

Vereinbarung

**über das Nähere zum Prüfverfahren
nach § 275 Absatz 1c SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG**

vom 03.02.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

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

§ 2 Geltungsbereich

- 1) ¹Diese Vereinbarung gilt für die gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 Absatz 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und damit nach § 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. ²Die Vereinbarung gilt nicht für Fälle nach § 115b SGB V und Entbindungsfälle nach § 24f SGB V.
- 2) Die Inhalte dieser Vereinbarung sind für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.
- 3) Für die in § 283 SGB V genannten Institutionen gilt diese Vereinbarung entsprechend.

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

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

§ 4

Einleitung des Prüfverfahrens

¹Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen. ²Dabei hat sie den Prüfgegenstand mindestens aber beispielsweise wie folgt zu benennen:

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

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

§ 5

Vorverfahren (Korrektur der Datensätze, Falldialog)

- 1) Findet ein Vorverfahren statt, hat das Krankenhaus die Möglichkeit, auch nach der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) korrigierte oder ergänzte Datensätze und gegebenenfalls eine geänderte Rechnung in einem Zeitraum bis zu 6 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens der Krankenkasse erneut zuzuleiten.
- 2) ¹Entscheidet die Krankenkasse, dass aufgrund der Datenkorrektur oder -ergänzung die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, endet das Prüfverfahren mit Zugang der entsprechenden Mitteilung der Krankenkasse an das Krankenhaus oder spätestens 12 Wochen nach seiner Einleitung. ²Absatz 7 Satz 3 bleibt unberührt.
- 3) ¹Erfolgt eine Datenkorrektur oder -ergänzung, ist zeitgleich unter Berücksichtigung des Verfahrens der Datenübermittlung nach der Vereinbarung zu § 301 SGB V mit dem Rechnungsstorno eine neue

Rechnung zu übermitteln. ²Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig. ³Ergeben diese Kontrollen weitere Auffälligkeiten, wird dieses Prüfverfahren fortgesetzt.

- 4) ¹Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. ²Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen.
- 5) ¹Findet ein Falldialog statt, erfolgt er auf der Grundlage der nach § 3 übermittelten und gegebenenfalls der nach Absatz 1 korrigierten Datensätze. ²Das Krankenhaus kann diese Datensätze auch während des Falldialogs korrigieren.
- 6) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Rechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. ³Es gilt das Verfahren nach Absatz 3.
- 7) ¹Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. ²Er ist innerhalb von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens abzuschließen. ³Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern; die Fristen nach Absatz 2 Satz 1 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1 verlängern sich entsprechend.
- 8) § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V findet auf das Vorverfahren keine Anwendung.

§ 6

Beauftragung des MDK

- 1) Die Krankenkasse hat den MDK in folgenden Fällen mit der Durchführung einer Prüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V zu beauftragen:
 - (a) Im Vorverfahren erfolgen weder eine Datenkorrektur oder -ergänzung noch ein Falldialog.
 - (b) Es erfolgt im Vorverfahren zwar eine Datenkorrektur oder -ergänzung, die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK ist dadurch jedoch aus Sicht der Krankenkasse nicht entfallen.
 - (c) Es wird ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt.
 - (d) Aus Sicht der Krankenkasse bedarf es der direkten Beauftragung des MDK.

- 2) ¹In den Fällen des Absatzes 1a – c erfolgt die Beauftragung des MDK spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens. ²§ 5 Absatz 7 Satz 3 bleibt unberührt; in diesen Fällen erfolgt die Beauftragung des MDK bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1a – c innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung des einvernehmlich verlängerten Vorverfahrens. ³Im Falle des Absatzes 1d erfolgt die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V (Direktbeauftragung). ⁴In Fällen der Direktbeauftragung entfällt die Mitteilung nach § 4 durch die Krankenkasse.
- 3) ¹Der MDK zeigt dem Krankenhaus in den Fällen des Absatzes 1a – d die Einleitung der MDK-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. ²Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen zugegangen sein. ³In der Prüfanzeige ist in den Fällen des Absatzes 1a – c der bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilte Prüfgegenstand gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. ⁴In Fällen der Direktbeauftragung ist dem Krankenhaus in der Prüfanzeige des MDK der das Prüfverfahren einleitende Prüfgegenstand nach § 4 mitzuteilen. ⁵Eine Beschränkung der MDK-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht. ⁶Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

