sich eine Relevanz im Prüfungsgeschehen ergibt, werden die Medizinischen Dienste Informationen bereitstellen.

2.1.2.6 Spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V

Die vom Gesetzgeber vorgesehene sektorengleiche Vergütung über sog. „Hybrid-DRG“ besitzt im aktuellen Prüfungsgeschehen durch den MD noch keine Relevanz.

Sobald sich eine Relevanz im Prüfungsgeschehen ergibt, werden die Medizinischen Dienste Informationen bereitstellen.

2.1.2.7 Vereinbarung zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV)

In § 17c Abs. 2 KHG ist festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Einzelfallprüfungen) regeln. Die Vereinbarung gilt für die Bereiche der §§ 17b und 17d gleichermaßen.

Die Vereinbarung ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Vereinbarung regelt außerdem das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.

Wesentliche Eckpunkte der ab 01.01.2022 gültigen Fassung: 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 sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen. Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. Er ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist abzuschließen. Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern.

Beabsichtigt die Krankenkasse nach dem Vorverfahren die Beauftragung des MD, nimmt sie diese spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens vor. Beabsichtigt die Krankenkasse die direkte Beauftragung des MD, nimmt sie diese innerhalb der o. g. 4-Monats-Frist vor.

Erfolgt eine Beauftragung, zeigt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus unverzüglich die Einleitung des Prüfverfahrens und die mitgeteilten Auffälligkeiten an, die ggf. zu konkretisieren sind. Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen ab der Beauftragung zugegangen sein. Eine Beschränkung der Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht für den Medizinischen Dienst nicht.

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. Es besteht für die Krankenhäuser zusätzlich die Möglichkeit, eine Verlängerung um 3 Wochen gegen Entrichtung einer Pauschale von 300,- EUR an die Kasse zu erwirken.

Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes bei Prüfung im schriftlichen Verfahren ist nach Bestätigung durch die Krankenkasse vom Medizinischen Dienst dem Krankenhaus im laufenden Prüfverfahren und vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen. Bei einer erneuten Unterlagenanforderung durch den Medizinischen Dienst oder einer Ergänzung durch das Krankenhaus in diesem Zusammenhang müssen die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Benennung an den Medizinischen Dienst übermittelt und diesem zugegangen sein. Die gesamte Prüffrist verlängert sich entsprechend um einen Monat.

Die abschließende Entscheidung der Kasse ggf. mit Rückerstattungsanspruch und Mitteilung der wesentlichen Gründe hat innerhalb von 9 Monaten nach Anzeige der Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. Das Krankenhaus kann gleichzeitig

mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten. Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens mit. Ein durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet. Falls nicht, hat die Ablehnung ebenfalls innerhalb von 6 Wochen zu erfolgen und das EV gilt damit als eingeleitet. Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach genannter Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen.

Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des Falles, einschließlich aller der vom Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. Führt das EV zu einer Einigung, ist das EV beendet. Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren. Das EV kann neben dem Fall einer Einigung auch jederzeit im Einvernehmen beendet werden. Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Weiter führt die PrüfvV aus, wann Korrekturen der Abrechnung durch das Krankenhaus grundsätzlich möglich sind:

- Zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern,
- zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung,
- zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils,
- im Falle einer vorzunehmenden Fallzusammenführung, nachdem sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren, im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens oder anderweitig geeinigt haben,
- nach Ablauf der Frist nach der Leistungsentscheidung, wenn das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht bestritten hat,
- zur Berücksichtigung eines Verlegungsabschlages,
- zur nachträglichen Änderung der Zuzahlungsverpflichtung sowie
- zur Berücksichtigung einer nachträglichen Veränderung des Pflegegrades.

Zur Aufrechnung ist festgelegt, dass die Krankenkasse lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann.

Im Hinblick auf mögliche Überschneidungen mit Landesverträgen nach § 112 SGB V (siehe 2.1.2.7) wird festgelegt, dass die in der PrüfvV getroffenen Regelungen verbindlich in allen Bundesländern gelten, unabhängig davon, ob in einem Bundesland ein Landesvertrag zur Regelung der Durchführung einer Einzelfallprüfung existiert. In einem solchen Landesvertrag können lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

2.1.2.8 Landesverträge nach § 112 SGB V

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

Die darin enthaltenen Regelungen sind zu berücksichtigen, sofern sie nicht höherrangigem Recht widersprechen. Die Kenntnis der jeweiligen Landesverträge (so vorhanden) kann für die gutachterliche Tätigkeit – insbesondere im Hinblick auf Festlegungen in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern – hilfreich sein.

2.2 aG-DRG-System

2.2.1 Aufbau

Aufgrund des angelsächsischen Ursprungs des Systems nennt man die Hauptdiagnosegruppen MDC (Major Diagnostic Categories) und die diagnosebezogene Fallgruppierung DRG (Diagnosis Related Groups). Das deutsche Fallpauschalensystem gliedert sich in 23 Hauptdiagnosegruppen MDC, eine Prä-MDC für besonders teure Behandlungsfälle sowie in die sonstigen DRG und so genannte Fehler-DRG für nicht regulär zuzuordnende Behandlungsfälle.

Jede DRG wird durch einen vierstelligen alpha-numerischen Kode abgebildet. Die DRG jeder Hauptdiagnosegruppe sind jeweils mit demselben Buchstaben aus dem fortlaufenden Alphabet gekennzeichnet, die sonstigen DRG sind an der Anfangs-Ziffer 8 und die Fehler-DRG an der 9 zu erkennen. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer konkreten Behandlungsgruppe nimmt ein zertifiziertes Computerprogramm („der Grouper“) anhand verschiedener Parameter vor. Die wichtigsten sind Haupt- und Nebendiagnosen sowie ggf. Prozeduren. Weitere Kriterien wie z. B. Beatmungsdauer, Alter und Aufnahmegewicht können eine Rolle spielen.

Innerhalb jeder MDC werden die DRG in so genannte Partitionen eingeteilt. In Verbindung mit Operationen, die üblicherweise in einem Operationssaal erfolgen (OR-Prozeduren), werden die DRG in die „operative Partition“ eingeteilt, die mit den fortlaufenden Ziffern 01 bis 39 gekennzeichnet sind.

Andere Prozeduren, die normalerweise nicht in einem Operationssaal erbracht werden, z. B. invasive diagnostische Maßnahmen (NonOR-Prozeduren) führen in die „andere Partition“, deren DRG mit den fortlaufenden Ziffern 40 bis 59 gekennzeichnet sind.

Konservative Behandlungen ohne signifikante Prozeduren tragen die fortlaufenden Ziffern 60 bis 99 und stellen die „medizinische Partition“ dar.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems kam es in einzelnen MDC zu Abweichungen von der beschriebenen Partitionszuordnung. In den MDC 05 und MDC 08 sind z. B. Basis-DRG mit höheren Ziffern der operativen Partition zugeordnet (z. B. F50 bis F59 oder I43 bis I59).

Die unterschiedlichen Partitionen werden im Fallpauschalenkatalog für jede DRG ausgewiesen (O, A oder M) und sind insbesondere für Fragen der Fallzusammenführung relevant.

Die ersten 3 Zeichen ergeben die sog. Basis-DRG (also z. B. E64).

Die 4. Stelle unterteilt die Basis-DRG noch in Schweregrade. Die Schweregradstufen sind an den Buchstaben A bis I zu erkennen. Buchstabe A stellt den höchsten Ressourcenverbrauch dar (zur Bezeichnung einer DRG siehe Abbildung). Falls die DRG keine Differenzierung aufweist, erhält sie den Buchstaben Z an der vierten Stelle. Die Differenzierungen sind abhängig von den jährlichen Kalkulationen. Dabei können sich jeweils die so genannten Splitkriterien ändern bzw. neue hinzukommen.

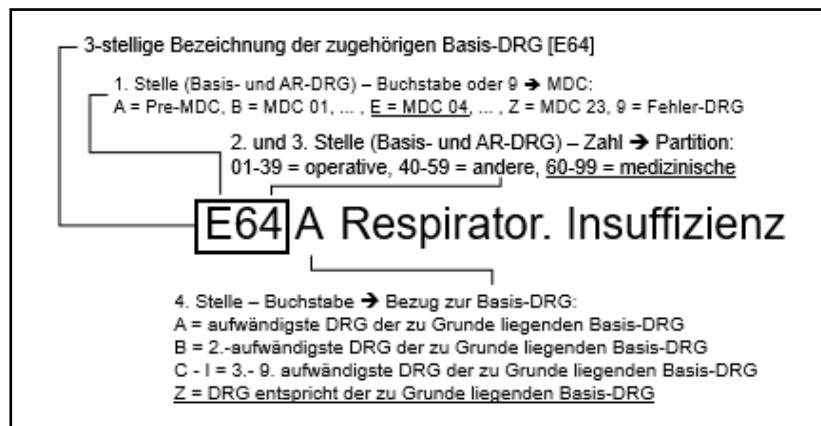


Abb.: Struktur einer DRG

2.2.2 Kodierung im aG-DRG-System

In einem Entgeltsystem, das Leistungen pauschal vergütet, d. h. in dem vergleichbare Krankenhausfälle einer DRG zugeordnet werden, muss sichergestellt sein, dass Krankenhausfälle mit gleichem Leistungsinhalt auch im Hinblick auf ihr Krankheits- und Leistungsspektrum einheitlich zugeordnet (verschlüsselt) werden. Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen (ICD-10 GM und OPS) müssen auch in schwierigen Fällen einheitlich angewendet werden. Nur so sind eine sachgerechte Kalkulation und eine einheitliche DRG-Zuordnung möglich. Dazu wurden von den Partnern der Selbstverwaltung (GKV, PKV und DKG) Kodierrichtlinien entwickelt, die jährlich überarbeitet werden.

Ausführungen zu den Regelwerken finden sich im Abschnitt 2.4.

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

Das DRG-System basiert auf der Grundidee, alle medizinischen Leistungen in eine überschaubare Anzahl von diagnosen- und prozedurenbasierten Klassen einzuteilen, die sich anhand ihres klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches definieren bzw. sich dadurch unterscheiden lassen. Anhand dieser Kategorisierung des Ressourcenverbrauches im Medizinbetrieb soll eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen geschaffen werden.

Um dies leisten zu können sind verschiedene Schritte notwendig:

Zuerst muss der klinische Inhalt, also der eigentliche medizinische Sachverhalt, klassifiziert und systematisiert werden. Das geschieht, was Diagnosen betrifft, über die aktuelle Fassung der ICD-10-GM, während diagnostische und therapeutische Leistungen über den jeweils gültigen OPS abgebildet werden. Eine stationäre Behandlungsepisode lässt sich aber bezüglich ihres klinischen Inhaltes und ihres Ressourcenverbrauches nur vollständig und nachvollziehbar definieren, wenn die Einzelinformationen, also die ICD-10- und OPS-Daten, in eine Beziehung zueinander gesetzt werden.

Hier erscheint der Vergleich mit dem Aufbau einer Sprache durchaus gerechtfertigt.

Wenn die alphanumerischen Codes der ICD-10 und des OPS dem Wortschatz einer Sprache entsprechen, so erschließt sich der Sinn dieser Sprache, also die Informationsvermittlung, erst, wenn diese Worte in einen logischen Kontext gesetzt werden. Dies geschieht in der Sprache durch die Grammatik. In Analogie ist dies die Funktion der Deutschen Kodierrichtlinien, die letztendlich regeln, welche ICD-10- und OPS-Daten in welcher Weise in den Gruppierungsprozess eingegeben werden können bzw. dürfen und in welcher Beziehung sie zueinanderstehen. Damit erst ist die vollständige Information gegeben, die der Grouper, also die eigentliche Fallpauschalenzuordnungs-Software, benötigt, um eine stationäre Behandlungsepisode einer Fallpauschale zuordnen zu können.

2.3 PEPP-System

2.3.1 Aufbau

Der Entgeltkatalog bildet voll- und teilstationäre und stationsäquivalente Krankenhausleistungen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen ab. Die Bewertungsrelationen werden bundeseinheitlich als Relativgewichte definiert. Im PEPP-System wird jeder Tag nach einer einheitlichen Bewertungsrelation vergütet. Der Entlassungstag wird in die Abrechnung mit einbezogen.

