

Festlegung des GKV–Spitzenverbandes
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

- mit Wirkung ab dem 01.01.2020 –
- in der Fassung nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz



Seite 2/21

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

Stand 17.04.2020

Präambel	4
I. Allgemeiner Teil	6
II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 17c Absatz 6 KHG.....	7
III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten	12
IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten.....	14
V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG	15
VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung	21

Präambel

Mit dem MDK-Reformgesetz wird zur Schaffung von Transparenz über das Prüfgeschehen in der Krankenhausabrechnungsprüfung eine jährliche Statistik eingeführt. Der GKV-Spitzenverband ist gemäß § 17c Absatz 6 KHG verpflichtet, über die quartalsbezogenen Auswertungen nach § 275 Absatz 4 SGB V hinaus diese Statistik für das jeweilige Vorjahr zu erstellen und – bundesweit und nach Medizinischen Diensten gegliedert – zu veröffentlichen, die weitergehende Sachverhalte des Prüfgeschehens abbildet. Mit unterschiedlichen Zeitpunkten für eine erstmalige Datenlieferung, Auswertung und Veröffentlichung sind dies:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHG sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge (Vorverfahren)
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen (Prüfanlässe)
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfergebnis), die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge (Rechnungsaufschläge)
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG (Nachverfahren/Erörterungen)
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V (Anzeigen Verdacht systematisch überhöhte Abrechnung/Nichtbeanstandungsquote < 20 %)
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 17c Absatz 6 Satz 5 KHG die näheren Einzelheiten fest. Die näheren Einzelheiten betreffen der gesetzlichen Regelung zufolge insbesondere die zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie die Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden.

Die gemäß § 17c Absatz 6 Satz 6 KHG erforderlichen Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste (MD)¹ wurden eingeholt und berücksichtigt. Das Stellungnahmeverfahren wurde zum 31.03.2020 abgeschlossen. Die Festlegungen beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Festlegungen geltende Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV). Sofern Anpassungen der nachstehenden Regelungen erforderlich sind, treten diese nach Möglichkeit zum 01.01. eines Jahres in Kraft.

¹ MD wird für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Medizinischen Dienste gleichermaßen verwendet.

Die näheren Einzelheiten gemäß § 17c Absatz 6 KHG gliedern sich wie folgt:

- Allgemeiner Teil (I)
- Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten (II)
- Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten (III)
- Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten (IV)
- Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG (V)
- Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung (VI)

I. Allgemeiner Teil

Für die Datenlieferung durch die Krankenkassen gelten die in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V definierten Vorgaben analog für die jährlichen Statistiken. Abweichend erfolgt nachstehend die Definition des Berichtszeitraumes.

Berichtsjahr und betrachtetes Jahr

Als Berichtsjahr wird das Jahr bezeichnet, in dem der GKV-Spitzenverband die Auswertungen veröffentlicht. Das Berichtsjahr enthält Daten des vorangegangenen Jahres (betrachtetes Jahr).

II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 17c Absatz 6 KHG

Für die Datenlieferung durch die Krankenkassen gelten die in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V definierten Vorgaben analog für die jährlichen Statistiken zusätzlich der nachfolgenden Festlegungen.

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)

Die Daten liegen gemäß den Festlegungen zu den quartalsweisen Auswertungen vor und werden nicht erneut erhoben. Von Krankenkassen, die für mindestens ein Quartal keine quartalsweisen Daten geliefert haben, werden für den entsprechenden Zeitraum keine Daten für die Jahresstatistik berücksichtigt.

2. Anzahl und Ergebnisse der Vorverfahren

Anzahl der Vorverfahren

Jede nach § 4 PrüfvV durch die Krankenkasse bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld der Beauftragung des MD (im Weiteren „Vorverfahren“ genannt) im betrachteten Jahr eingeleitete Prüfung ist eine Prüfung mit Vorverfahren.

Als Einleitung der Prüfung gilt der Versand der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit den Schlüsselausprägungen PF000, SF000, KP000, FV000, KL000 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung).

