

Festlegung des GKV–Spitzenverbandes
über die näheren Einzelheiten
zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung
gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

– mit Wirkung ab dem 1. betrachteten Quartal 2022 –



Seite 2/20

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes

über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung
gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

Stand 22.02.2022

Präambel	4
I. Allgemeiner Teil.....	5
II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V	8
III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten	11
IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten	13
V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V für das einzelne Krankenhaus	15
VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung	20

Präambel

Mit dem MDK-Reformgesetz wird ein quartalsbezogenes Prüfquotensystem für Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eingeführt. Zur Umsetzung dieses Systems ist der GKV-Spitzenverband gemäß § 275c Absatz 4 Satz 1 SGB V verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen und zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V 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 § 275c Absatz 4 Satz 6 SGB V erforderlichen Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste (MD)¹ wurden eingeholt und berücksichtigt. Das Verfahren zur Stellungnahme wurde zum 31.03.2020 abgeschlossen. Die Festlegungen beziehen sich auf die zum Zeitpunkt des betrachteten Quartals geltende Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Sofern Anpassungen der nachstehenden Regelungen erforderlich sind, treten diese nach Möglichkeit zum 01.01. eines Jahres in Kraft.

Die näheren Einzelheiten gemäß § 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V 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 bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertungen (V)
- Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung (VI)

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

I. Allgemeiner Teil

Verpflichtung zur Übermittlung der Daten

Die Informationen gemäß der näheren Einzelheiten (III) sind durch alle gesetzlichen Krankenkassen (Quelle: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>) für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser auf Grundlage der Angaben im Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Berichtsquartal, betrachtetes Quartal und Anwendungsquartal

Als Berichtsquartal wird das Quartal bezeichnet, in dem der GKV-Spitzenverband die Auswertungen veröffentlicht. Das Berichtsquartal enthält Daten des vorangegangenen Quartals (betrachtetes Quartal). Die im Berichtsquartal veröffentlichten Daten wirken für das auf die Veröffentlichung folgende Quartal (Anwendungsquartal).

Beispiel:

Betrachtetes Quartal	Berichtsquartal (Zeitpunkt der Veröffentlichung)	Anwendungsquartal
1. Quartal 2020	2. Quartal 2020 (31.05.2020)	3. Quartal 2020
2. Quartal 2020	3. Quartal 2020 (31.08.2020)	4. Quartal 2020
3. Quartal 2020	4. Quartal 2020 (30.11.2020)	1. Quartal 2021
4. Quartal 2020	1. Quartal 2021 (28.02.2021)	2. Quartal 2021

Grundsatz

Die Daten sind durch die gesetzlichen Krankenkassen, die am jeweiligen Stichtag bestehen, zu übermitteln. Die Meldung der Statistiken hat durch die Krankenkasse unter Angabe des Kostenträger-Haupt-IK zu erfolgen, ggf. auch durch den bestehenden Rechtsnachfolger. Das Kostenträger-Haupt-IK ist auch bei der Beauftragung von MD-Prüfungen obligat zu verwenden. Die Liste der Kostenträger-Haupt-IK stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen zur Verfügung.

Vereinigung von Krankenkassen

Bei Vereinigung von gesetzlichen Krankenkassen in einem Berichtsquartal (z. B. 03/20XX) sind die Daten für das betrachtete Quartal (02/20XX) gemeinsam für alle Krankenkassen des Fusionsverbundes zu liefern.

In den Auswertungen werden nur solche Kassenfusionen berücksichtigt, für die eine Genehmigung des Bundesamtes für Soziale Sicherung vorliegt. Bei nach der Veröffentlichung einer quartalsweisen Auswertung bekanntwerdenden genehmigten Fusionen von Krankenkassen sind die einzelnen Werte der fusionierten Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 SGB V durch die Medizinischen Dienste zu summieren und für die Ermittlung der maximal zulässigen Prüfungen heranzuziehen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Medizinischen Dienste über bevorstehende Fusionen 6 Wochen vor dem betroffenen Anwendungsquartal zu informieren.

Neugründung von Krankenkassen

Neue Krankenkassen haben die Daten in dem Quartal zu übermitteln, das dem Quartal mit dem Gründungszeitpunkt folgt.

