

Vereinbarung

zum

pauschalierenden Entgeltsystem für

psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2022

(Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie  
und Psychosomatik 2022 – PEPPV 2022)

vom

22.09.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

sowie

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

gemeinsam und einheitlich

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

## **Präambel**

Gemäß § 17d Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17d Absatz 3 KHG auch dessen jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderung der Versorgungsstruktur und Kostenentwicklungen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. In diesem Zusammenhang vereinbaren sie gemäß § 9 Absatz 1 Nummern 1 bis 3 Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) einen Katalog mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten nach § 17d Absatz 1 Satz 6 KHG, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte. In Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages vereinbaren die Parteien das Folgende:

### **§ 1 Abrechnungsgrundsätze**

- (1) Die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sowie die jeweiligen Zusatzentgelte (ZP) und ergänzenden Tagesentgelte (ET) werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Aufnahme geltenden Entgeltkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen abgerechnet.
- (2) <sup>1</sup>Zur Einstufung in die jeweils abzurechnenden Entgelte sind Programme (Grouper) einzusetzen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der Selbstverwaltungspartner zertifiziert sind. <sup>2</sup>Die Einstufung nach den Anlagen zu dieser Vereinbarung erfolgt in Entgelte und innerhalb dieser Entgelte – soweit vorhanden – in kalkulationsbasierte Vergütungsklassen. <sup>3</sup>Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einem Entgelt auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. <sup>4</sup>Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. <sup>5</sup>Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem Entgeltbetrag nach Satz 4 multipliziert. <sup>6</sup>Ist die Anzahl der Berechnungstage größer als die

letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse, ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen. <sup>7</sup>Für Patienten, die im Vorjahr aufgenommen und noch in das aktuelle Jahr hinein vollstationär, stationsäquivalent oder teilstationär behandelt werden, gilt § 15 BpflV entsprechend.

- (3) <sup>1</sup>Maßgeblich für die Abrechnung ist die Zahl der Berechnungstage. <sup>2</sup>Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus bzw. der stationsäquivalenten Behandlung; wird ein Patient am gleichen Tag – gegebenenfalls auch mehrfach – aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag. <sup>3</sup>Für Fallzusammenfassungen nach den §§ 2 und 3 sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen. <sup>4</sup>Vollständige Tage der Abwesenheit nach Absatz 4, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. <sup>5</sup>Sie sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt.
- (4) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Für diese Tage kann kein Entgelt abgerechnet werden. <sup>3</sup>Für Kalendertage des Antritts und der Wiederkehr aus einer Abwesenheit des Patienten sind die Entgelte in voller Höhe abzurechnen. <sup>4</sup>Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Abwesenheit liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 vor.
- (5) <sup>1</sup>Bei Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 sind Aufenthalte, die unter die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 oder der Rückverlegung nach § 3 fallen, zusammenzufassen und nur als ein Fall zu zählen.
- (6) <sup>1</sup>Vor- und nachstationäre Behandlungen sind nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gesondert zu vergüten. <sup>2</sup>Die Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung des Behandlungsfalles nicht zu berücksichtigen.
- (7) <sup>1</sup>Wenn eine Dialysebehandlung während der stationären Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung an einem Krankenhaus mit eigener Dialyseeinrichtung im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durchgeführt wird, kann diese Dialyse entweder ambulant oder in der eigenen Dialyseeinrichtung erbracht werden. <sup>2</sup>Sofern die Dialyse in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses durchgeführt wird, ist die Dialyse nach § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG als Leistung des Krankenhauses berechenbar. <sup>3</sup>An

den Tagen der Dialysebehandlung können neben den Entgelten nach der Bundespflegesatzverordnung für die psychiatrische oder psychosomatische Behandlung die Entgelte für teilstationäre Dialyse (Basis-DRG L90) nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden.

- (8) <sup>1</sup>Sofern keine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 3 oder § 8 Absatz 4 Satz 3 BPfIV getroffen ist, kann für eine Abschlagszahlung eine Zwischenrechnung erstellt werden, indem für jeden vollstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00, für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,75 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,80 herangezogen wird; § 8 Absatz 4 Satz 2 BPfIV bleibt unberührt. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 kann für Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, für vollstationäre Berechnungstage eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,50, für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,20 herangezogen werden.
- (9) <sup>1</sup>Bei der aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV findet für die Erstattung der Unterkunft und Verpflegung die "Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG" vom 16.09.2004 Anwendung. <sup>2</sup>Dies gilt nicht für Mitaufnahmen im Rahmen eines Eltern-Kind-Settings gemäß OPS 9-686.\* oder Mutter/Vater-Kind-Setting gemäß OPS 9-643.\*, bei denen sämtliche Leistungen für eine Begleitperson mit der Vergütung der Patientin oder des Patienten abgegolten werden.