Zu übermitteln ist die Anzahl aller abgeschlossenen Vorverfahren im betrachteten Jahr (im Vorverfahren gelöst und ungelöst):

- a) In den Fällen, in denen nach Einleitung der o. g. Prüfung durch die Krankenkasse weder Datenkorrekturen/Ergänzungen erfolgen noch ein Falldialog durchgeführt wird und eine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse (§ 6 Absatz 1a PrüfvV) (VOMD).
- b) In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse keine weitere Prüfung durch den MD erfordert (§ 5 Absatz 2 PrüfvV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VVDK).
- c) In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse eine weitere Prüfung durch den MD erfordert (§ 6 Absatz 1b

PrüfvV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse (VDMD).

Falldialog

(Fälle mit Falldialog sowie mit Falldialog und Datenkorrekturen/Ergänzungen, sind unter d), e) und f) zu zählen.)

- d) In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfvV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse als Ende des Vorverfahrens (VFMD).
- e) In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfvV) und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Beauftragung des MD erfolgen konnte, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Ablaufs des Vorverfahrens (VOPQ).
- f) In den Fällen, in denen im Vorverfahren im Falldialog eine Einigung erzielt wurde, gilt das Datum des Eingangs der zugehörigen Datenkorrektur (§ 5 Absatz 6 PrüfvV) als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr. In allen anderen Fällen gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEF00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VFDE).

Ergebnis der Vorverfahren und Höhe der Rückzahlungsbeträge im betrachteten Jahr

Zu übermitteln ist die Anzahl der im betrachteten Jahr im Vorverfahren durch Einigung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus gelösten Fälle, bei denen keine MD-Prüfung folgt (VFDE, VVDK) und zugunsten der Krankenkasse eine Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist (VRÜC).

Zu übermitteln ist die Summe der Rückzahlungsbeträge (Differenz zwischen dem ursprünglich in Rechnung gestellten Betrag und dem Abrechnungsbetrag nach Abschluss des Vorverfahrens) in Euro (RÜCS) für die im betrachteten Jahr im Vorverfahren gelösten Fälle (VFDE, VVDK), bei denen zugunsten der Krankenkasse eine Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist (VRÜC).

3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der je MD im betrachteten Jahr eingeleiteten Prüfungen

Zu übermitteln sind die Prüfanlässe für die im betrachteten Jahr durch die Krankenkasse bei dem zuständigen MD beauftragten Prüfungen, für die eine Prüfung gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet wurde. Als Datum für die Zuordnung zum betrachteten Jahr gilt das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse.

Wurde aufgrund von Datenkorrekturen, die ein Krankenhaus vornimmt, eine erneute/geänderte Beauftragung des MD erforderlich, erfolgt keine erneute Zählung, auch wenn ggf. eine erneute/geänderte Prüfanzeige an das Krankenhaus übermittelt wird. Nicht zu berücksichtigen sind eingeleitete Prüfungen für bis zum 31.12.2019 bei der Krankenkasse eingegangene Schlussrechnungen.

Die Übermittlung muss getrennt nach Prüfanlässen erfolgen. Sind bei einer Prüfung mehrere, verschiedene Prüfanlässe angegeben, ist jeder Prüfanlass separat zu zählen:

- Primäre Fehlbelegung (R1)
- Sekundäre Fehlbelegung (R2)
- Kodierprüfung (R3)
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.) (R4)
- Andere/weitere Prüfgegenstände (R5)

Als gesonderte Information wird die Anzahl der Prüfungen übermittelt, in denen die Kombination mehrerer Prüfanlässe gegeben war, d. h. die Prüfanzeige umfasste zwei oder mehr Prüfanlässe (ANMP).

4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge

Relevant sind die Fälle, mit einem bei der Krankenkasse eingegangenen und durch deren Leistungsentscheidung im betrachteten Jahr bis 31.12. abgeschlossenen MD-Gutachten. Als relevantes Datum für das betrachtete Jahr gilt das Datum der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse.

Die Anzahl ergibt sich aus den übermittelten Quartalsdaten gemäß § 275c Absatz 4 SGB V an den GKV-Spitzenverband (Summe US). Es erfolgt keine gesonderte Übermittlung.