§ 7

Durchführung der Prüfung

- 1) ¹Der MDK und das Krankenhaus sollen sich darauf verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. ²Ist eine Verständigung nicht möglich, entscheidet der MDK, ob er von seiner Befugnis nach § 276 Absatz 4 SGB V zu einer Prüfung vor Ort Gebrauch macht. ³In den übrigen Fällen erfolgt eine Prüfung im schriftlichen Verfahren.
- 2) ¹Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V. ²Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ⁴Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. ⁵Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des

Satzes 4 zugegangen sein. ⁶Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. ⁷Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 6 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. ⁸Nach Ablauf der Frist von Satz 7 ist eine Übersendung von Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. ⁹Ein Anspruch auf den dann noch strittigen Rechnungsbetrag besteht nicht. ¹⁰Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7.

- 3) Bis zur Umsetzung des § 11 Absatz 2 soll das Krankenhaus mit dem MDK den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.
- 4) ¹Auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren sollte bei Bedarf ein persönlicher fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und MDK in einer geeigneten Weise erfolgen, auf die sich die Beteiligten verständigen. ²Bei komplexen Fallprüfungen soll ein solcher Austausch erfolgen.
- 5) ¹Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. ²Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen. ³Sollte eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des Satzes 2 beendet sein, ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich. ⁴In den Fällen der Prüfung vor Ort finden die Sätze 2 und 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass eine Korrektur oder Ergänzung nur bis zum Abschluss der Prüfung vor Ort möglich ist. ⁵Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfgegenstandes nach § 6 Absatz 3 Satz 6 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen, die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. ⁶Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend. ⁷§ 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung.

§ 8

Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten

¹Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. ²Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. ³Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 3 zu erfolgen. ⁴Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist. ⁵§ 7 Absatz 5 Satz 6 bleibt unberührt.

§ 9

Nachverfahren

¹Das Krankenhaus kann innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilungen nach § 8 Satz 1 und 2 ein Nachverfahren auf Basis der bis zum Ende der MDK-Begutachtung übermittelten Daten und Unterlagen gegenüber der Krankenkasse vorschlagen, indem eine begründete Stellungnahme zur leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 Satz 1 abgegeben wird. ²Die Durchführung des Nachverfahrens ist freiwillig.

§ 10

Zahlungs- und Aufrechnungsregeln

¹Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. ³Unabhängig von Satz 1 hat eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Rechnung innerhalb von 4 Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 zu erfolgen, sofern nicht gegen die leistungsrechtliche Entscheidung vorgegangen wird.

§ 11

Elektronische Übermittlung

- 1) Zu einer elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verständigen sich die Vertragspartner gesondert und setzen die elektronische Übermittlung spätestens zum 01.01.2017 um.

- 2) ¹Die Vertragspartner vereinbaren eine bundeseinheitliche Empfehlung zur elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenhäusern und MDK. ²Bestandteil dieser Empfehlung ist auch ein elektronisches Nachweisverfahren der fristgerechten Eingänge der Mitteilungen bzw. Unterlagen.

§ 12 Landesverträge

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

§ 13 Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen werden.
- 2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende - frühestens zum 31.12.2018 - schriftlich gekündigt werden. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. ³Falls innerhalb von 6 Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. ⁴Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.

Berlin, 3.2.2016

GKV-Spitzenverband

Deutsche Krankenhausgesellschaft, e.V.