Die Zusatzentgelte im PEPP-System werden mit ZP abgekürzt. Die ZP dienen der Vergütung besonderer Leistungen, die ansonsten nicht sachgerecht abgebildet werden können. Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelten. Diese sind in den Anlagen 3 und 4 des PEPP-Entgeltkatalogs aufgeführt.

Nachfolgende psychiatriespezifische Zusatzentgelte sind kodierbar:

Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (ZP73), repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) (ZP75), Gabe von Paliperidon, parenteral (ZP2025-26). Neben den Zusatzentgelten gibt es im PEPP System das

Vergütungselement der Ergänzenden Tagesentgelte (ET). Erhöhte und im Verlauf wechselnde Behandlungsaufwände werden dadurch unabhängig von der jeweiligen PEPP extra vergütet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei Krankenhausbehandlung im Sinne einer stationsäquivalenten Leistung werden die Fälle auf Grund des Aufnahmegrundes StäB und der Kodierung der OPS aus 9-801 bzw. 9-701 in die Strukturkategorie der stationsäquivalenten Behandlung (QK-Strukturkategorie *Stationsäquivalente Behandlung KJP*) und QA (Strukturkategorie *Stationsäquivalente Behandlung Erwachsene*) gruppiert.

2.3.2 Kodierung im PEPP-System

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

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

Eine weitere Differenzierung stellt die Unterteilung nach der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten pro Woche durch die Abrechnung der Zusatzkodes 9-649ff (Erwachsene) und 9-696ff (Kinder- und Jugendliche) dar. Bei diesen Codes wird zusätzlich unterschieden, von welcher Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen oder Spezialtherapeuten) die Therapieeinheiten erbracht wurden.

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

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

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

2.4 Regelwerke für die Kodierung und Begutachtung

2.4.1 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR) und Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie und Psychosomatik

Ein verbindliches Regelwerk für die Verschlüsselung von Krankenhausfällen sind die Deutschen Kodierrichtlinien und die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen die Zuordnung vergleichbarer Leistungen zu demselben Entgelt, indem mit ihrer Hilfe Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden.

Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 bzw. des OPS und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang. Es erfolgt eine jährliche Überarbeitung der allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien mit abschließender Verabschiedung durch die Selbstverwaltungspartner.

DKR

Die Deutschen Kodierrichtlinien gliedern sich wie folgt:

Zuerst werden die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten beschrieben, danach die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren und abschließend die Speziellen Kodierrichtlinien.

Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten definieren allgemeine und Grundvoraussetzungen zur richtigen Kodierung nach der ICD-10-GM, um dann die Grundregeln der Kodierlogik zu vermitteln. Der gleiche Aufbau findet sich entsprechend bei der Vorstellung der Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren.

Der Erkenntnis Rechnung tragend, dass ein relevanter Anteil medizinischer Sachverhalte nicht adäquat über wenige Grundregeln abgebildet werden kann, erfolgt im speziellen Teil die Anweisung zur Kodierung spezifischer Sachverhalte. Hier handelt es sich einerseits um Sachverhalte, die einer weiteren Präzisierung im Detail über die Grundregeln hinaus bedürfen, zum anderen um Sachverhalte, die nachvollziehbar begründete Ausnahmen von den Grundregeln darstellen. Deshalb haben auch spezielle Kodierrichtlinien Vorrang vor allgemeinen Kodierrichtlinien, da es nur so möglich ist, spezifische Sachverhalte und Ausnahmetatbestände gezielt kodieren zu können.

DKR Psych

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

Die DKR-Psych enthalten im Gegensatz zu den DKR bisher nur Allgemeine Kodierrichtlinien, die sich in folgende Teile gliedern:

- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

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

2.4.2 Schlichtungsausschuss Bund

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 01.01.2020 wurden die Inhalte des ehemals im § 17c Abs. 3 KHG verankerten Schlichtungsausschusses auf Bundesebene in den § 19 KHG neu „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ verschoben. Nach der Gesetzesbegründung war zur „Professionalisierung und Verstetigung der erforderlichen Entscheidungsfindungsprozesse“ eine Geschäftsstelle für den Schlichtungsausschuss einzurichten. Sie wird von der InEK GmbH geführt und hat ihre umfassenden Aufgaben im Jahr 2020 aufgenommen. Der Schlichtungsausschuss kann seit 2020 zur verbindlichen Klärung einer Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung angerufen werden. Die Entscheidungen sind innerhalb von acht Wochen nach Anrufung des Ausschusses zu treffen.

Der Schlichtungsausschuss hat bis Ende 2020 die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) strittigen Kodierempfehlungen geklärt. Diese Entscheidungen sind für Krankenkassen, Medizinische Dienste und Krankenhäuser gleichermaßen verbindlich. Sie gelten als Kodierregeln und wurden ab dem Jahr 2021 in die Regelwerke aufgenommen. Sie sind entweder an der thematisch passenden Textstelle in den Kapiteln oder im Anhang C zu den Deutschen Kodierrichtlinien zitiert. Informationen zum Schlichtungsausschuss, wie z. B. Zusammensetzung, Geschäftsordnung, Antragstellung, Liste der Schlichtungsverfahren und Entscheidungen sind auf den Seiten der InEK GmbH im Internet einsehbar. Über die Schlichtung hinaus ist den Parteien der Sozialrechtsweg ohne aufschiebende Wirkung offen.

2.4.3 ICD-10-GM-Klassifikation

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

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

Beauftragt mit der Adaptation an die deutsche Situation und der laufenden Aktualisierung war das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Das DIMDI ist im Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgegangen.

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

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

Strukturiert ist die ICD-10 in 22 Kapitel, die sich vorwiegend nach ätiologischen, topographischen und morphologischen sowie altersbezogenen Klassifikationsprinzipien aufbauen.

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

Sonderzeichen liefern zusätzliche Informationen. Wie wichtig die Beachtung dieser formalen Vereinbarungen für die korrekte Umsetzung des Fallpauschalensystems ist, zeigt die Ausführlichkeit der DKR D013c „Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen“.

Die Verschlüsselung der psychiatrischen Diagnosen befindet sich im Kapitel V (F00 – F99 Psychische und Verhaltensstörungen). Andere, nicht amtliche Spezialausgaben der ICD-10, so z. B. die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ von Dilling et al. für das „Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen“, sind für die Kodierung im Entgeltsystem als nicht verbindlich anzusehen. Sie sind als Arbeitshilfen für den klinischen Gebrauch bestimmt.

2.4.4 OPS- Klassifikation

Der OPS ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel. Er soll im Rahmen des DRG-Systems die Möglichkeit zur differenzierten Verschlüsselung von Prozeduren unterstützen. Herausgegeben wird auch dieses Werk vom BfArM (vormals DIMDI) im Auftrag des BMG. Ziel ist die systematische Ordnung von diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen in der Medizin. Diese sollen umfassend und eindeutig abgebildet werden. Dazu dient eine vorwiegend numerische, teils auch alphanumerische Gliederungsstruktur mit bis zu 6 Stellen. Diese Struktur ist hierarchisch aufgebaut. Inklusiva, Exklusiva und Hinweise tragen zur Präzisierung bei, ebenso Sonderzeichen. Wie wichtig die Beachtung dieser formalen Vereinbarungen für die korrekte Umsetzung des Fallpauschalensystems ist, zeigt die Ausführlichkeit der DKR P003d „Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS“.

Das Werk gliedert sich in 6 Kapitel: Diagnostische Maßnahmen (1-), Bildgebende Diagnostik (3-), Operationen (5-), Medikamente (6-), Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen (8-) und Ergänzende Maßnahmen (9-). Darunter finden sich Bereichsüberschriften (Gruppen), es folgen bis zu 4 weitere Hierarchieebenen, die aber nicht alle besetzt sein müssen. Die Schlüssel folgen dabei keiner fachbezogenen, sondern einer topographisch-anatomischen Gliederung. Wichtige Zusatzinformationen (z. B. bestimmte OP-Techniken, Reoperationen) besitzen eigene Schlüssel.

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

2.4.5 SEG 4-Kodierempfehlungen

Bei der Verschlüsselung von Krankenhausfällen sind die DKR und die DKR Psych bindend. Nicht selten bestehen jedoch Unklarheiten oder Interpretationsspielräume. Im Auftrag der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste wurde daher eine länderübergreifende Datenbank mit Kodierempfehlungen implementiert mit dem Ziel, eine bundesweit einheitliche Kodierung sicherzustellen sowie durch die Veröffentlichung eine Transparenz bezüglich der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes und somit Verfahrenssicherheit gegenüber den Krankenhäusern und Krankenkassen zu schaffen. Die Kodierempfehlungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste dar.

Die zwischen der SEG 4 und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) bis zum 31.12.2019 strittigen Kodierempfehlungen wurden vom „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ (siehe § 19 KHG) bis Ende 2020 geklärt. Seine Entscheidungen gelten als Kodierregeln und sind für Krankenkassen, Medizinische Dienste und Krankenhäuser gleichermaßen verbindlich. Diese gelten ausschließlich für die geschilderten Einzelfallkonstellationen und stellen keine

generellen Regelungen dar. Ab dem Jahr 2021 sind die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bestandteil der Deutschen Kodierrichtlinien.

Die Kodierempfehlungen werden regelmäßig durch die Sozialmedizinische Expertengruppe der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) erweitert und aktualisiert. Die Erstellung von PEPP-Kodierempfehlungen erfolgt in Kooperation mit dem Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP). Die Veröffentlichung erfolgt über den Medizinischen Dienst Bund.

2.4.6 aG-DRG und PEPP-Definitionshandbücher

Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs, PEPP) stellen ein Patientenklassifikationssystem dar, mit dem sich stationäre Behandlungsepisoden von Patienten in Kategorien einteilen und somit messen lassen. Um diese Einteilung vornehmen zu können, müssen Algorithmen vorgegeben werden, die, ausgehend von einem bestimmten Datensatz, jeden bestimmten Behandlungsfall eindeutig einer Fallgruppe zuordnen. Aufgrund des angelsächsischen Ursprungs des Systems nennt man dieses Eingruppieren Grouping, der Prüfalgorithmus, bzw. die entsprechende Software wird als Grouper bezeichnet.

Der Prozess der Zuordnung von Behandlungsfällen anhand von Diagnosen, Prozeduren und weiteren Daten zu Fallpauschalen und die logischen Definitionen der Fallpauschalen werden in den aG-DRG-Definitionshandbüchern anhand von Ablaufdiagrammen und Tabellen beschrieben. Über die Erläuterung der Zuordnungsprinzipien gelangt man zum Verständnis, auf welche Weise bestimmte Datensätze bestimmten DRGs zugeordnet werden.

Gruppierungslogik, Gruppierungsregeln und Hinweise zur Anwendung des Definitionshandbuchs werden in der Einleitung der Definitionshandbücher ausführlich erläutert. Im Weiteren werden dann in Band I bis Band IV für alle Hauptdiagnosegruppen die jeweilige Entscheidungslogik in einem Ablaufdiagramm sowie die jede Basis-DRG definierenden Diagnosen und Prozeduren dargestellt.

In Band V finden sich ein Diagnosekode-Index, ein Prozedurenkode-Index, detaillierte Anweisungen zur Berechnung von CCL- und PCCL-Werten sowie Ausführungen zu Plausibilitätsprüfungen.

Die Definitionshandbücher für DRG und PEPP werden regelmäßig durch das InEK aktualisiert.

2.5 Rechtsprechung

Alle o. g. Gesetze und Vereinbarungen lassen naturgemäß Interpretations- und Gestaltungsspielräume offen. Dissente Auslegungen führen zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die inhaltliche Konkretisierung vieler gesetzlicher Vorgaben erfolgt auf dem Weg über die Rechtsprechung. Somit ist für die Gutachterin / den Gutachter in der Einzelfallprüfung von Krankenhausleistungen die Kenntnis ausgewählter höchstrichterlicher Urteile, denen grundsätzliche Bedeutung zukommt, relevant.

Die Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland umfasst drei Stufen:

- Sozialgericht (SG, erste Instanz),

- Landessozialgericht (LSG, Berufungs- und Beschwerdeinstanz),
- Bundessozialgericht (BSG, Revisions- und Rechtsbeschwerdeinstanz).