Die Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen (ABSR) für das betrachtete Jahr ergibt sich wie folgt: Summe abgeschlossener Prüfungen (AP Quartale 1 bis 4 des betrachteten Jahres) abzüglich der Summe unbeanstandeter Schlussrechnungen (US Quartale 1 bis 4 des betrachteten Jahres).

Zu übermitteln ist ebenfalls die Anzahl der unbeanstandeten Schlussrechnungen, die nur deshalb unbeanstandet bleiben (also ohne Minderung des Rechnungsbetrages), weil das Krankenhaus in der MD-Prüfung seine Daten korrigiert hat (vgl. § 7 Absatz 5 Satz 7 PrüfV) (DKOM). Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK03“.

Höhe der Differenzbeträge

Zu übermitteln ist zu den Fällen ABSR die Summe der Differenzbeträge (SDIF) je IK zwischen ursprünglich in Rechnung gestelltem Betrag und dem Abrechnungsbetrag gemäß leistungsrechtlicher Entscheidung der Krankenkasse in Euro im betrachteten Jahr. Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK02 und MDK10“.

Höhe der Aufschläge

Zu übermitteln ist zu den Fällen ABSR die Anzahl derjenigen Fälle mit einem Aufschlag gemäß § 275 Absatz 3 SGB V (AFAS). Zu übermitteln ist zu den Fällen AFAS die Summe der Aufschläge in Euro im betrachteten Jahr (AUFS). Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK04“. Zu den Aufschlägen werden Daten erstmals im Jahr 2023 für das Jahr 2022 übermittelt.

5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG

Nachverfahren nach § 9 PrüfvV

Zu übermitteln ist die Anzahl der im betrachteten Jahr tatsächlich durchgeführten Nachverfahren (ATDN). Das relevante Datum ist der Abschluss des Nachverfahrens. Es sind die Fälle ATDN wie folgt zu übermitteln:

- Anzahl Nachverfahren mit Einigung (ANME)
- Anzahl Nachverfahren ohne Einigung (ANOE)

Einzelfallbezogene Erörterungen vor einer gerichtlichen Überprüfung nach § 17c Absatz 2b KHG

Zu übermitteln ist die Anzahl der im Berichtszeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen. Das relevante Datum ist der Abschluss der einzelfallbezogenen Erörterungen (ANEE). Es sind die Fälle (ANEE) wie folgt kategorisiert zu übermitteln:

- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen mit Einigung (EEME)
- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE)

6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V

Zu übermitteln ist die Anzahl der Anzeigen an die jeweilige Landesbehörde im Berichtszeitraum. Als relevantes Datum gilt der Versand der Anzeigen an die jeweilige Landesbehörde durch die

Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummern 1 und 2 KHG. Die Angaben sind wie folgt zu kategorisieren:

- a) Anzeigen wegen des Anteils unbeanstandeter Rechnungen unter 20 % (AN20)
- b) Anzeigen wegen des begründeten Verdachts einer systematisch überhöhten Abrechnung (ANSY)

Zu den Anzeigen wird erstmals im Jahr 2021 für das Jahr 2020 berichtet. Der GKV-Spitzenverband strebt eine Änderung der Festlegungen bis zum 30.09.2020 an, um die Mehrfachmeldungen durch Krankenkassen zu vermeiden. Abstimmungen hierzu werden mit den Verbänden der Krankenkassen geführt.

7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Zu übermitteln ist die Anzahl der Prüfungen von Strukturmerkmalen im betrachteten Jahr, für die eine Bestätigung gemäß § 275d Absatz 2 SGB V erteilt und gemäß § 275d Absatz 3 SGB V an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt wurde.