Schließung/Auflösung von Krankenkassen

Auch für geschlossene oder aufgelöste (nicht fusionierte) Krankenkassen sind die Daten für alle Berichtszeiträume des Schließungs- oder Auflösungsjahres zu erstellen.

Fusion/Schließung von Krankenhäusern

Eine Fusion im Sinne dieser Statistik wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer neuen Budgetvereinbarung für die in der Fusion aufgegangenen Krankenhäuser wirksam. Die Fusion mehrerer Krankenhäuser führt dazu, dass die Daten der Fusionspartner für die Quartale vor der Fusion zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet werden. Ab dem Quartal der Fusion gelten die dabei errechneten Kennwerte nach § 275c Absätze 2 und 3 SGB V für das gesamte fusionierte Krankenhaus.

Insofern Krankenhäuser den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung nicht spätestens zwei Monate vor Beginn des Anwendungsquartals an das o. g. Standortverzeichnis übermittelt haben, so dass der GKV-Spitzenverband in der Folge nicht rechtzeitig über die erforderliche Information verfügt, kann eine Berücksichtigung der Fusion für die Zahl der prüfbaren Schlussrechnungen in den Veröffentlichungen zur quartalsweisen Auswertung nicht erfolgen. Dies gilt auch hinsichtlich der Einstufung in Prüfquote und Aufschlagshöhe. In diesem Fall ist bei voneinander abweichenden Prüfquoten der fusionierenden Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 für das fusionierte Krankenhaus übergangsweise auf das arithmetische Mittel der ab 2022

geltenden Prüfquoten, also 10 %, abzustellen und die entsprechende Aufschlagshöhe anzuwenden. Für die Anwendung der Prüfquote ist die Anzahl der Schlussrechnungen der an der Fusion beteiligten Krankenhäuser aus dem betrachteten Quartal zu summieren.

Für ein fusioniertes Krankenhaus erfolgt die Ermittlung der maximal zulässigen Prüfquote und der Aufschlagshöhe nach Kenntnis der Fusion zum nächstmöglichen Quartal.

Um in den veröffentlichten Daten einen möglichst aktuellen Stand wiedergeben zu können, liefern die Krankenkassen auch im Falle einer bekannten Fusion bei jeder Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband zur Identifikation des Krankenhauses das zur Abrechnung verwendete IK.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung generiert der GKV-Spitzenverband auf Grundlage der Angaben im Standortverzeichnis die Datensätze für das Anwendungsquartal entsprechend dem zum Veröffentlichungszeitpunkt bekannten Fusionsstand. Erfolgt eine Fusion im Laufe eines Anwendungsquartals, gelten die für das fusionierte Krankenhaus errechneten Kennwerte nach § 275c Absätze 2 und 3 SGB V ab Quartalsbeginn für alle in der Fusion aufgehenden Krankenhäuser.

Solange keine einheitlichen und eindeutigen Regeln für die Erfassung und Veröffentlichung von Fusionen und IK-Wechseln im Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V vorliegen, werden für jedes Haupt-IK eines Krankenhauses die in den Gültigkeitszeiträumen des Haupt-IK gültigen Abrechnungs-IK der Einrichtungen mit dem Einrichtungstyp „00“ zusammengefasst und die krankenhausspezifischen Ergebnisse unter dem Haupt-IK veröffentlicht, soweit der jüngste Gültigkeitszeitraum des Haupt-IKs nicht mehr als acht Quartale vor dem betrachteten Quartal endete oder der älteste erst nach dem Anwendungsquartal beginnen wird. Die Meldungen der Krankenkassen zu einzelnen Krankenhäusern werden entsprechend dieser Zuordnungen von Abrechnungs-IK zu Haupt-IK summiert. Für Fusionen und IK-Wechsel vor dem 01.01.2020 findet darüber hinaus die Überleitungstabelle in Anlage 3 Anwendung.

Ab dem Zeitpunkt der Schließung eines Krankenhauses werden für dieses Krankenhaus von den Krankenkassen für weitere acht Berichtsquartale Daten geliefert und vom GKV-Spitzenverband Kennwerte nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V veröffentlicht.