Ein Urteil der ersten Instanz kann durch Einlegung des Rechtsmittels einer Berufung durch ein übergeordnetes Gericht überprüft werden. Die Berufung überprüft das Ausgangsurteil nicht nur in rechtlicher, sondern auch in tatsächlicher Hinsicht, das Berufungsgericht muss somit gegebenenfalls eine Beweisaufnahme wiederholen und eigene Tatsachenfeststellungen treffen.

Dagegen entscheidet das Bundessozialgericht als Revisionsgericht nur über Rechtsfragen, es kann also zum Beispiel keine Zeugen vernehmen oder weitere Beweise erheben. Das Bundessozialgericht ist an die von einer Vorinstanz getroffenen tatsächlichen Feststellungen gebunden. Kann der Fall auf Grund der dem Bundessozialgericht zur Verfügung stehenden tatsächlichen Feststellungen nicht entschieden werden, muss der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

Der Zugang zur Revisionsinstanz ist eröffnet, wenn das Landessozialgericht die Revision in seinem Urteil zulässt oder in den eher seltenen Fällen der sogenannten Sprungrevision, in denen das Sozialgericht die Revision zulässt. Erfolgt eine Zulassung durch das Gericht nicht, können sich die Beteiligten gegen die Nichtzulassung mit einer Beschwerde an das Bundessozialgericht wenden (Nichtzulassungsbeschwerde). Das Bundessozialgericht entscheidet über die Beschwerde durch Beschluss.

Eine Revision wird zugelassen, wenn einer der folgenden Gründe vorliegt:

- Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung, das heißt, sie wirft ungeklärte Rechtsfragen auf und ist über den Einzelfall hinaus von allgemeinem Interesse.
- Das Urteil der Vorinstanz weicht von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts ab.
- Es werden bestimmte Verfahrensmängel geltend gemacht, auf denen die Entscheidung des Landessozialgerichts beruht.

Der Große Senat des Bundessozialgerichts entscheidet, wenn in einer Rechtsfrage ein Senat von der Entscheidung eines anderen Senats oder des Großen Senats abweichen will oder wenn in einer Frage von grundsätzlicher Bedeutung ein Senat den Großen Senat anruft, weil nach seiner Auffassung die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung dies erfordert.

Wie die anderen obersten Gerichtshöfe des Bundes entscheidet in gleicher Weise das Bundessozialgericht zwar unmittelbar nur über Einzelfälle; zu seinen Aufgaben gehört aber auch die Rechtsfortbildung vor allem in Musterprozessen, deren Ergebnisse in der Regel für die Sozialleistungsträger und die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit richtungweisend sind.

Für die Gutachterinnen und Gutachter relevant sind dabei vor allem medizinische Aspekte, häufig betreffen Entscheidungen des Bundessozialgerichtes aber das Binnenverhältnis von Krankenkasse und Krankenhaus. Entscheidungen von Sozial- und Landessozialgerichten sind Einzelfallentscheidungen, deren Inhalte nicht verallgemeinert und nicht gedanklich auf andere – ähnlich gelagerte – Einzelfälle übertragen werden dürfen. Hinzu kommt, dass Urteile von Sozial- und Landessozialgerichten von der unterlegenen Partei häufig durch Berufung, Revision oder Beschwerde vor der nächsthöheren Instanz angefochten werden und diese Urteile somit nicht rechtskräftig sind.

Die bei den Gerichten eingehenden Klagen und die Urteile werden mit einem Aktenzeichen versehen. Die zugrundeliegende Systematik sei an folgendem BSG-Urteil kurz erklärt:

B 1 KR 10/22 R

Der erste Buchstabe bezeichnet die Instanz (S, L oder B), die erste Zahl den urteilenden Senat (bei Sozialgerichten die Kammer), die nächsten Buchstaben kennzeichnen das Sachgebiet des Falles (KR= Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung) und die folgenden Ziffern den Klageeingang beim jeweiligen Gericht („10 aus 2022“). Das „R“ am Ende kennzeichnet ein Revisionsverfahren.

Unter den Internetadressen www.bundessozialgericht.de, und www.sozialgerichtsbarkeit.de finden sich weiterführende Informationen zur Sozialgerichtsbarkeit und sind viele Urteile zu Fragen der Krankenhausbehandlung mit Suchfunktion abrufbar.

Nach dem MDK-Reformgesetz ist ab dem 01.01.2020 eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur möglich, wenn vor der Klageerhebung eine Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur Rechtmäßigkeit der Abrechnung stattgefunden hat. Die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG ist am 01.01.2022 in Kraft getreten und gilt zur Überprüfung von Krankenhausaufenthalten, die seit dem 01.01.2022 im Krankenhaus aufgenommen worden sind.

3 Gutachten

3.1 Gutachten nach Aktenlage und im digitalen Kontext

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

3.1.1 Auftragsannahme und -prüfung

Voraussetzungen für eine Einzelfallbegutachtung sind:

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

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

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

Unter Berücksichtigung der Fragestellung(en) des Prüfauftrages erfolgen durch den MD beim Krankenhaus die Prüfanzeige nach § 6 Abs. 2 der PrüfvV gemäß § 17c Abs. 2 KHG für Aufträge nach § 275c in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und die spezifische Anforderung/Bereitstellung der für den Einzelfall notwendigen Unterlagen. Die Grundlage für die obligate elektronische Unterlagenanforderung durch den MD und die entsprechende Unterlagenbereitstellung durch die Krankenhäuser stellt die sog. Elektronische-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung (eVV) dar. Dort sind bestimmte Standards („IHE“) definiert. Prüfauftrag, Prüfanlass, Prüfgegenstand und das Datum der Beauftragung sowie ggf. weitere Angaben der GKV werden dem Krankenhaus mitgeteilt. Abweichende landesspezifische Regelungen zur Befundanforderung, zur Mitteilung des

Prüfanlasses, des Prüfgegenstandes und weiterer Angaben der GKV sowie zur Ergebnismitteilung sind ggf. zu berücksichtigen und datenschutzrechtliche Bestimmungen zu beachten.

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, gilt die aktuelle Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV).

3.1.2 Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen

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

Die Begutachtung hat nach den Qualitätskriterien der Produkt-Definition eines sozialmedizinischen Gutachtens) zu erfolgen (siehe MD-Produktkatalog). Aktualisierungen sind zu beachten.

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

Zusätzlich zu den nachfolgend dargestellten Hauptfragestellungen können Begutachtungsaufträge spezifische Fragen zu im Krankenhaus angewendeten Methoden und Arzneimitteltherapien beinhalten.

Vorbemerkung:

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

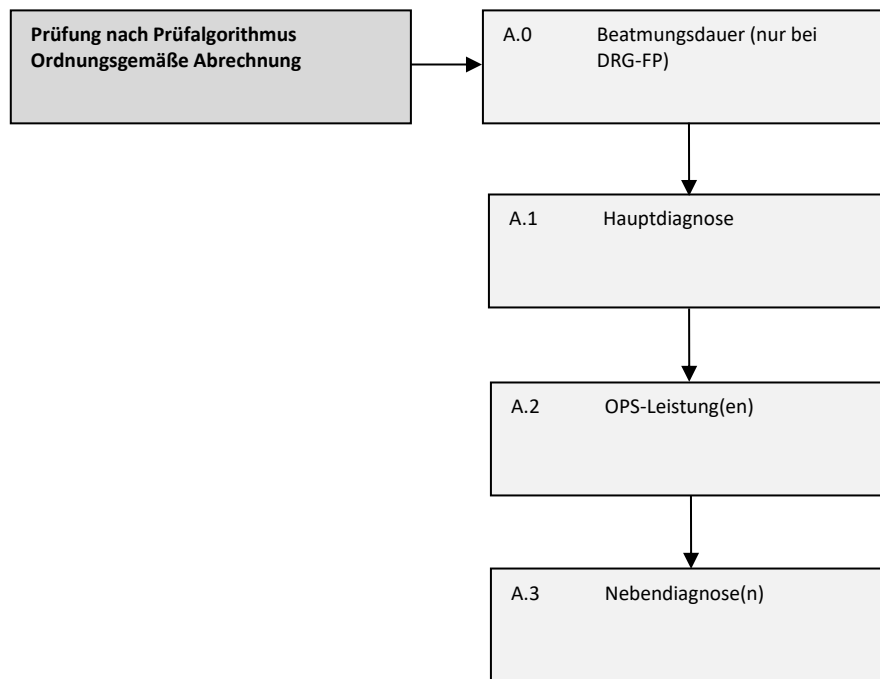
Grundsätzlich sollen bei der Einzelfallbegutachtung im Krankenhaus alle von den Krankenkassen gestellten Fragen beantwortet werden und zu allen von der Krankenkasse angefragten (zur Prüfung markierten) OPS/ICD/ZE Stellung genommen werden. ICD/OPS, die in keinem Fall abrechnungsrelevant werden können, müssen nicht begutachtet werden.

Alle Mindestmerkmale eines OPS müssen vollständig geprüft werden. Das gilt auch dann, wenn nur einzelne Mindestmerkmale nicht erfüllt sind und deshalb der OPS insgesamt nicht bestätigt werden kann.

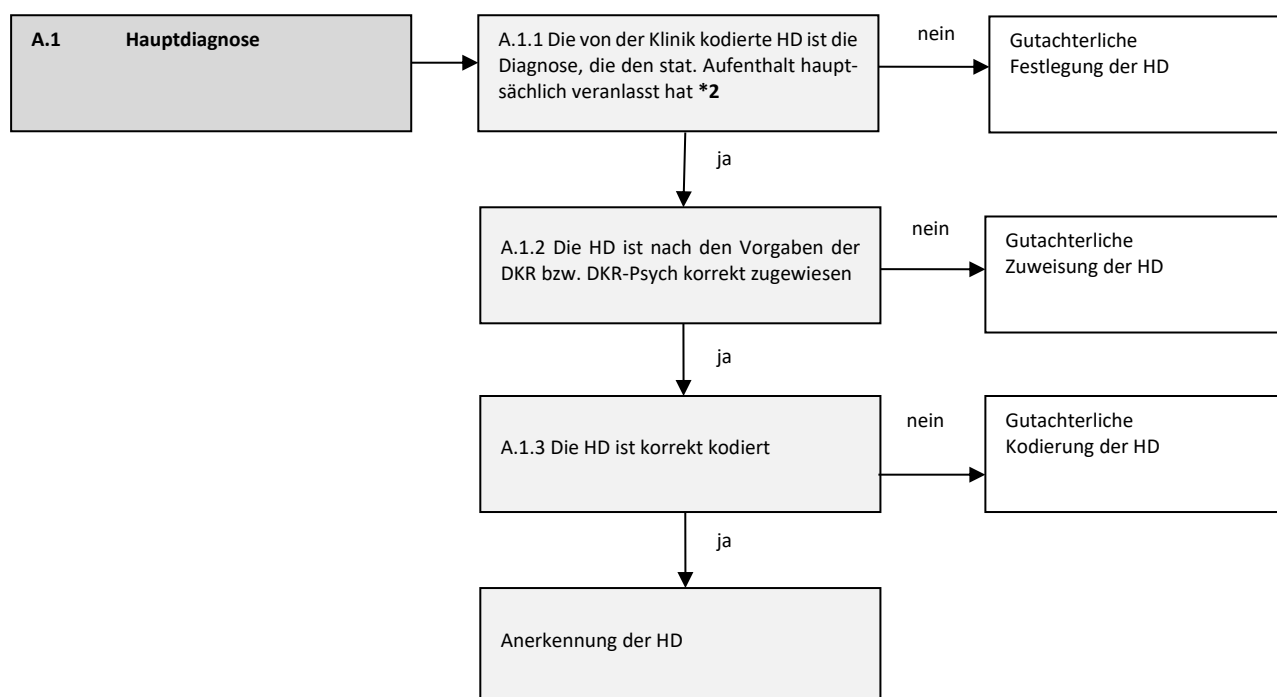
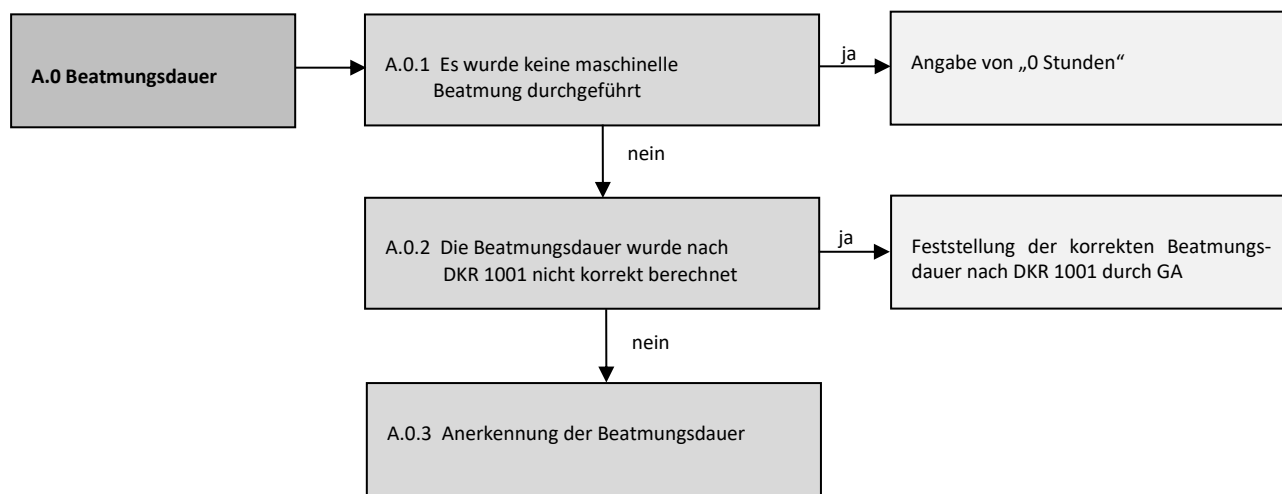
Bei einer nicht nachvollziehbaren und in keiner Konstellation DRG-relevanten Anfrage von ICD, OPS, ZE kann von diesem Vorgehen abgewichen werden.

Grundsätzlich ist für alle Fragen zur ordnungsgemäßen Abrechnung die korrekte Eingabe folgender Daten aufgrund potenzieller Grouperrelevanz für die Prüfalgorithmen zu beachten: IK des Krankenhauses (bei PEPP), Fachabteilungsschlüssel (bei PEPP), Geschlecht, Alter, Aufnahme- und Entlassdatum, Tage ohne Berechnung (TOB), Abteilungsverlauf, Aufnahmegewicht bei Kindern unter 1 Jahr (bei Somatik), Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund und Entlassgrund.

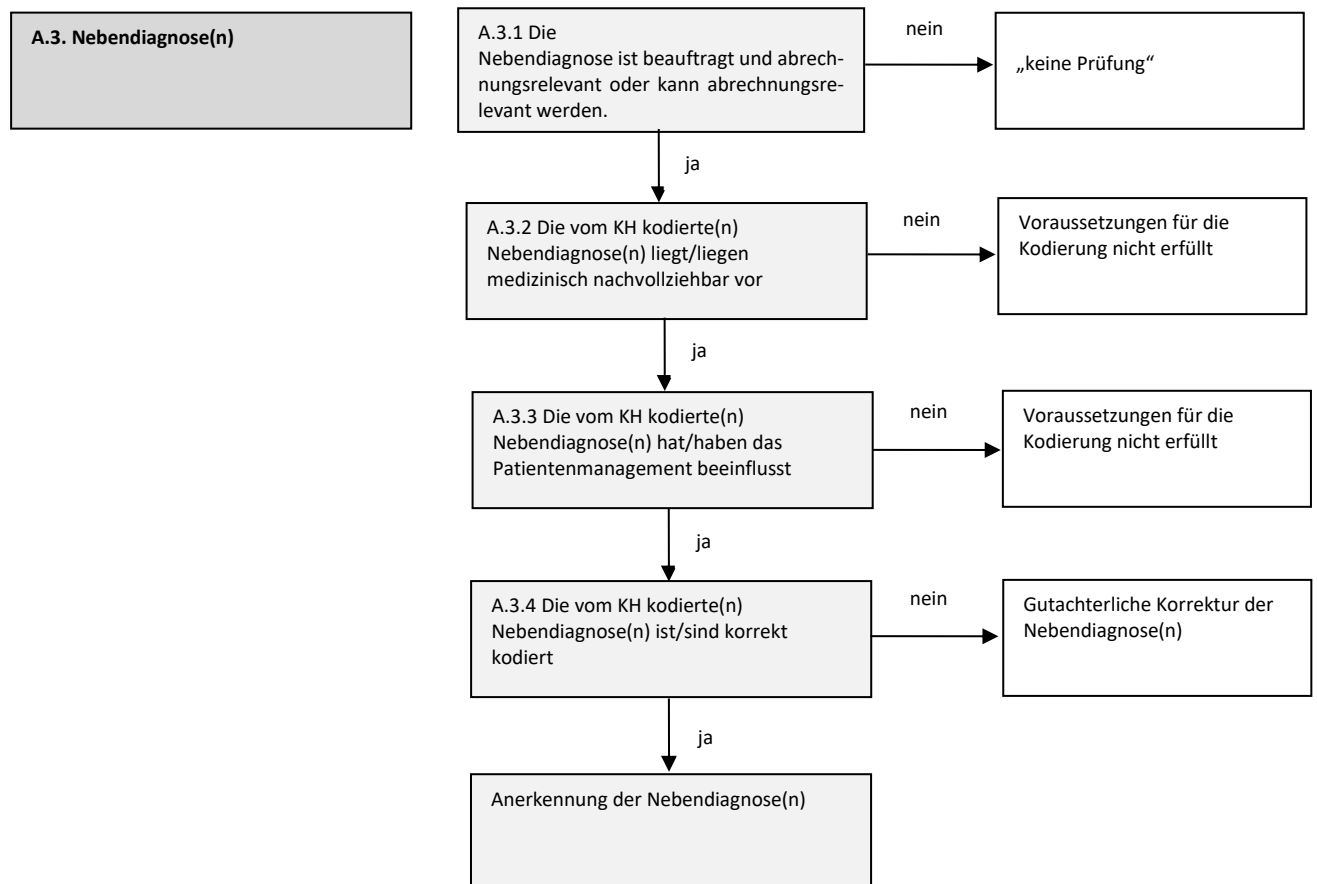
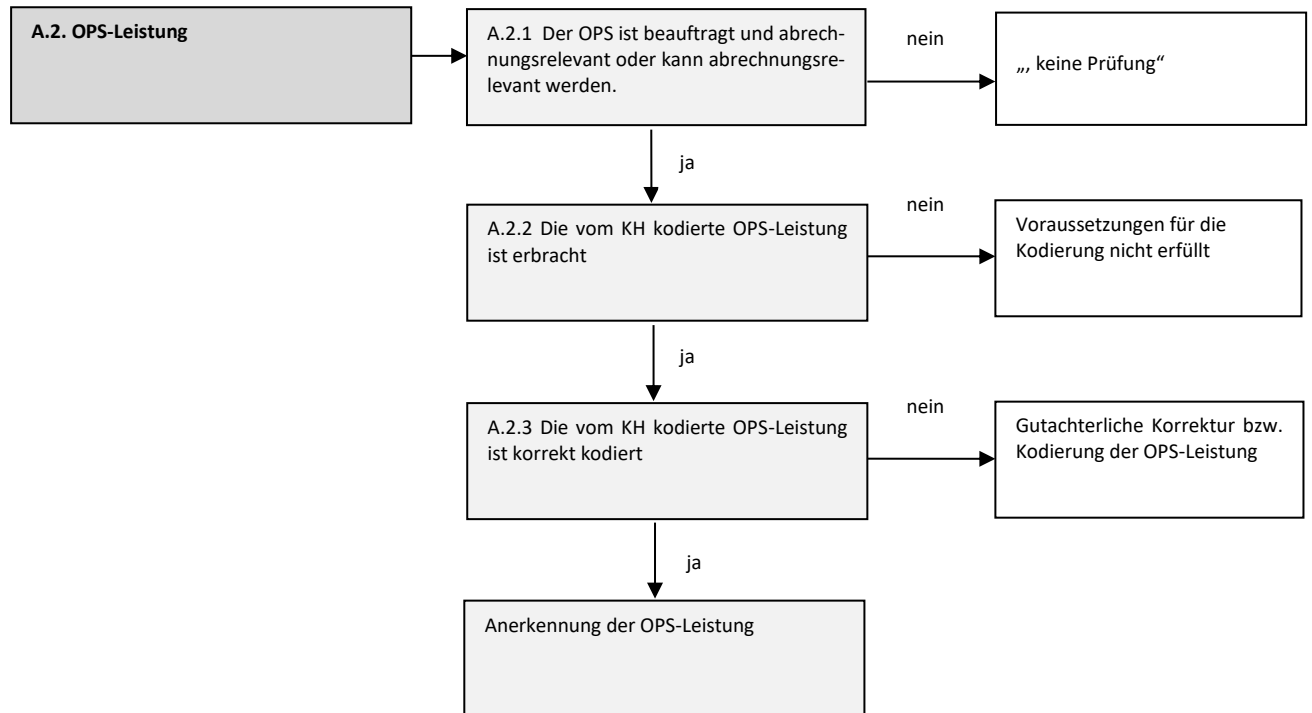
A. Prüfalgorithmus Ordnungsgemäße Abrechnung *1



*1 Bei Anfragen zu Teilaspekten der Abrechnung/Kodierung können auch nur einzelne Schritte der Prüfalgorithmen Anwendung finden. Werden sämtliche Fragen (Beatmungsdauer, HD, OPS, ND) zur Prüfung beauftragt, kann dieser Prüfalgorithmus als Hilfestellung dienen.



*2 Nach BSG-Urteil vom 29.08.2023 (Az. B1 KR 25/22 R) sind bei der Festlegung der Hauptdiagnose alle bei Aufnahme ins Krankenhaus objektiv vorliegenden Leiden, welche stationär behandlungsbedürftig waren, nach Analyse ex post entsprechend dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu berücksichtigen.



A. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung“

A.0 Prüfung der Beatmungsdauer

Hinweis:

Prüfgegenstand im Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung in der Somatik“

Die Dauer einer maschinellen Beatmung kann grundsätzlich angegeben werden, findet jedoch in keiner der Logiken des aktuellen PEPP-Systems Anwendung und ist damit dort kein Prüfgegenstand.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln und die Summe zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden.

Prüfung,

A.0.1 ob keine maschinelle Beatmung durchgeführt wurde

wenn ja – Angabe von „0 Stunden“

wenn nein –

A.0.2 ob die Beatmungsdauer nach den Vorgaben der DKR*7 nicht korrekt berechnet wurde.

wenn ja – Ermittlung bzw. Feststellung der korrekten Beatmungsdauer durch die Gutachterin/den Gutachter

wenn nein –

A.0.3 Anerkennung der Beatmungsdauer

A.1. Prüfung der Hauptdiagnose:

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

***2**

wenn nein – Gutachterliche Festlegung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

A.1.2 ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der DKR*7/DKR-Psych*7 bzw. bei Fallzusammenführungen unter Beachtung der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrische und Psychosomatische Einrichtungen (PEPPV)*7 korrekt zugewiesen ist

Hierbei sind zu beachten: Regelung für Symptom als Hauptdiagnose, Regelungen für Syndrome, Verdachtsdiagnose, konkurrierende Hauptdiagnosen, ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, Aufnahme zur Prozedur, wenn diese nicht durchgeführt wurde, Folgezustände und geplanter Folgeeingriff, Verlegung zwischen Abteilungen nach BPfIV und KHEntgG, Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus, Rückverlegungen und Vorgaben einer speziellen Kodierrichtlinie, Regelung der PEPPV zur Hauptdiagnose bei Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus. Regelung der Kodierung der HD bei Tumorleiden gemäß Schlichterspruch Regelung bei Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation (Kode aus T86.-).

wenn nein – korrekte Zuweisung bzw. Festlegung der Hauptdiagnose

wenn ja –

*2 Nach BSG-Urteil vom 29.08.2023 (Az. B1 KR 25/22 R) sind bei der Festlegung der Hauptdiagnose alle bei Aufnahme ins Krankenhaus objektiv vorliegenden Leiden, welche stationär behandlungsbedürftig waren, nach Analyse ex post entsprechend dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu berücksichtigen.

*7 in der für den Einzelfall gültigen Version

A.1.3 ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der ICD-10-GM*7 und der DKR*7/DKR-Psych*7 korrekt kodiert ist.

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

wenn nein – Gutachterliche Kodierung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der Gutachterlichen Bewertung

wenn ja – Anerkennung der Kodierung des Krankenhauses.

A.2. Prüfung der OPS-Leistung(en)

A.2.1 ob es sich bei der/den kodierten und von der Krankenkasse als zu prüfen markierten OPS-Leistung(en) um für die Ermittlung der DRG bzw. der PEPP maßgebliche bzw. abrechnungsrelevante Prozedur(en) handelt oder diese in bestimmten Konstellationen Abrechnungsrelevanz erhalten kann/können.

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

wenn ja –

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

Hinweis:

Die Besonderheiten bei der Ermittlung von Aufwandspunkten bei bestimmten OPS-Kodes, z. B. OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur), 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) im Hinblick auf die Intensiv-Scores TISS und SAPS II, 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, sind zu beachten.

wenn nein – Ausweisung der OPS-Leistung(en) als „Voraussetzungen für die Kodierung nicht erfüllt“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

A.2.3 ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) nach den Vorgaben der OPS*7 und der DKR*7/DKR-Psych*7 korrekt verschlüsselt (inclusive Datierung) ist/sind.

Hierbei sind zu beachten: monokausale Kodierung, Kombinationskodes, Mehrfachkodierung, Prozedur als eigenständige Maßnahme, gesonderte Kodierung eines Zugangs, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur; Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt, multiple/bilaterale Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit und Zahl, Wiedereröffnung eines Operationsgebietes (Reoperation), Angabe von Zusatzkennzeichen, Zusatzkodes, Zusatzinformationen, Regelung bei Organentnahme und Transplantation, Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie), Anästhesie, Regelung der Kodierung der Leistung bei Verbringung.

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

wenn ja – Anerkennung der kodierten OPS-Leistung

*2 Nach BSG-Urteil vom 29.08.2023 (Az. B1 KR 25/22 R) sind bei der Festlegung der Hauptdiagnose alle bei Aufnahme ins Krankenhaus objektiv vorliegenden Leiden, welche stationär behandlungsbedürftig waren, nach Analyse ex post entsprechend dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu berücksichtigen.

*7 in der für den Einzelfall gültigen Version

A.3. Prüfung der Nebendiagnose(n)

- A.3.1** ob die von der Krankenkasse als zu prüfen markierte(n) Nebendiagnose(n) abrechnungsrelevant ist/sind oder in bestimmten Konstellationen Abrechnungsrelevanz erhalten kann/können

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

wenn ja –

- A.3.2** ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) medizinisch nachvollziehbar vorliegt/vorliegen

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose durch Ausweisung „Voraussetzungen für die Kodierung nicht erfüllt“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- A.3.3** ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) das Patientenmanagement nach den Vorgaben der Nebendiagnosendefinition der DKR*7/DKR-Psych*7 beeinflusst hat/haben

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose(n), bei der/denen eine Beeinflussung des Patientenmanagements nicht plausibel ist durch Ausweisung „Voraussetzungen für die Kodierung nicht erfüllt“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- A.3.4** ob die Nebendiagnose(n) nach den Vorgaben der DKR*7/DKR-Psych.*7 und der ICD-10-GM*7 korrekt kodiert ist/sind.

Hierbei sind zu beachten: Kodierung so spezifisch wie möglich, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, Symptom als eindeutige und unmittelbare Folge der zugrunde liegenden Erkrankung, Symptom als eigenständiges Problem, abnorme Befunde, Verdachtsdiagnose, Kreuz-Stern-System, einschließlich Doppelklassifizierung nach dem Kreuz-Stern-System, Kombinationsschlüsselnummer, Doppelkodierung, Mehrfachkodierung, Kodierung der zugrunde liegenden Erkrankung bei Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose, Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose, Verwendung obligater Ausrufezeichenkodes, Vorgaben einer speziellen Kodierrichtlinie, Kodierrichtlinie PD016 bezüglich multiplen Substanzgebrauchs und Konsums anderer psychotroper Substanzen.

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

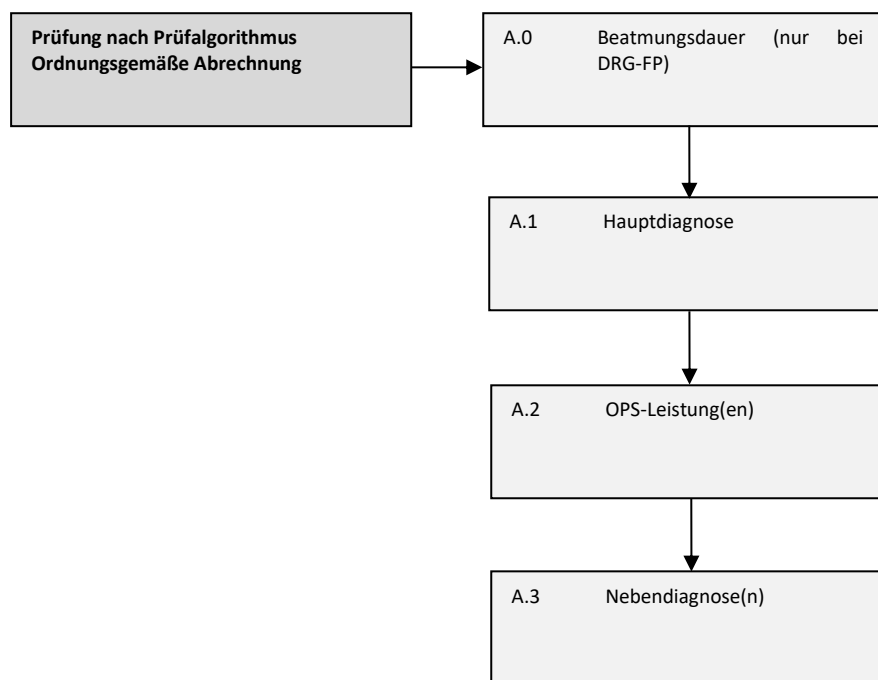
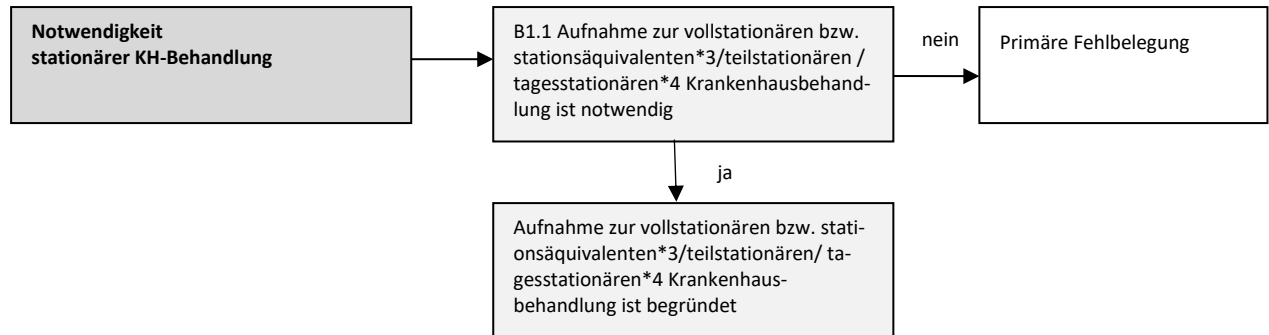
wenn ja – Anerkennung der kodierten Nebendiagnose(n)

*2 Nach BSG-Urteil vom 29.08.2023 (Az. B1 KR 25/22 R) sind bei der Festlegung der Hauptdiagnose alle bei Aufnahme ins Krankenhaus objektiv vorliegenden Leiden, welche stationär behandlungsbedürftig waren, nach Analyse ex post entsprechend dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu berücksichtigen.

*7 in der für den Einzelfall gültigen Version

B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

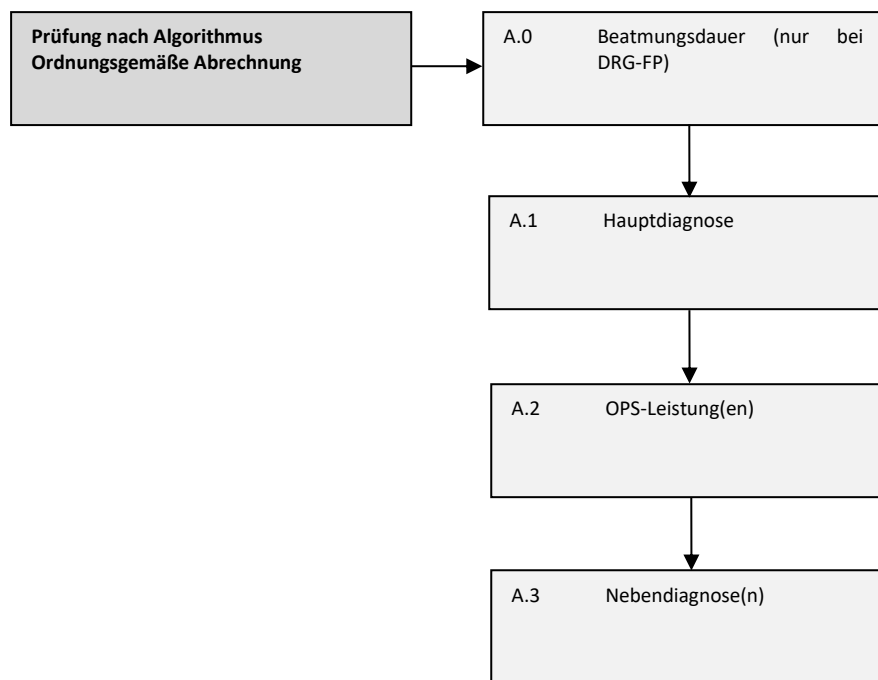
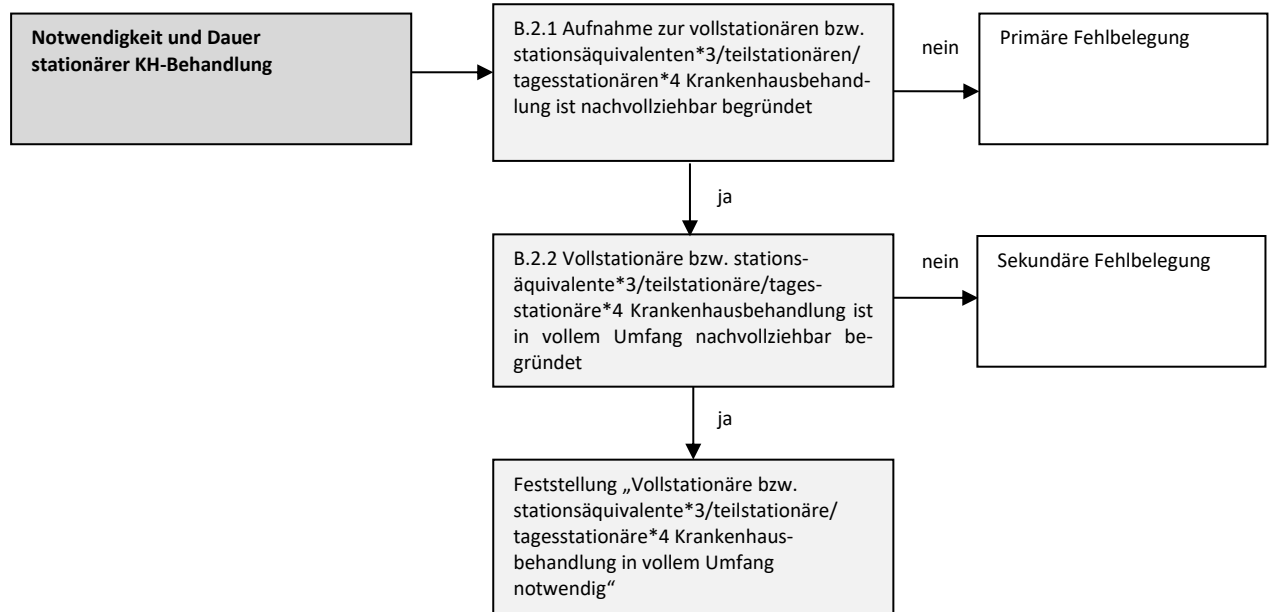
B.1. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung



*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

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



*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

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

Prüfung,

- B.1.1** ob die Aufnahme zur vollstationären bzw. stationsäquivalenten*3, teilstationären oder tagesstationären*4 Krankenhausbehandlung notwendig ist (ausschließlich Frage nach der primären Fehlbelegung)

wenn nein – Primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe „vollstationäre bzw. stationsäquivalente*3, teilstationäre oder tagesstationäre*4 Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja – d. h. primäre Fehlbelegung liegt nicht vor – Angabe „vollstationäre bzw. stationsäquivalente*3, teilstationäre oder tagesstationäre*4 Krankenhausbehandlung notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

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

Prüfung,

nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung“.

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

Prüfung,

- B.2.1** ob die Aufnahme zur vollstationären bzw. stationsäquivalenten*3, teilstationären oder tagesstationären*4 Krankenhausbehandlung notwendig ist

wenn nein – Primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe von „vollstationäre bzw. stationsäquivalente*3, teilstationäre oder tagesstationäre*4 Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- B.2.2** ob vollstationäre bzw. stationsäquivalente*3, teilstationäre oder tagesstationäre*4 Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig ist (Frage nach der sekundären Fehlbelegung)

wenn nein – Angabe „vollstationäre bzw. stationsäquivalente*3, teilstationäre oder tagesstationäre*4 Krankenhausbehandlung notwendig, hätte jedoch abgekürzt werden können“; Angabe der Behandlungstage, an denen Krankenhausbehandlung nicht begründet ist, kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung und Mitteilung des Substitutionspotentials.

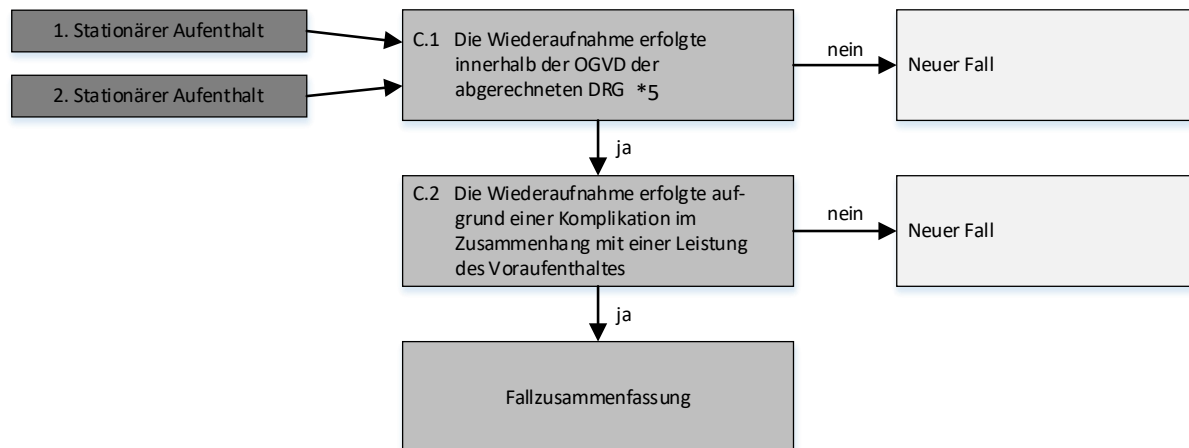
wenn ja – Angabe „Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

Prüfung,

nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung“.

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

C. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“ (nur Somatik*4)



C. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“ (nur Somatik*4)

Prüfung,

- C.1.** ob die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten DRG des ersten Falles erfolgte*5

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

wenn ja –

- C.2.** ob die Wiederaufnahme aufgrund einer Komplikation im Zusammenhang mit einer Leistung erfolgte, die im Rahmen des Voraufenthaltes erbracht worden ist
(Hinweis: nach § 2 Abs. 3 ab FPV 2008 wird eine Zusammenfassung und Neueinstufung nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen)

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

wenn ja –

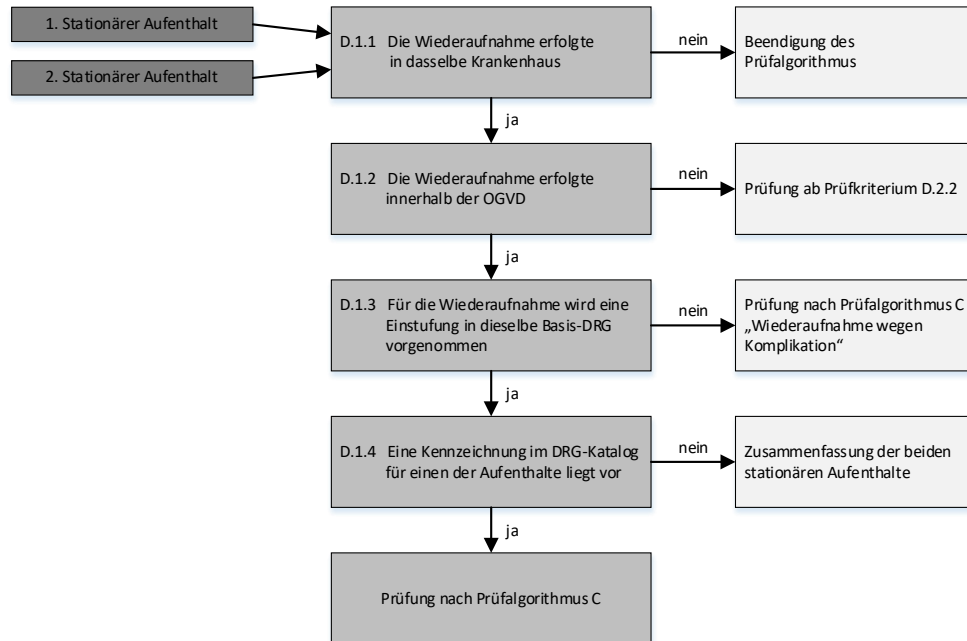
Angabe „Fallzusammenfassung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

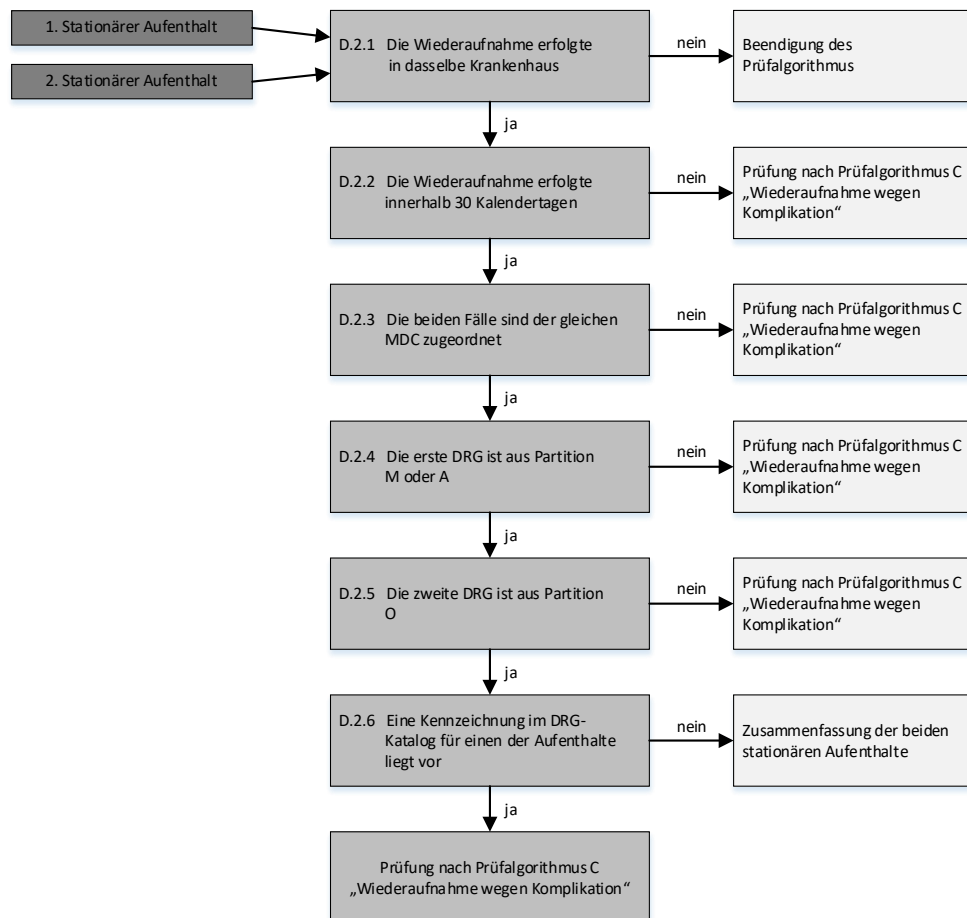
*5 gilt nicht für Hybrid-DRG nach § 115f SGB V (s. Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung). Bei stat. Wiederaufnahme einer Patientin oder eines Patienten am Tag der Entlassung nach einer Leistungserbringung nach § 115f SGB V, zum Beispiel aufgrund von Komplikationen im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-Leistung, erfolgt eine Fallzusammenführung (gilt unabhängig von oberer Grenzverweildauer).

D. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme nach FPV“ (nur Somatik*4)

D.1. Prüfung der Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV



D.2. Prüfung der Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV



*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

D. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme nach § 2 FPV“ (nur Somatik*4)

D.1. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV

Prüfung,

D.1.1 ob die Aufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgte

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

wenn ja –

D.1.2 ob die Aufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten DRG des ersten Falles erfolgte

wenn nein – Prüfung ab Prüfkriterium D.2.2

wenn ja –

D.1.3 ob für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wurde

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.1.4 ob eine Kennzeichnung im DRG-Katalog (Spalte 13 oder 15) für einen der Aufenthalte gegeben ist

wenn nein – Zusammenfassung der beiden Aufenthalte und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

D.2. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV

Prüfung,

D.2.1 ob die Aufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgte

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

wenn ja –

D.2.2 ob die Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Falles erfolgte

Hinweis: erfolgte die Aufnahme innerhalb der OGVD – Prüfung ab Prüfkriterium D.1.3

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.2.3 ob die beiden Fälle der gleichen MDC zugeordnet sind

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.2.4 ob die erste DRG aus Partition M oder A ist

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.2.5 ob die zweite DRG aus Partition O ist

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.2.6 ob eine Kennzeichnung im DRG-Katalog (Spalte 13 oder 15) für einen der Aufenthalte gegeben ist

wenn nein – Zusammenfassung der beiden Aufenthalte und ggf. DRG-Neueinstufung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

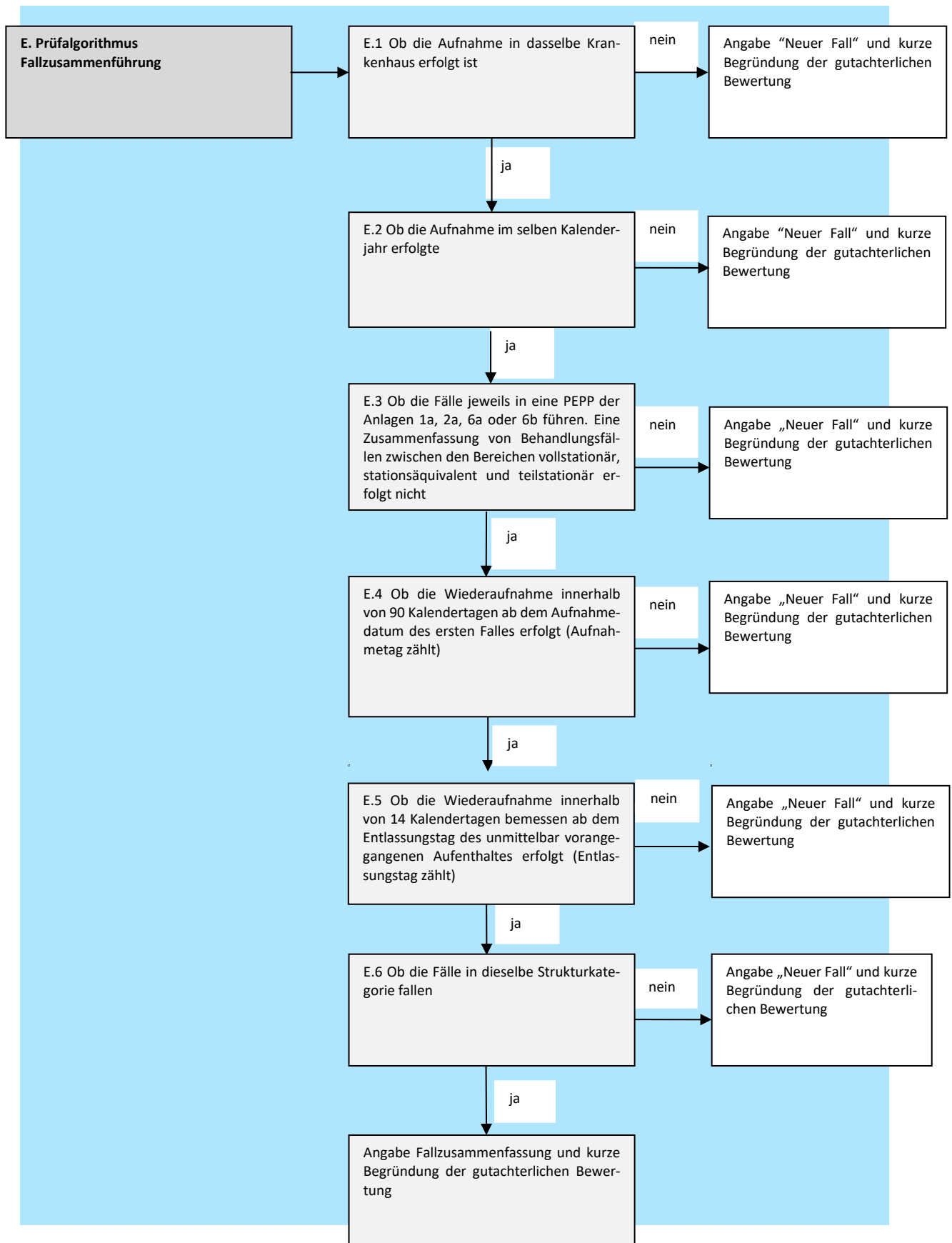
Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

D.3. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV

Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

E. Prüfalgorithmus „Fallzusammenführung“ (nur PEPP*3)



*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

E. Prüfalgorithmus „Fallzusammenführung“ (nur PEPP*3)

Prüfung

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

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

wenn ja –

E.2 Ob die Aufnahme im selben Kalenderjahr erfolgte.

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung. Eine Zusammenfassung von Fällen für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus unterschiedlichen Jahren erfolgt nicht.

wenn ja –

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

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

wenn ja –

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

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

wenn ja –

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

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

wenn ja –

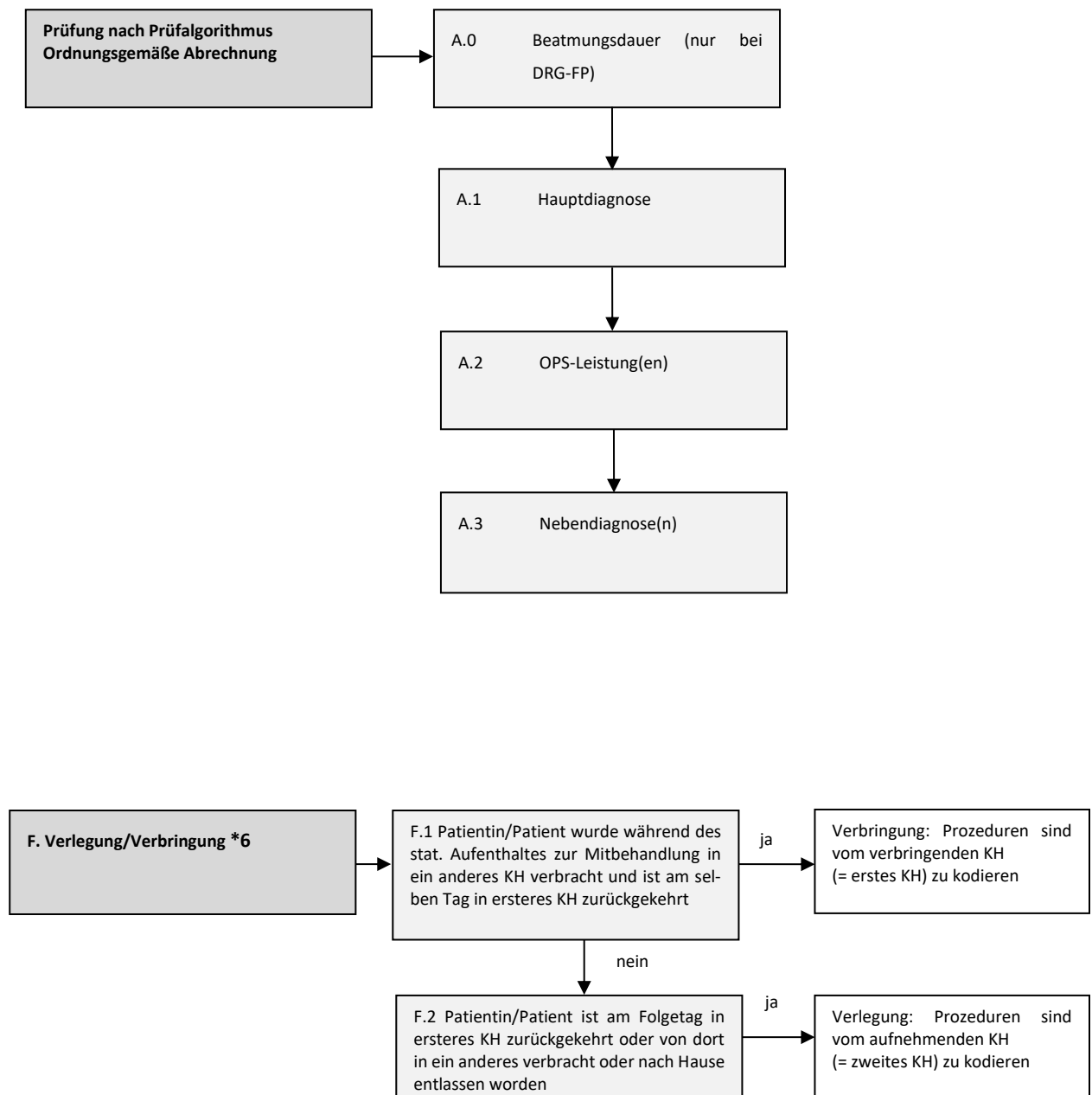
E.6 Ob die Fälle in dieselbe Strukturkategorie fallen.

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

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

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

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



*6 Abweichende landesinterne Regelungen sind zu beachten

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

Prüfung,

ob die Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ korrekt ist

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

wenn ja –

- F.1.** ob die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und an demselben Tag wieder in ersteres zurückkehrt.

(Hinweis: Bei der Verbringung verbleibt der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses).

Anmerkung: Der Begriff „Verbringung“ kann landesspezifisch geregelt sein, siehe hierzu Landesverträge nach § 112 SGB V.

Hinweis: Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik (= erstes Krankenhaus) kodiert, siehe DKR, P016 *Verbringung* bzw. DKR-PSYCH, PP016 *Verbringung*.

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

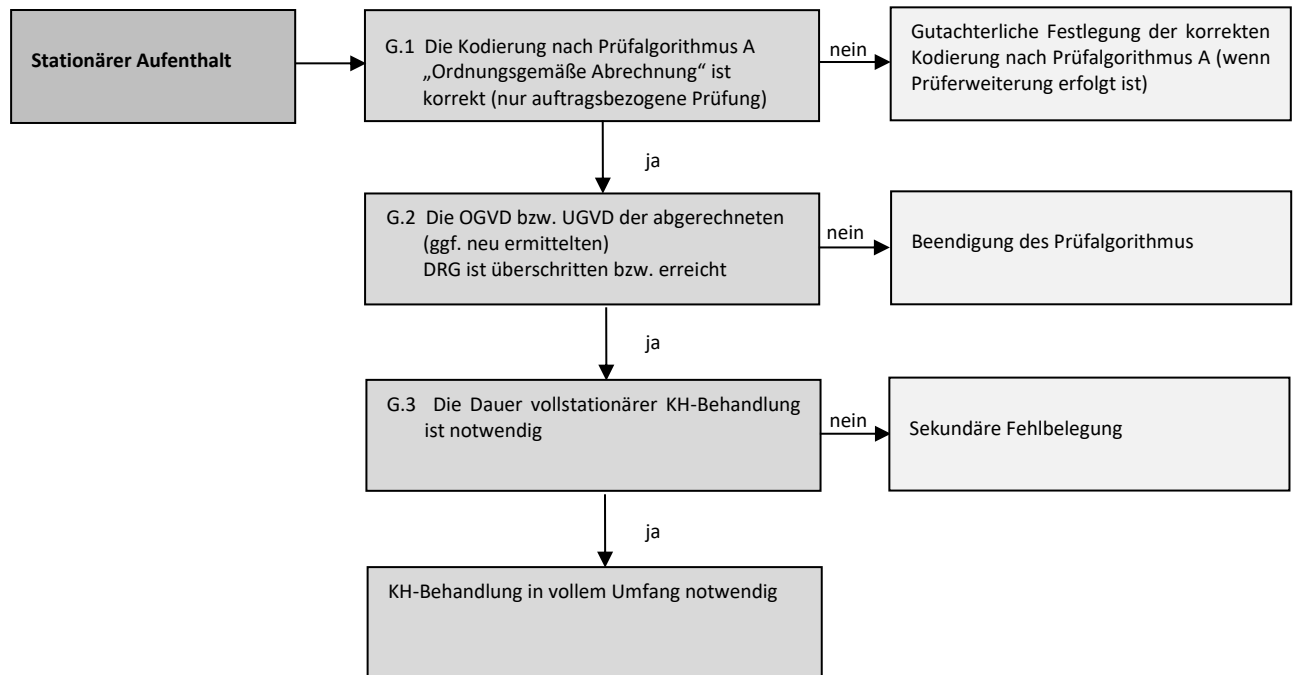
wenn nein –

- F.2.** ob die Patientin/der Patient am Folgetag in ersteres Krankenhaus rückverlegt oder von dort in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt oder entlassen worden ist.

Hinweis: Prozeduren sind vom aufnehmenden Krankenhaus (= zweites Krankenhaus) zu kodieren.