Die Übermittlung erfolgt getrennt nach Standorten und OPS-Komplexkodes. Die OPS-Komplexkodes werden in einer Liste zur Verfügung gestellt:

- a) Anzahl der Standorte mit Erfüllung der geprüften Strukturmerkmale je Komplexkode. Es sind alle im betrachteten Jahr eingegangenen Bescheinigungen zu zählen. Als relevantes Datum gilt das Datum der Bescheinigungen über die Erfüllung der Strukturmerkmale (STJA).
- b) Anzahl der Meldungen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V über die nicht mehr bestehende Einhaltung bereits geprüfter Strukturmerkmale. Als relevantes Datum gilt das Ausstellungsdatum der Meldung (ANNM).

Zu den Strukturprüfungen werden erstmals Daten im Jahr 2022 für das Jahr 2021 übermittelt. Der GKV-Spitzenverband strebt eine Änderung der Festlegungen bis zum 30.06.2021 an, um die Mehrfachmeldungen durch Krankenkassen zu vermeiden. Abstimmungsgespräche hierzu werden mit den MD und dem MD Bund geführt.

III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten

Meldeverfahren und Formate

Die Krankenkassen übermitteln die Daten gemäß Anlage 1 im Zeitraum vom 01.04. bis 30.04. des Folgejahres über das DAW²-Verfahren PRV³ an den GKV-Spitzenverband. In diesem Zeitraum sind beliebig viele Übermittlungen zu Korrekturzwecken möglich, wobei die jeweils jüngere Datenlieferung die ältere ersetzt. Letzter Termin für eine Korrekturmeldung ist der 30.04. des Folgejahres. Die Krankenkassen haben durch geeignete Verfahren sicherzustellen, dass ihre Daten vollständig, fehlerfrei und plausibel an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.

Der GKV-Spitzenverband führt aggregierte Ergebnisse der Krankenkassen zusammen. Es gilt die jeweils jüngste fehlerfreie Meldung an den GKV-Spitzenverband als von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 6 KHG. Nutzen Krankenkassen für die Übertragung der Daten an den GKV-Spitzenverband einen Dienstleister, gilt dies entsprechend. Bei der Übermittlung an den GKV-Spitzenverband sind die Daten zu verschlüsseln. Die Daten sind vom GKV-Spitzenverband sechs Jahre revisionssicher und historisiert aufzubewahren.

Der GKV-Spitzenverband prüft den Dateneingang gemäß dem Prüfkatalog in Anlage 2 und übermittelt der Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit den Ergebnissen aus dem Fehlerverfahren per E-Mail. Soweit Fehler aufgetreten sind, ist eine erneute Datenübermittlung erforderlich (Komplettlieferung). Darüber hinaus werden Hinweise zu Auffälligkeiten und scheinbar unplausiblen Angaben an die Datenlieferanten übermittelt. Als Folge dieser Hinweise oder bei durch die Krankenkasse selbst erkannten Fehlern ist ebenfalls eine erneute Meldung möglich. Erfolgt dies nicht, gilt der zuletzt übermittelte Stand als die von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenlieferung gemäß § 17c Absatz 6 KHG. Dieser Prozess kann sich mehrfach wiederholen. Dabei ist zu beachten, dass eine Prüfung auf Auffälligkeiten erst durchgeführt werden kann, wenn die gelieferten Daten keine Fehler mehr enthalten.

Bei fehlenden oder unvollständigen Lieferungen durch eine Krankenkasse wird entsprechend der unter Punkt VI. beschriebenen Maßnahmen verfahren.

Berichtszeiträume und Meldetermine

Der Berichtszeitraum für die zu übermittelnden Daten nach II. ist jeweils das Vorjahr. Für die erste Datenlieferung zum 30.04.2020 für das Jahr 2019 sind die in § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummern 1, 6 und 7 KHG genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der

² Zentrale Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

³ Prüfverfahren Krankenhausabrechnungsprüfung

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

Aufschläge sowie die in Nummer 5 genannten einzelfallbezogenen Erörterungen nicht zu übermitteln. Für die Datenlieferung zum 30.04.2021 für das Jahr 2020 sind die in § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 KHG genannten Daten zu Strukturprüfungen und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Für die Datenlieferung zum 30.04.2022 für das Jahr 2021 ist die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Ab dem Berichtszeitraum 2023 erfolgen die Datenmeldungen zum 30.04. des Folgejahres ohne Einschränkungen.