## **§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

- (1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist.
- (2) Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Absatz 1 ist nur vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.
- (3) <sup>1</sup>Bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in ein Entgelt mit den Daten aller zusammenzufassenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. <sup>2</sup>Als Hauptdiagnose des zusammengefassten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes

mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen. <sup>5</sup>Hat das Krankenhaus einen der zusammenfassenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren.

- (4) <sup>1</sup>Die Regelungen zur Wiederaufnahme nach den Absätzen 1 bis 3 sowie die Regelungen zur Verlegung nach § 3 gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte nach den Anlagen 1a und 2a sowie stationsäquivalente Entgelte nach den Anlagen 6a und 6b. <sup>2</sup>Eine Zusammenfassung von Behandlungsfällen zwischen den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär erfolgt nicht.
- (5) Für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus unterschiedlichen Jahren erfolgt keine Fallzusammenfassung.

### **§ 3 Verlegung**

- (1) <sup>1</sup>Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus die Entgelte auf Basis der im eigenen Krankenhaus erfassten Daten ab. <sup>2</sup>Eine Verlegung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.
- (2) Wird ein Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem oder einem anderen Krankenhaus in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), gelten die Regelungen zur Fallzusammenfassung entsprechend den Vorgaben zur Wiederaufnahme nach § 2.
- (3) <sup>1</sup>Unterliegt ein Krankenhaus neben dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auch dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, sind diese unterschiedlichen Geltungsbereiche im Falle von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln. <sup>2</sup>Für den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung sind die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden. <sup>3</sup>Bei Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses am selben Kalendertag aus dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes ist abweichend von § 1 Absatz 3 der Verlegungstag von der verlegenden Abteilung nicht abrechnungsfähig.
- (4) <sup>1</sup>Wird ein Patient in demselben Krankenhaus sowohl vollstationär, stationsäquivalent oder teilstationär behandelt, so sind diese Fälle jeweils getrennt zu betrachten. <sup>2</sup>Eine Zusammenfassung von vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Behandlungsfällen erfolgt nicht. <sup>3</sup>Innerhalb der Bereiche finden die Regelungen zur Wiederaufnahme nach § 2 und zur Verlegung nach den Absätzen 1 bis 3 Anwendung. <sup>4</sup>Bei interner Verlegung bzw. Wechsel am selben Kalendertag zwischen vollstationärer,

stationsäquivalenter oder teilstationärer Behandlung innerhalb des Geltungsbereichs der Bundespflegesatzverordnung, ist dieser Verlegungstag abweichend von § 1 Absatz 3 für den verlegenden Bereich nicht abrechnungsfähig.

#### **§ 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern**

<sup>1</sup>Sofern ein im Jahr 2021 oder zuvor aufgenommener Patient am 31.12.2022 noch nicht entlassen wurde, wird für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung zum 31.12.2022 angenommen. <sup>2</sup>Eine Fallzusammenfassung nach § 2 Absatz 1 und 2 findet nicht statt. <sup>3</sup>Die Abrechnung ab dem 01.01.2023 wird für Patienten nach den Sätzen 1 bis 2 nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. <sup>4</sup>Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01.2023 neu.

#### **§ 5 Zusatzentgelte**

- (1) <sup>1</sup>Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, 2a und 6a oder zu den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b, und 6b können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 3 abgerechnet werden. <sup>2</sup>Neben Zusatzentgelten der Anlagen 3 und 4 sind auch ergänzende Tagesentgelte nach § 6 abrechenbar. <sup>3</sup>Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind mit Inkrafttreten der Vereinbarung (§ 11) abrechenbar.
- (2) <sup>1</sup>Für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 BPfIV krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV. <sup>2</sup>Diese können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b abgerechnet werden. <sup>3</sup>Für die unbewerteten Zusatzentgelte der Anlage 4 gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV entsprechend. <sup>4</sup>Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen. <sup>5</sup>Wurden für Leistungen nach Anlage 4 für das Jahr 2022 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BPfIV für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

#### **§ 6 Ergänzende Tagesentgelte**

<sup>1</sup>Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 abgerechnet werden. <sup>2</sup>Dies gilt mit Ausnahme von dem ET02 auch an nicht abrechenbaren Verlegungstagen nach § 3 Absatz 3 Satz 3 und § 3 Absatz 4 Satz 4. <sup>3</sup>Neben ergänzenden Tagesentgelten sind auch Zusatzentgelte nach § 5 abrechenbar.