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

G. Prüfalgorithmus „Überschreitung der Grenzverweildauer“ (nur Somatik*4)



G. Prüfalgorithmus „Überschreitung der Grenzverweildauer“ (nur Somatik*4)

Prüfung,

- G.1.** ob die Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ korrekt ist.
(Hinweis: das Prüfkriterium G.1 erfolgt nur orientierend, wenn die Frage nach der korrekten Kodierung nicht Prüfgegenstand des Gutachtensauftrages ist)

wenn nein – Feststellung der korrekten Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung (wenn eine entsprechende Prüferweiterung mit Bestätigung der Krankenkasse (bei Begutachtung im schriftlichen Verfahren) erfolgt ist).

wenn ja –

- G.2.** ob die OGVD der abgerechneten (ggf. neu ermittelten) DRG überschritten ist bzw. die UGVD der abgerechneten (ggf. neu ermittelten) DRG erreicht oder überschritten ist
(Hinweis: ist die „Ordnungsgemäße Abrechnung“ Gegenstand des Prüfauftrages, bezieht sich die Frage nach der Überschreitung auf die GVD der neu ermittelten DRG)

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

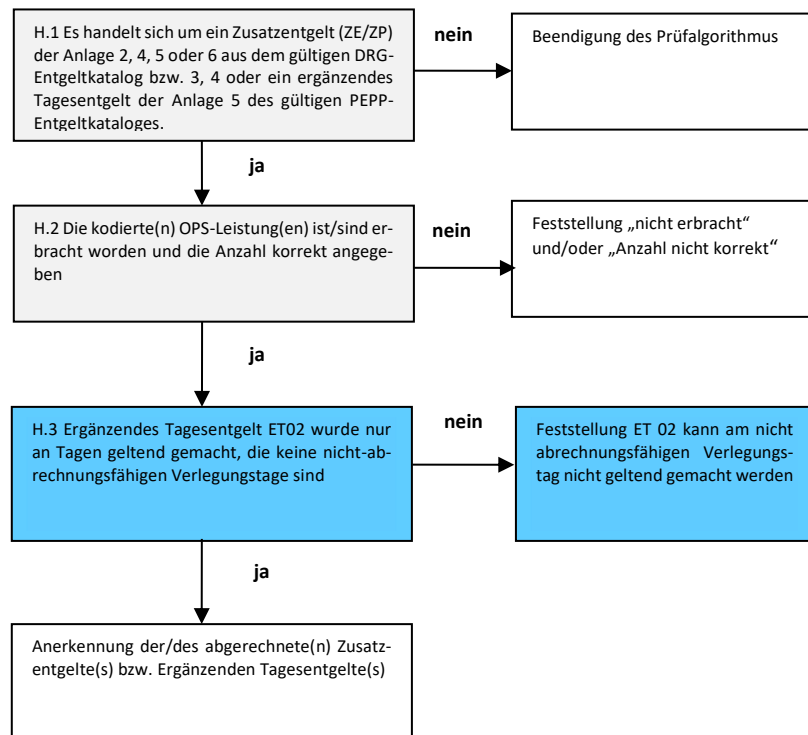
wenn ja –

- G.3.** ob die Dauer vollstationärer Krankenhausbehandlung in der ex ante-Sicht notwendig ist (siehe Prüfkriterium B.2.2 „Sekundäre Fehlbelegung“)

Feststellung des Sachverhaltes mit kurzer Begründung der gutachterlichen Bewertung.

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

H. Prüfalgorithmus „Zusatzentgelte (ZE*4/ZP*3)*5/ergänzende Tagesentgelte (ET*3)“ (Somatik und PEPP)



H. Prüfalgorithmus Zusatzentgelte (ZE*4/ZP*3) und ergänzende Tagesentgelte (ET*3)“ (Somatik und PEPP)

Prüfung

H.1 Ob es sich um ein Zusatzentgelt(e) der Anlage 2, 4, 5 oder 6 aus dem gültigen DRG-Entgeltkatalog bzw. 3, 4 oder ein ergänzendes Tagesentgelt der Anlage 5 des gültigen PEPP-Entgeltkataloges handelt.
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

wenn ja –

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

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

wenn ja –

H.3 Ob das ergänzende Tagesentgelt ET02 nur an Tagen geltend gemacht wurde, die keine nicht-abrechnungsfähigen Verlegungstage (gemäß PEPPV § 3 Absatz 3 Satz 3) waren.
wenn nein – Feststellung ET 02 kann an einem nicht-abrechnungsfähigen Verlegungstag nicht geltend gemacht werden.

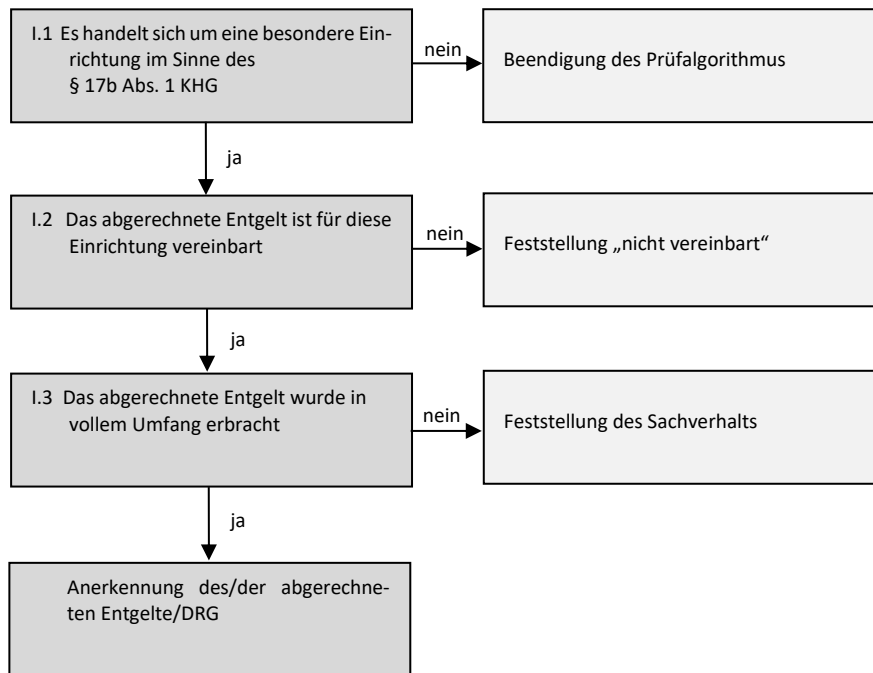
wenn ja –

Anerkennung der/des abgerechnete(n) Zusatzentgelte(s) bzw. ergänzenden Tagesentgelts ET02 und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

*5 gilt nicht für Hybrid-DRG nach § 115f SGB V (s. Umsetzungsvereinbarung für Krankenhäuser). Für Leistungen, die im Rahmen der Gruppierung in eine Hybrid-DRG nach § 115f SGB V fließen, ist ausschließlich eine Hybrid-DRG-Fallpauschale abrechnungsfähig. Die Abrechnung weiterer Entgelte ist ausgeschlossen (z.B. Pflegeentgelte, Zusatzentgelte, etc.).

I. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen“ (nur Somatik*4)



I. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen“ (nur Somatik*4)

Prüfung,

I.1. ob es sich um eine besondere Einrichtung im Sinne des § 17b Abs. 1 KHG handelt

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

wenn ja –

I.2. ob das/die abgerechnete Entgelt/DRG vereinbart worden ist (§ 7 Absatz 1 Nr.3)

wenn nein – Feststellung des Sachverhalts

wenn ja –

I.3. ob das/die abgerechnete Entgelt/DRG in vollem Umfange erbracht worden ist

wenn nein – Feststellung des Sachverhalts, Mitteilung der erbrachten Leistung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja – Anerkennung des/der abgerechneten Entgeltes/DRG und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

*3 nur PEPP/*4 nur Somatik

3.2 Begutachtung im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung

Neben der Durchführung der Begutachtung im schriftlichen Verfahren (Punkt 3.1 ff.) besteht als weitere Möglichkeit der Auftragsbearbeitung die Begutachtung vor Ort im Krankenhaus. Hierbei werden die Krankenunterlagen von den Gutachterinnen und Gutachtern im Krankenhaus eingesehen.

Die Auftragsannahme und -prüfung ist analog Punkt 3.1.1 und damit für die Begutachtung nach Aktenlage und Begutachtung vor Ort identisch. Gemäß § 275c Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG und der geltenden Prüfverfahrensvereinbarung werden die Aufträge unverzüglich unter Nennung des Prüfgegenstandes, einschließlich des Datums der Beauftragung beim Krankenhaus angezeigt und dann ein Termin für die Prüfung vor Ort vereinbart. Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Abs. 4 SGB V.

Die inhaltliche Vorgehensweise im Rahmen einer Prüfung vor Ort erfolgt analog des Ablaufs der Prüfung im schriftlichen Verfahren (siehe Punkt 3.1.2). Hierbei werden die im vorherigen Kapitel skizzierten Prüfalgorithmen (A bis I) entsprechend der Fragestellung angewendet.

Praktische Durchführung

Zum vereinbarten Datum begeben sich die MD-Gutachterinnen und MD-Gutachter in das Krankenhaus, um Einsicht in die vollständigen dort vorliegenden Krankenunterlagen zu nehmen. Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht. Bei einer Prüfung vor Ort kann eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erfolgen, ohne vorherige Bestätigung durch die Krankenkasse (im Gegensatz zur Prüfung im schriftlichen Verfahren).

Die Fragestellung kann nun anhand aller im Krankenhaus vorliegenden Behandlungsunterlagen, der bestmöglichen Informationsbasis, bearbeitet werden. Wenn die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und die Korrektheit der Abrechnung im Rahmen der Begutachtung bestätigt werden, kann der Begutachtungsauftrag in der Regel abgeschlossen werden. Im kollegialen fachlichen Dialog kann der Sachverhalt erörtert und bewertet werden.

Die meisten Gutachtenaufträge können so fallabschließend bearbeitet werden.

Die Entscheidung, ob eine Begutachtung vor Ort durchgeführt wird, liegt beim jeweiligen Medizinischen Dienst.

Eine Begutachtung im digitalen Kontext entspricht einer Begutachtung nach Aktenlage.

4 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

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

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

Der § 9 der PrüfvV regelt Näheres zum Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung (siehe hierzu Kapitel 2.1.2.6).

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

5 Ergebnismitteilung

Die Ausgestaltung und der Umfang der Ergebnismitteilung an die Krankenkassen und die Leistungserbringer sind von den Medizinischen Diensten nach gültiger Gesetzeslage (siehe auch Abschnitt 2.1.1.6) spezifisch geregelt. Die Vorgaben beinhalten bei Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahmen und Sozialmedizinischen Gutachten das schriftlich formulierte Ergebnis der Begutachtung mit den wesentlichen Gründen, zu denen eine kurze Sachverhaltsdarstellung gehört. Bei der Sozialmedizinischen Fallsteuerung mit der Empfehlung zu „weiteren Ermittlungen“ erhalten die Krankenkassen eine schriftliche Mitteilung.

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

Die Umsetzung der Mitteilungspflichten und Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Vorgaben ist vertiefend dargelegt in „Gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung des § 277 SGB V“ der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste mit Stand 6. September 2021.

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

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

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

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

6 Qualitätssicherung

Die Medizinischen Dienste sind nicht nur aufgrund ihres eigenen Qualitätsanspruchs sondern auch im Zuge des MDK-Reformgesetzes gesetzlich zu einer systematischen Qualitätssicherung verpflichtet.

Die sozialmedizinischen Gutachten, die im Zusammenhang mit den Entgeltsystemen DRG und PEPP erstellt werden, unterliegen in gleicher Weise einer kontinuierlichen Qualitätssicherung wie in anderen sozialmedizinischen Begutachtungsbereichen.

Gutachten, die im Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstellt werden, unterliegen dabei den Regularien der sog. QSKV (Qualitätssicherung der Begutachtung für die gesetzliche Krankenversicherung). Sie gelten für alle Medizinischen Dienste und die Knappschaft Bahn-See und werden näher in der „Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V“ (kurz: QSKV- Richtlinie) vom 13. Juli 2022 beschrieben.

Zielsetzung ist laut Richtlinie des MD Bund, „die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der Begutachtung und Prüfung für die gesetzliche Krankenversicherung zu sichern, fortlaufend zu verbessern und eine einheitliche Qualität der sozialmedizinischen Begutachtung und Prüfung (im folgenden Produkte) zu gewährleisten. Sie fördert damit auch die Vergleichbarkeit der Produkte der Medizinischen Dienste.“

Die Richtlinie definiert daneben den Prozessablauf, die Qualitätsanforderungen, Ergebnisdarstellung und die beteiligten Gremien.

Die Qualitätssicherung gemäß QSKV ist ein fortlaufender Prozess. Die Qualitätssicherung erfolgt zunächst dienstintern, d. h. durch die einzelnen Medizinischen Dienste selbst. Diese wird wiederum durch eine bundesweit übergreifende Qualitätssicherung flankiert und validiert (beispielsweise Konsensuskonferenz und Qualitätskonferenz).

Die einzelnen Medizinischen Dienste legen selbstständig fest, in welcher Weise die Ergebnisse der Qualitätsbewertung gem. QSKV den Gutachterinnen und Gutachtern zu kommunizieren sind und welche dienstinternen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ggf. abgeleitet werden.