Betrachtetes Jahr	Stichtag	Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband
2019 (ohne Nummern 1, 6, 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4 und ohne die in Nummer 5 genannte Anzahl und Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2020
2020 (ohne Strukturprüfungen nach Nummer 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2021
2021 (ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2022
ab 2022 ohne Einschränkungen	15.04.	vom 15.04. bis 30.04. des Folgejahres

Die Meldungen erfolgen gemäß § 17c Absatz 6 Satz 3 KHG (ohne Versichertenbezug).

IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten

Der GKV-Spitzenverband führt die fristgerecht eingegangenen Datenlieferungen der Krankenkassen zusammen. Soweit für eine Krankenkasse bis zum Stichtag keine fehlerfreie Lieferung der Datenart „JST“ vorliegt, werden die Werte nach § 17c Absatz 6 Nummern 2 bis 5 KHG ohne die Angaben dieser Krankenkasse berechnet.

Für jedes im betrachteten Jahr gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V existierende Krankenhaus ist ein Datensatz zu liefern. Soweit dies nicht geschieht, werden die Werte nach § 17c Absatz 6 Nummern 2 bis 5 KHG ohne die fehlenden Angaben berechnet.

Bei der Berechnung fehlende Angaben werden gesondert ausgewiesen.

V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)

Es erfolgt die Übernahme der Quartalsstatistik.

2. Vorverfahren

Vorverfahren (VV)	Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle mit nachfolgender MD-Prüfung			Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle ohne MD-Prüfung	Durch Vorverfahren gelöste Fälle		
Anzahl Prüfungen mit VV (Σ VOMD, VVDK, VDMD, VFMD, VFDE) VOPQ (AUS_ANPV)	Anzahl VV <u>ohne</u> Datenkorrektur und <u>ohne</u> Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VOMD)	Anzahl VV <u>mit</u> Datenkorrektur/Ergänzung, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VDMD)	Anzahl VV <u>mit Falldialog</u> , die MD-Prüfung erfordern (AUS_VFMD)	Anzahl Fälle mit VV mit Abbruch Prüfverfahren (AUS_VOPQ)	Anzahl im VV gelöste Fälle (VVDK + VFDE) (AUS_ANVV)	Anzahl im VV <u>durch Datenkorrektur/Ergänzung</u> gelöster Fälle (AUS_VVDK)	Anzahl VV, die <u>durch Einigung im Falldialog</u> enden (AUS_VFDE)
MD 1							
...							
MD 15							
bundesweit							

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

Ergebnis des Vorverfahrens (VV)

Anzahl zugunsten der Krankenhäuser
gelöster VV (durch Korrektur und durch Falldialog
und keine Weiterverfolgung)
(VVDK+VFDE-VRÜC) ohne Minderung Abrech-
nungsbetrag sowie von Kasse nicht weiter verfolgte
Fälle (VVPQ)

(AUS_VORÜ)

Anzahl zugunsten der Krankenkassen
gelöster VV

(AUS_VRÜC)

VRÜC mit Minderung Abrechnungsbetrag

Durchschnittliche Höhe Rückerstattungsbe-
träge
(Σ RÜCS)/ Σ VRÜC

(AUS_RÜCS)

MD 1

...

MD 15

**bundes-
weit**

3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim MD eingeleiteten Prüfungen

Gesamt (AUS_SR) (R1+R2+ R3+R4+ R5)	Primäre Fehlbelegung		Sekundäre Fehlbelegung		Kodierprüfung		Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)		Andere/weitere Prüfgegenstände		Prüfungen mit Kombi- nation mehrerer Prüfan- lässe (ANMP)
	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)						
Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl
	(AUS_ AR1)	(AUS_ QR1)	(AUS_ AR2)	(AUS_ QR2)	(AUS_ AR3)	(AUS_ QR3)	(AUS_AR4)	(AUS_QR4)	(AUS_AR5)	(AUS_QR5)	(AUS_ANMP)
MD 1											
...											
MD 15											
bundes- weit											

Es wird jeweils die absolute Anzahl eines Prüfanlasses (z. B. R1) und der Anteil eines Prüfanlasses im Verhältnis zur Summe aller Prüfanlässe (AUS_SR) ausgewiesen. Der Anteil von Prüfanlässen an allen eingeleiteten Prüfungen eines betrachteten Jahres wird nicht ausgewiesen, da Prüfanlässe auch in Kombination mit einem oder mehreren anderen Prüfanlässen in Prüfanzeigen angegeben werden können.

4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, durchschnittliche Höhe der Differenzbeträge sowie ab dem Jahr 2023 durchschnittliche Höhe der ab dem Jahr 2022 geltenden Aufschläge

	Unbeanstandete Schlussrechnungen			Beanstandete Schlussrechnungen		
Anzahl MD-Gutachten (Σ AP aus Q1 bis Q4) (AUS_ANZGA)	Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (Σ US aus Q1 bis Q4) (AUS_ANZUS)	davon Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen infolge Datenkorrektur des Krankenhauses (AUS_DKOM)	Anzahl beanstandeter Schlussrechnungen (AUS_ABSR)	Durchschnittliche Höhe Differenzbeträge (Σ SDIF/ Σ ABSR) (AUS_DDIF)	Anzahl beanstandeter Rechnungen mit Aufschlag auf Differenzbetrag (AUS_AFAS)	Durchschnittliche Höhe der Aufschläge auf Differenzbeträge (AUS_AUFS)
MD 1						
...						
MD 15						
bundesweit						

5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG

Fälle mit durchgeführtem Nachverfahren (AUS_ATDN)	Anteil Nachverfahren an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QNV)	Ergebnis Nachverfahren	
		Anzahl Nachverfahren ohne Einigung (AUS_ANOE)	Anzahl Nachverfahren mit Einigung

MD 1

...

MD 15

bundes-
weit

Anzahl der Fälle mit einzelfallbezogener Erörte- rung (AUS_ANEE)	Anteil einzelfallbezogene Erörterung an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnun- gen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QEE)	Ergebnis einzelfallbezogene Erörterung	
		Anzahl einzelfallbezogene Erörterung mit Einigung (AUS_EEME)	Anzahl einzelfallbezogene Erörterung ohne Einigung (AUS_EEOE)

MD 1

...

MD 15

bundes-
weit

6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V

	Anzahl der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V (AUS_ANZB)	Anzahl der Anzeigen mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 % (AUS_AN20)	Anzahl der Anzeigen mit begründetem Verdacht systematisch überhöhter Abrechnung (AUS_ANSY)
MD 1			
...			
MD 15 bundes- weit			

7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung Strukturmerkmale) ab dem Jahr 2022 über ab dem Jahr 2021 durchgeführte Strukturprüfungen

OPS-Komplexcodes	Anzahl der Begutachtungen von Strukturmerkmalen (AUS_ANST)	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen nach § 275d Absatz 2 SGB V (AUS_STJA)	Anzahl der Meldungen nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Nichteinhaltung bestätigter Strukturmerkmale > 1 Monat) (AUS_ANNM)
MD 1			
...			
MD 15 bundes- weit			

VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung

Eine nicht oder nicht fristgerecht erfolgte Datenübermittlung wird gleich bewertet. Fehlerhaft übermittelte Datenmeldungen gelten als nicht übermittelt. Wurden für ein oder mehrere Krankenhäuser keine oder unvollständige Daten übermittelt, wird die Krankenkasse darauf hingewiesen. Aus der finalen Datenlieferung einer Krankenkasse werden die Daten aller vollständig und fehlerfrei übermittelten Krankenhäuser für die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes herangezogen.

Für die Berichtsgegenstände, für die Daten wegen Unvollständigkeit und Fehlern abgewiesen wurden, erfolgen die Auswertungen gemäß § 17c Absatz 6 KHG anhand der verfügbaren Meldungen. Krankenkassen, deren fehlende Daten zu unvollständigen Auswertungen führen, werden als nicht liefernde Krankenkassen ausgewiesen.