II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V

Einleitung

Die zu übermittelnden Daten sind nach einheitlichen Grundsätzen von den Krankenkassen zu erheben. Dazu ist es notwendig, die seit Jahren im Abrechnungsverfahren verwendeten Begriffe zu vereinheitlichen oder näher zu beschreiben. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, da einige Angaben nicht direkt aus dem Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Absatz 3 SGB V zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgeleitet werden können, sondern beispielsweise aus dem MD-Begutachtungsprozess abzuleiten sind. Für Krankenhäuser, die nicht am elektronischen Datenaustausch teilnehmen, gelten alle Festlegungen gleichermaßen.

Abgrenzung der Daten allgemein

Für die Datenerhebung sind die Daten sowohl für den KHEntg- als auch BpflV-Bereich heranzuziehen. Für die Datenerhebung sind die Abrechnungsdaten zu berücksichtigen, die gemäß § 3 Sätze 2 bis 4 PrüfvV korrekt und vollständig an die Krankenkassen übermittelt wurden. Die Regelungen des § 275c Absätze 2 bis 5 SGB V beziehen sich ausschließlich auf bei der Krankenkasse eingegangene Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung. Dazu sind Schlussrechnungen zu berücksichtigen, die zum Zeitpunkt der Erhebung alle folgenden Bedingungen erfüllen:

- Der zugehörige Fall weist den Aufnahmegrund „01“, „02“ oder „08“ auf.
- Die Schlussrechnung war ins Fachverfahren übernommen worden (Rechnungsart ist ,02‘ oder ,52‘, Abschluss der Fehlerstufen 1 bis 3 gemäß Anlage 4 der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V).
- Die Schlussrechnung wurde weder storniert noch zurückgewiesen.
- Eine Schlussrechnung wird nicht gezahlt, wenn diese in Umsetzung eines MD- Gutachtens nach Erhalt der Leistungsentscheidung der Krankenkasse bei dieser eingeht.

Für alle anderen Fälle gelten die Bestimmungen des § 275c Absätze 2 bis 5 SGB V nicht.

Institutionskennzeichen (IK)

Zu übermitteln ist das bei der Abrechnung verwendete IK (IK des Absenders). Zuordnungen zum Haupt-IK des Standortverzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V und ggf. nach der Abrechnung eintretende Änderungen des IK eines Krankenhauses durch Fusion oder IK-Wechsel werden durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen. Fusionen und Wechsel von IK für Zeiten vor Aufnahme des Regelbetriebes des Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser werden anhand der Überleitungstabelle in Anlage 3 berücksichtigt.

Medizinischer Dienst (MD)

Als MD im Sinne dieser Vereinbarung gilt der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständige MD. Bei Begutachtungen von Schlussrechnungen des zu prüfenden Krankenhauses durch einen anderen als den örtlichen MD (nur möglich lt. Richtlinie MD Bund gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V) wird die Prüfung dennoch bei dem örtlich zuständigen MD eingeleitet und diesem auch zugeordnet. Die Zuordnung des Krankenhauses zu dem örtlich zuständigen MD/SMD² erfolgt im Rahmen der Datenverarbeitung durch den GKV-Spitzenverband. Grundlage der Zuordnung ist die unter III. beschriebene Zuordnung.

Ein gesonderter Ausweis von Informationen nach MD und SMD ist nicht vorgesehen. Daten der KNAPPSCHAFT werden dementsprechend ebenfalls dem örtlichen MD zugeordnet, der für das jeweilige Krankenhaus relevant ist.

Anzahl Schlussrechnungen (AS)

Zu übermitteln ist die Anzahl der ab dem 01.01.2020 eingegangenen Schlussrechnungen zur vollstationären Behandlung, bei denen im betrachteten Quartal eine zum Zeitpunkt der Erhebung (Stichtag) ins Fachverfahren übernommene gültige Schlussrechnung eingegangen ist. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum des Eingangs der letzten Schlussrechnung eines Falles bei der Datenannahmestelle der Krankenkasse. Bei Fällen, für die in vergangenen Quartalen bereits Schlussrechnungen gestellt wurden, sind neu eingehende Schlussrechnungen erneut zu zählen. Die unter dem Punkt „Abgrenzung der Daten allgemein“ (siehe Seite 8) getroffenen Festlegungen sind zu beachten.

Anzahl eingeleiteter Prüfungen (EP)

Zu übermitteln ist für ab dem 01.01.2020 eingegangene Schlussrechnungen zur vollstationären Behandlung die Anzahl der bei dem zuständigen MD im betrachteten Quartal eingegangenen Prüfaufträge der Krankenkasse, für die eine Prüfung gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet wurde. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse (Versand an den MD). Wird aufgrund von zulässigen 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 erfassende Prüffälle sind Prüfungen, die eine Krankenkasse unabhängig von einer Beauftragung des MD durchführt, und Prüfungen, bei denen die Krankenkasse den MD

² Sozialmedizinischer Dienst

beispielsweise mit einer sozialmedizinischen Fallberatung beauftragt, ohne dass der MD dafür Daten beim Krankenhaus erhebt.

Anzahl abgeschlossener Prüfungen (AP)

Zu übermitteln sind die bei den Krankenkassen eingegangenen und im betrachteten Quartal durch deren Leistungsentscheidung abgeschlossenen MD-Verfahren. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse im zu betrachtenden Quartal, die Zuordnung zum zu betrachtenden Quartal ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der ersten KAIN³-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK01“, „MDK02“, für Fälle mit Aufnahmedatum bis 31.12.2021 auch „MDK03“ oder „MDK10“.

Prüfungen für Fälle mit Aufnahmedatum bis 31.12.2021, die aufgrund einer Datenkorrektur des Krankenhauses kein MD-Gutachten mehr erfordern, zählen nicht zu den abgeschlossenen MD-Prüfungen („MDK12 und MDK13“).

Für Fälle mit Aufnahmedatum ab 01.01.2022 ist als abgeschlossene Prüfung auch die erste KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK30“ zu zählen (eine zusätzliche Übermittlung des MDK02 an das Krankenhaus erfolgt in diesen Fällen nicht). In den Fällen, in denen die Krankenkasse eine Entscheidung gemäß § 8 PrüfvV nicht fristgemäß übermittelt hat, ist die nach Fristablauf eingehende erste INKA-Nachricht mit dem Schlüssel „MDI05“ heranzuziehen. Prüfungen, die aufgrund einer zulässigen Korrektur der Abrechnung gemäß § 11 PrüfvV kein MD-Gutachten mehr erfordern, zählen nicht zu den abgeschlossenen MD-Prüfungen. Bei Prüfung auf Fallzusammenführung folgt die Zählung der durch leistungsrechtliche Entscheidung abgeschlossenen Prüfungen der Zählung der Prüfaufträge.

Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (US)

Zu übermitteln sind die im betrachteten Quartal durch die Leistungsentscheidung der Krankenkasse abgeschlossenen MD-Verfahren (AP) **ohne Minderung des Abrechnungsbetrages** (US). Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Übermittlungsdatum der ersten KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK01“ und die nach Fristablauf gemäß § 8 PrüfvV eingehende erste INKA-Nachricht mit dem Schlüssel „MDI05“. Für Fälle mit Aufnahmedatum bis 31.12.2021 ist auch die erste KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK03“ zu zählen.

³ Nachricht gemäß Vereinbarung nach § 301 SGB V

Das technischen Fehlern vorbehaltenen Verarbeitungskennzeichen 76 führt nicht zu einer veränderten Datenmeldung.

III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten

Meldeverfahren und Formate

Die Krankenkassen übermitteln die Daten gemäß Anlage 1 im Zeitraum vom 15. bis zum letzten Tag des auf das betrachtete Quartal folgenden Monats über das DAW⁴-Verfahren PRV⁵ 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 letzte Tag des auf das betrachtete Quartal folgenden Monats. 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 im Sinne der Prüfung nach Anlage 2 fehlerfreie Meldung an den GKV-Spitzenverband als von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenlieferung gemäß § 275 Absatz 4 Satz 2 SGB V. 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 gemäß Anlage 2 aufgetreten sind, erfolgt die Abweisung der Datenlieferung und es ist eine erneute Datenübermittlung erforderlich (Komplettlieferung). Darüber hinaus werden Hinweise zu Auffälligkeiten und scheinbar unplausiblen Angaben an die Datenlieferanten übermittelt, die nicht zur Abweisung der Datenlieferung führen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, anhand der Hinweise ihre an den GKV-Spitzenverband übermittelten Daten aktiv auf Plausibilität zu überprüfen. Als Folge der Überprüfung 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 § 275 Absatz 4 Satz 2 SGB V. 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.

Soweit bis zum letzten Liefertermin keine korrekte Lieferung durch die Krankenkasse erfolgt ist, wird die Krankenkasse mit den unter VI. (Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter

⁴ Zentrale Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

⁵ Prüfverfahren Krankenhausabrechnungsprüfung

Datenübermittlung) beschriebenen Konsequenzen für das betreffende Quartal als „nicht liefernd“ qualifiziert.

Betrachtetes Quartal	Stichtag	Lieferzeitraum an GKV-Spitzenverband im Folgemonat	Berichtsquartal
1. Quartal (01.01. – 31.03.)	jeweils der 14. Kalendertag des Folgemonats	vom 15.04. bis 30.04.	2. Quartal
2. Quartal (01.04. – 30.06.)		vom 15.07. bis 31.07.	3. Quartal
3. Quartal (01.07. – 30.09.)		vom 15.10. bis 31.10.	4. Quartal
4. Quartal (01.10. – 31.12.)		vom 15.01. bis 31.01. Folgejahr	1. Quartal Folgejahr

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den einzelnen MD erfolgt nach der Lokalisation ihrer stationären Standorte. Krankenhäuser aller Bundesländer außer Nordrhein-Westfalen werden über das Bundesland zugeordnet. In Nordrhein-Westfalen erfolgt die Zuordnung über die Regierungsbezirke. Krankenhäuser mit stationären Standorten in den Regierungsbezirken Arnsberg, Detmold oder Münster werden dem MD Westfalen-Lippe, Krankenhäuser mit stationären Standorten in den Regierungsbezirken Düsseldorf oder Köln dem MD Nordrhein zugeordnet. Krankenhäuser mit Standorten in beiden Gebieten werden auf Grundlage des zum Ende des Anwendungsquartals gültigen Haupt-IK zugeordnet. Solche, deren IK eine gerade Zahl darstellt, werden dem MD Westfalen-Lippe, die übrigen dem MD Nordrhein zugeordnet.

IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten

Der GKV-Spitzenverband führt die fristgerecht eingegangenen Datenlieferungen der Krankenkassen zusammen und berechnet die Kennwerte nach § 275c Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V. Die Werte der Krankenkassen ohne fristgerecht eingegangene Datenlieferung werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Werte von Krankenhäusern oder Krankenkassen, die im Anwendungsquartal fusionieren, werden gemeinsam ausgewertet und unter dem zum Quartalsende des Anwendungsquartals gültigen Haupt-IK veröffentlicht.

Für jedes im betrachteten Quartal oder in den acht davorliegenden Quartalen gemäß den zum Stichtag gültigen Angaben im Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V existierende Krankenhaus ist ein Datensatz zu liefern. Für Krankenhäuser, für die dies in der Datenbereitstellung des Standortverzeichnisses mit dem jüngsten Erstelldatum zum jeweiligen Stichtag nicht zutrifft, und für solche, die durch eine Fusion in einem anderen Krankenhaus aufgegangen sind, ist keine Datenlieferung erforderlich. Für Krankenkassen ohne fristgerechte Lieferung wird die Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für alle Krankenhäuser für diese Krankenkassen mit „keine Meldung erfolgt“ ausgewiesen. Diese veröffentlicht der GKV-Spitzenverband entsprechend. Gehen bei einer Krankenkasse für ein Krankenhaus keine Schlussrechnungen ein, erfolgt die Datenübermittlung mit der Angabe „0“.

Für die Berechnung der realisierten Prüfquote gemäß § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V (AUS_RPQ) wird die Anzahl der eingeleiteten Prüfungen über alle Krankenkassen zur Anzahl eingegangener Schlussrechnungen über alle Krankenkassen im vorvergangenen Quartal ins Verhältnis gesetzt. Sind für ein Krankenhaus in einem Quartal keine Schlussrechnungen bei den Krankenkassen eingegangen, kann für das Krankenhaus keine Berechnung gemäß § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V erfolgen. In diesem Fall wird der Wert nicht ausgewiesen. In die Berechnung der realisierten Prüfquote gehen dementsprechend nur Werte von Krankenkassen ein, von denen die für das betreffende Krankenhaus erforderlichen Angaben zu beiden Quartalen vorliegen.

Wurden für ein Krankenhaus im betrachteten Quartal keine Prüfungen abgeschlossen, kann für das Krankenhaus keine Berechnung gemäß § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V erfolgen. In diesem Fall wird der Wert nicht ausgewiesen. Als zulässige Prüfquote nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V wird in diesem Falle für das jeweils relevante Anwendungsquartal 2022 ff. die Prüfquotenklasse nach § 275c Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 SGB V ausgewiesen. Dies gilt entsprechend auch für neu zugelassene Krankenhäuser.

Bei der Bestimmung der Anzahl der prüfbaren Schlussrechnungen werden keine Nachkommastellen berücksichtigt, es wird stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorgenommen. Anteilswerte werden als Prozentsätze kaufmännisch gerundet auf zwei Nachkommastellen

Seite 14/20

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes

über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung
gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

ausgewiesen. Für das Jahr 2020 werden als zulässige Prüfquoten je Anwendungsquartal für alle Krankenhäuser als Werte nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V **5 %** ausgewiesen, für das Jahr 2021 **12,5 %**.

V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V für das einzelne Krankenhaus

Die ermittelten Daten werden am letzten Tag des zweiten Monats nach Ende des betrachteten Quartals veröffentlicht. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Website des GKV-Spitzenverbandes gemäß Anlage 1 im CSV-Format über eine feste Internetadresse, damit ein automatisierter Abruf möglich ist. Die Veröffentlichung auf der Website des GKV-Spitzenverbandes umfasst auch auf MD-Ebene aggregierte und bundesweite Ergebnisse. Darüber hinaus erfolgt eine Veröffentlichung mit einem webbasierten Business-Intelligence-Tool auf der Internetseite [URL].

Dabei wird der zum Erstellungszeitpunkt bekannte Fusionsstand von Krankenhäusern, der am Ende des Anwendungsquartals gültig ist, zugrunde gelegt. Hierzu ist es notwendig, dass Krankenhäuser ihre Fusionsstände zwei Monate vor Beginn des Anwendungsquartals dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V mitteilen. Maßgeblich für die Veröffentlichung der Angaben zu einem Krankenhaus ist der zum Stichtag veröffentlichte Stand des Standortverzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V. Für Krankenhäuser, die nach diesem Veröffentlichungsstand weder im betrachteten noch in den acht davorliegenden Quartalen eine gültige stationäre Einrichtung unterhielten, erfolgt keine Veröffentlichung.

Zu den folgenden Terminen werden die nachfolgenden Auswertungen veröffentlicht:

Betrachtetes Quartal	Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes bis
1. Quartal (01.01. – 31.03.)	31.05.
2. Quartal (01.04. – 30.06.)	31.08.
3. Quartal (01.07. – 30.09.)	30.11.
4. Quartal (01.10. – 31.12.)	28.02. Folgejahr

Datenart QAP

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V – Realisierte Prüfquote

Anteil der in einem betrachteten Quartal eingeleiteten MD-Prüfungen an den im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen (vollstationäre Krankenhausbehandlung)

Berechnungsbeispiel für ein Berichtsquartal (4. Quartal)

Realisierte Prüfquote Q3 je Krankenhaus (AUS_RPQ)

$$= \frac{[\text{Summe Anzahl Prüfungen (Q3 EP) über alle Krankenkassen}]}{[\text{Summe Anzahl Schlussrechnungen (Q1 AS) über alle Krankenkassen}]}$$

Für die Ermittlung der Anzahl der eingeleiteten Prüfungen (EP) und die damit verbundene Überwachung der Einhaltung der maximal zulässigen Prüfquote ist auch bei Prüfungen auf Fallzusammenführung eine einheitliche Zählweise erforderlich. Bei Prüfung auf Fallzusammenführung ist die Zählung der eingeleiteten Prüfungen (EP) ab 01.01.2022 wie folgt anzuwenden:

Die Prüfung gesondert abgerechneter Behandlungsfälle auf Fallzusammenführung umfasst auch die diesbezügliche Überprüfung der Kodierung der Behandlungsfälle und wird als nur ein Prüfauftrag gezählt. Die Prüfeinleitungsfrist darf nur bezogen auf den zuletzt gegenüber der Krankenkasse abgerechneten Aufenthalt nicht überschritten sein. Der Prüfauftrag kann bezüglich des zuletzt abgerechneten Aufenthaltes über die Kodierung hinaus weitere Prüfgegenstände umfassen.

Die Veröffentlichung der realisierten Prüfquote erfolgt erstmals für das 3. Quartal 2020.

Tabellarische Darstellung

MD-ID	Realisierte Prüfquote je Krankenhaus (AUS_RPQ)
KH 1	X,XX %
KH 2	X,XX %
...	X,XX %
KH 1.942	X,XX %
alle KH	X,XX %

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V – Anteil der Schlussrechnungen, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist (AUS_POM-Q)

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V – Zulässige Prüfquote (AUS_ZPQ) und zulässige Aufschlagshöhe (AUS_Z-AUF für das Jahr 2022 ff.) für das übernächste Quartal (ausgehend vom betrachteten Quartal)

Berechnungsbeispiel für ein Berichtsquartal (2. Quartal)

Anteil MD-Gutachten ohne Minderung Abrechnungsbetrag Q1 je Krankenhaus (AUS_POM-Q)

$$= \frac{\text{[Summe Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (Q1 US) über alle Krankenkassen]}}{\text{[Summe Anzahl abgeschlossener Prüfungen (Q1 AP) über alle Krankenkassen]}}$$

Aufgrund der Werte AUS_POM-Q erfolgt für das jeweils relevante Anwendungsquartal des Jahres 2022 ff. eine Zuordnung der Krankenhäuser gemäß § 275c Absatz 2 Sätze 3 und 4 SGB V zu den zulässigen Prüfquoten und zu den Aufschlagshöhen gemäß § 275c Absatz 3 Sätze 1 und 2 SGB V. Für den krankenhausbezogen zu berechnenden Wert AUS_POM-Q werden zur Nachvollziehbarkeit ab dem betrachteten Quartal 3/2021 zusätzlich die Summe der Anzahl durch Entscheidung der Krankenkassen abgeschlossenen MD-Prüfungen (SUM_AP) und die Summe der Anzahl der davon unbeanstandeten Schlussrechnungen (SUM_US, keine Minderung des Abrechnungsbetrages) ausgewiesen.

Tabellarische Darstellung

MD-ID	Summe Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen über alle Krankenkassen (SUM_US)	Summe Anzahl abgeschlossener Prüfungen über alle Krankenkassen (SUM_AP)	AUS_POM-Q	Zulässige Prüfquote für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) (für 2022 ff.) (AUS_ZPQ)	Aufschlagshöhe ⁶ für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) (für 2022 ff.) (AUS_Z-AUF)
KH 1	40	50	80,00 %	5 %	0 %
KH 2	35	50	70,00 %	5 %	0 %
...	26	50	52,00 %	10 %	25 %
KH 1.942	17	55	31,00 %	15 %	50 %

⁶ Der Wert AUS_Z-AUF gibt lediglich den Prozentsatz aufgrund der Zuordnung der Aufschlagshöhe zur Prüfquotenklasse an. Für die Ermittlung des konkreten Aufschlags gelten darüber hinaus die Vorgaben zu Mindest- und Maximalbeträgen gemäß § 275c Absatz 3 Satz 2 SGB V. Für die Prüfquotenklasse 5 % wird AUS_Z-AUF mit dem Wert 0 ausgewiesen.

Datenart QAN

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 SGB V – Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen
(AUS_ASAN) für vollstationäre Krankenhausbehandlung je Krankenhaus und Krankenkasse
(AUS_ASIK)

§ 275c Absatz 2 Satz 5 2. Halbsatz SGB V – Anwendung der Prüfquote bei den einzelnen Krankenkassen

Neben der Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen veröffentlicht der GKV-Spitzenverband die **maximale Anzahl der zulässigen Prüfungen** je Krankenkasse in einem Krankenhaus für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal). Diese ergibt sich wie folgt:

Berechnung

Anzahl der im auf das Berichtsquartal folgenden Quartal (Anwendungsquartal) maximal prüfbaren Schlussrechnungen (AUS_SPR-AN)

= Summe Anzahl Schlussrechnungen (AS) für die einzelne Krankenkasse im betrachteten Quartal X zulässige Prüfquote für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal)

Bei der Bestimmung der Anzahl der maximal prüfbaren Schlussrechnungen werden keine Nachkommastellen berücksichtigt, es wird stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorgenommen.

Wird aufgrund einer Datenlieferung von Krankenkassen die Anzahl der maximal prüfbaren Schlussrechnungen für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) rechnerisch mit Null ermittelt, wird gemäß der gesetzlichen Regelung nach § 275c Absatz 2 Satz 8 SGB V der Wert 1 ausgewiesen.

Tabellarische Darstellung

KH-IK	MD-ID	IK der Krankenkasse (ASIK)	Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zum IK der Krankenkasse aus ASIK (AUS_ASAN)	Anzahl der im auf das Berichtsquartal folgenden Quartal (Anwendungsquartal) maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen- IK aus ASIK (AUS_SPR-AN)
KH 1		KK 1		
KH 1		KK 2		
KH 1		...		
KH 1		KK n		
KH 2		KK 1		
KH 2		KK 2		
KH 2		...		
KH 2		KK n		
KH ...		KK 1		
KH		
KH ...		KK n		
KH 1.942		KK 1		
KH 1.942		KK 2		
KH 1.942		...		
KH 1.942		KK n		

VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung

Eine nicht oder nicht fristgerecht erfolgte Datenübermittlung wird gleich bewertet. Im Sinne der Anlage 2 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 gemäß Anlage 2 fehlerfrei übermittelten Krankenhäuser für die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes herangezogen.

Für die Krankenhäuser, für die Daten wegen Unvollständigkeit und Fehlern abgewiesen wurden, erfolgen die Berechnungen der Auswertungen gemäß § 275 Absatz 4 Satz 3 SGB V anhand der verfügbaren Meldungen. Krankenkassen, deren fehlende Daten zu dieser alternativen Einstufung führen, werden als nicht liefernde Krankenkassen bei den betreffenden Krankenhäusern ausgewiesen.

Liegt von einer Krankenkasse keine fristgerechte Übermittlung der Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V für ein oder mehrere Krankenhäuser vor, wird die Krankenkasse bei der Ermittlung der Werte nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V für diese Krankenhäuser nicht berücksichtigt.

Liegt von einer Krankenkasse eine fristgerechte Übermittlung unvollständiger Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V für ein oder mehrere Krankenhäuser vor, ist für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) keine vollständige GKV-weite Ermittlung des Anteils unbeanstandeter Rechnungen für diese Krankenhäuser möglich. Diese nicht liefernden Krankenkassen sind von Prüfungen ab dem übernächsten Quartal solange ausgeschlossen, bis eine vollständige Meldung erfolgt. Diese Regelung gilt erstmals für Datenlieferungen zu dem betrachteten Quartal 3/2020. Soweit von Krankenkassen die Lieferung der Daten aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen fehlerhaft oder unvollständig erfolgt, können diese Krankenkassen im Anwendungsquartal die Rechnungen des betroffenen Krankenhauses nur in Höhe der niedrigsten Prüfquotenklasse prüfen. Als Basis für die Berechnung der maximal prüfbaren Schlussrechnungen wird in diesem Fall die Anzahl der Schlussrechnungen der letzten gültigen Datenmeldung herangezogen. Dies gilt nicht, wenn Krankenkassen die Lieferung der Daten bewusst, ganz oder teilweise unterlassen.