## **§ 7 Teilstationäre Leistungen**

- (1) <sup>1</sup>Für teilstationäre Leistungen können für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung Entgelte nach Anlage 2a oder 2b abgerechnet werden. <sup>2</sup>Dies gilt auch für den Verlegungs- oder Entlassungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag oder Verlegungstag nach § 3 Absatz 4 Satz 4 ist.
- (2) <sup>1</sup>Für mit Bewertungsrelationen bewertete teilstationäre Leistungen gelten die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 und die Regelungen zur Verlegung nach § 3 entsprechend. <sup>2</sup>Eine Zusammenfassung von vollstationären oder stationsäquivalenten Leistungen mit teilstationären Leistungen erfolgt nicht.
- (3) Wird ein Patient an demselben Tag innerhalb des Krankenhauses von einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung verlegt, kann für den Verlegungstag abweichend von § 1 Absatz 3 kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

## **§ 8 Sonstige Entgelte**

<sup>1</sup>Für die unbewerteten Entgelte der Anlagen 1b, 2b und 6b gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV in Verbindung mit § 1 Absatz 3 entsprechend. <sup>2</sup>Für teilstationäre Behandlungen gelten die Vorgaben gemäß § 7 Absatz 1 entsprechend. <sup>3</sup>Können für die Leistungen nach Anlage 1b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen. <sup>4</sup>Können für die Leistungen nach Anlage 2b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen. <sup>5</sup>Können für die Leistungen nach Anlage 6b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro abzurechnen. <sup>6</sup>Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b für das Jahr 2022 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BPfIV für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro und für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen.

## **§ 9 Kostenträgerwechsel**

Tritt während der vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

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

- (1) <sup>1</sup>Die bewerteten Entgelte nach den Anlagen 1a, 2a, 3 und 5 sind abzurechnen für Patienten, die ab dem 01.01.2022 in das Krankenhaus aufgenommen werden. <sup>2</sup>Bei Jahresüberliegern sind die Berechnungstage des neuen Kalenderjahres für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte (PEPP und ET) mit dem für das neue Kalenderjahr vereinbarten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert abzurechnen. <sup>3</sup>Bei unterjähriger Genehmigung des Krankenhausbudgets gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 BPfIV sind die Berechnungstage für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte ab dem Tag des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 mit dem neuen genehmigten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert unter Berücksichtigung von Ausgleichsbeträgen nach § 15 Absatz 2 BPfIV abzurechnen.
- (2) <sup>1</sup>Die unbewerteten Entgelte nach den Anlagen 1b, 2b, 4 und 6b sind gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 BPfIV grundsätzlich vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an zu erheben. <sup>2</sup>Bei unterjähriger Genehmigung des Krankenhausbudgets gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 BPfIV sind die Berechnungstage für unbewertete PEPP nach den Anlagen 1b, 2b und 6b ab dem Tag des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 mit den neuen genehmigten krankenhausesindividuellen Entgelten abzurechnen.
- (3) <sup>1</sup>Sofern für ein Krankenhaus zum 01.01.2022 noch keine genehmigte Budgetvereinbarung für das zum 01.01.2018 verpflichtend einzuführende Vergütungssystem nach § 17d KHG vorliegt, können die Vertragsparteien nach § 11 BPfIV einen vorläufigen krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert vereinbaren. <sup>2</sup>Kann für die Abrechnung von Patienten, die ab dem 01.01.2022 in das Krankenhaus aufgenommen werden, auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch kein krankenhausesindividueller Basisentgeltwert angewendet werden, gilt für diesen ersatzweise ein Wert in Höhe von 280 Euro. <sup>3</sup>Aus der Abrechnung nach den Sätzen 1 und 2 entstehende Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen. <sup>4</sup>Für Patienten, die ab dem 01.01.2022 aufgenommen werden, ist eine Abrechnung mit weitergeltenden tagesgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen.

## **§ 11 Inkrafttreten**

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft.
- (2) <sup>1</sup>Die §§ 1 bis 10 einschließlich der Anlagen zu dieser Vereinbarung treten am 01.01.2022 in Kraft und treten mit Ablauf des 31.12.2022 außer Kraft. <sup>2</sup>Kann der Entgeltkatalog 2023 erst nach dem 01.01.2023 angewendet werden, sind die §§ 1 bis 10 einschließlich der Anlagen zu dieser Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 17d Absatz 3 KHG entsprechend weiter anzuwenden.



## **Anlagen**

- Anlage 1a Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung
- Anlage 1b Unbewertete Entgelte bei vollstationärer Versorgung  
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV)
- Anlage 2a Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung
- Anlage 2b Unbewertete Entgelte bei teilstationärer Versorgung  
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV)
- Anlage 3 Zusatzentgelte-Katalog – bewertete Entgelte
- Anlage 4 Zusatzentgelte-Katalog – unbewertete Entgelte
- Anlage 5 Ergänzende Tagesentgelte
- Anlage 6a Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V
- Anlage 6b Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V

Berlin/Köln, 22.09.2021

-----  
GKV-Spitzenverband, Berlin

-----  
Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

-----  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin