

Hinweise des GKV–Spitzenverbandes

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

Stand: 05.11.2014



**§ 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.

Keine Hinweise.

**§ 2
Geltungsbereich**

1) Diese Vereinbarung gilt für die gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 Absatz 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 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.

Hinweise:

Zu Absatz 1

Die PrüfV gilt für Begutachtungen nach § 275 Abs. 1c SGB V für Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.

Sie gilt nicht

- für die Prüfung von Entbindungsfällen (§ 24f SGB V).
Auch bei stationärer Entbindung im Krankenhaus (§ 24f Satz 4 SGB V) liegt keine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V vor (vgl. Urteil des BSG vom 18.06.2014, Az.: B 3 KR 10/13 R). Nichtsdestotrotz können die Krankenkassen entsprechende Behand-

lungsfälle nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – außerhalb der PrüfvV – durch den MDK begutachten lassen.

- für die Prüfung ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung nach § 116b SGB V.
Bei Leistungen nach § 116b SGB V handelt es sich ebenfalls nicht um Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.
- für die Prüfung von Abrechnungen „Ambulanter Operationen“ nach § 115b SGB V.
§ 275 Abs. 1c SGB V ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf die Prüfung von Leistungen nach § 115b SGB V nicht anwendbar. Das SGB V regelt vielmehr speziell in § 115b SGB V selbst, wie solche Leistungen zu überprüfen sind (vgl. Urteil des BSG vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 1/13 R).

Zu Absatz 2

Keine Hinweise.

Zu Absatz 3

Die PrüfvV ist auch dann anzuwenden, wenn die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrgenommen werden (vgl. § 283 Satz 3 SGB V).

§ 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 Mitwirkungsobligationen, 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.

Hinweise:

Das Krankenhaus muss die Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den geltenden Vereinbarungen korrekt und vollständig übermitteln. Es muss seine Mitwirkungsobliegenheiten im Hinblick auf die ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung vollständig erfüllen.

Beispiele:

- besondere Begründung für die stationäre Durchführung einer in den AOP-Katalog (Kategorie 1 oder 2) nach § 115b SGB V aufgenommenen Leistung (vgl. Urteil des BSG vom 21.03.2013, Az.: B 3 KR 28/12 R – Herzkatheteruntersuchung),
- bei Leistungen, die grundsätzlich der vertragsärztlichen – ambulanten – Versorgung zugewiesen und nur in begründeten Ausnahmefällen stationär zu erbringen sind, Mitteilung darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist (vgl. Urteil des BSG vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R – kardiorespiratorische Polysomnographie),
- Übermittlung von Kurzberichten,
- nachvollziehbare Mitteilung der entsprechenden Sachverhalte, die das Krankenhaus zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben, sofern die vom Krankenhaus vorgenommene Auslegung oder Anwendung von Abrechnungsvorschriften offenkundig zweifelhaft oder gar offen umstritten ist (vgl. Urteil des BSG vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 14/12 R – vorübergehende Funktionsstörung des Transplantats keine Abstoßung),
- Darlegung, dass aus medizinischen Gründen eine nachstationäre Behandlung an Stelle identischer vertragsärztlicher Behandlung geboten war (vgl. Urteil des BSG vom 17.09.2013, Az.: B 1 KR 51/12 R – Strahlentherapie).

§ 3 stellt somit klar, dass insbesondere die Daten nach § 301 SGB V zu den Mitwirkungsobliegenheiten gehören, jedoch bei weitem nicht abschließend sind, um z. B. eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit zu begründen.

Die Fristen für die Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 Abs. 1) sowie für die direkte Beauftragung des MDK (§ 6 Abs. 2 Satz 2), die sich auf das Vorliegen der zahlungsbegründenden Unterlagen beziehen, laufen demzufolge erst ab dem vollständigen und korrekten Vorliegen aller zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 3.

§ 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 deren Abrechnung nach § 275 Absatz 1c SGB V einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hierzu zumindest die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen:

- eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.),
- eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen / Prozeduren etc.),
- eine Fehlbelegungsprüfung oder
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.).

²Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen.

Hinweise:

Besteht das Erfordernis einer Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V, wird das Prüfverfahren seitens der Krankenkasse durch eine Mitteilung der Auffälligkeiten gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet. Die Auffälligkeiten sind dabei so konkret wie möglich mitzuteilen. Hierbei genügt die reine Nennung der Auffälligkeit, einer Begründung bedarf es nicht (Urteil des BSG vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 48/12 R). Als Mindestvoraussetzung ist die Angabe einer oder mehrerer der vier Prüfarten nach Satz 1 erforderlich, so dass die Mitteilung der konkreten Auffälligkeit nicht zwingend erfolgen muss.

Entscheidend für die Fristwahrung zur Einleitung des Prüfverfahrens ist der Eingang der Mitteilung beim Krankenhaus innerhalb von 6 Wochen, nachdem die zahlungsbegründenden Unterlagen korrekt und vollständig vorgelegen haben. Diese Frist ist als Ausschlussfrist zu werten. Bis zur Umsetzung der elektronischen Mitteilung der Auffälligkeiten sind durch die Krankenkassen entsprechende anderweitige Vorkehrungen zur Fristwahrung zu treffen.

Versäumt die Krankenkasse die Einhaltung der 6-Wochen-Frist für die Einleitung des Prüfverfahrens, kann sie keine Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V mehr anstrengen. Sonstige Prüfungen bleiben möglich.

Entscheidend für die Einleitung des Prüfverfahrens ist die Mitteilung der Auffälligkeiten bzw. der Prüffart durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus.

Wurde das Prüfverfahren gemäß § 4 eingeleitet, ist – sofern nicht im Vorverfahren durch eine Daten-/ Rechnungskorrektur des Krankenhauses und/oder einen Falldialog eine Klärung herbeigeführt werden konnte – immer die Beauftragung des MDK erforderlich (mit Vorverfahren § 6 Abs. 1a bis d, ohne Vorverfahren Abs. 1e).

§ 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 einer Datenkorrektur oder –ergänzung die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, endet das Prüfverfahren mit der entsprechenden Mitteilung der Krankenkasse an das Krankenhaus oder spätestens 12 Wochen nach seiner Einleitung. ²Absatz 6 Satz 3 bleibt unberührt.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Rechnung soll innerhalb von 4 Wochen erfolgen.
- 6) 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.

7) § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V findet auf das Vorverfahren keine Anwendung.

Hinweise:

Zu Absatz 1 – Datenkorrektur

Das Vorverfahren wird nicht explizit angezeigt, es ist der Regelfall und findet nur dann nicht statt, wenn sich die Krankenkasse für eine Direktbeauftragung des MDK entschieden hat. Das Krankenhaus hat demgegenüber keine Möglichkeit, das Vorverfahren einseitig auszuschließen oder zu beenden. Findet ein Vorverfahren statt, steht die 6-wöchige Datenkorrekturfrist einem Krankenhaus immer zu und wird auch durch die Ablehnung eines Falldialoges nicht aufgehoben. Die Anzahl der Datenkorrekturen innerhalb der 6-Wochen-Frist ist nicht begrenzt. Gehen Daten-/ Rechnungskorrekturen noch nach Ablauf der 6-Wochen-Frist ein, ist die Krankenkasse nicht verpflichtet, diese zu berücksichtigen, es sei denn, es findet ein Falldialog statt.

Zu Absatz 2 – Notwendigkeit der MDK-Begutachtung entfällt

Führen Datenkorrekturen in der 6-Wochen-Frist nach Einleitung des Prüfverfahrens oder während des Falldialoges zum Wegfall der Notwendigkeit der MDK-Prüfung, endet das Vorverfahren durch eine Mitteilung der Krankenkasse an das Krankenhaus oder 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens. Fehlt eine Mitteilung der Krankenkasse, endet das Vorverfahren automatisch durch Fristablauf. Die einvernehmliche Fristverlängerung für die Durchführung des Falldialoges bleibt davon unberührt.

Zu Absatz 3 – Aufforderung zum Falldialog

Krankenkasse und Krankenhaus können jeweils zum Falldialog auffordern. Besteht die Absicht zur Durchführung eines Falldialoges, ist dies entsprechend mitzuteilen. Der Zeitpunkt für die Aufforderung zum Falldialog ist nicht geregelt. Die Krankenkasse kann das Krankenhaus beispielsweise zeitgleich mit der Einleitung des Prüfverfahrens zum Falldialog auffordern, jedoch nicht vorher. Lehnt das Krankenhaus den Falldialog ab, besteht dennoch die Möglichkeit zur Datenkorrektur innerhalb von 6 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens.

Um eine fristgerechte Reaktion des Krankenhauses auf die Aufforderung der Krankenkasse zu ermöglichen, sollte die Aufforderung zum Falldialog rechtzeitig erfolgen (mindestens 14 Tage vor Ablauf der Frist nach § 5 Abs. 6 Satz 2 + Überlegungsfrist für MDK-Beauftragung). Bei später Aufforderung zum Falldialog sollte zeitgleich die gewünschte Fristverlängerung nach Abs. 6 Satz 3 mit übermittelt werden. Erfolgt keine fristgerechte Reaktion auf eine Aufforderung zum Falldialog, ist dies als Ablehnung des Falldialogs zu werten. Die MDK-Prüfung ist also in diesen

Fällen ebenfalls einzuleiten. Die 12-Wochen-Frist für die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse ist bei ausbleibender Reaktion auf die Aufforderung zum Falldialog in jedem Falle zu wahren und hat gegenüber der Reaktionsfrist auf eine Aufforderung zum Falldialog Priorität. Erfolgte eine Aufforderung zum Falldialog, ist diese vom Aufgeforderten innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen. Auch auf die Aufforderung zur Verlängerung der Maximalfrist für den Falldialog sollte reagiert werden, wenngleich dies nicht explizit in der PrüfV geregelt ist.

Fordern sich die Beteiligten gegenseitig zum Falldialog auf, gilt der Falldialog als angenommen.

Zu Absatz 4 – Durchführung des Falldialoges

Gegenstand des Falldialoges sind die nach § 3 vorliegenden, ggf. korrigierten Daten sowie weitere Informationen aufgrund der Mitwirkungsobliegenheiten der Krankenhäuser. Die konkrete Durchführung des Falldialoges ist nicht vorgegeben. Krankenhaus und Krankenkasse sind in der Form des Falldialoges frei. Im Verlauf des Falldialoges kann das Krankenhaus die Datensätze/Rechnung erneut ändern.

Zu Absatz 5 – Rechnungskorrektur nach Einigung im Falldialog

Im Fall einer Einigung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus im Rahmen des Falldialoges endet das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V, die Notwendigkeit der MDK-Begutachtung entfällt. Erfordert die zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erzielte Einigung eine Korrektur der Rechnung, so ist diese durch das Krankenhaus innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss des Falldialoges vorzunehmen. Auch ohne fristgerechte Korrektur hat die Krankenkasse das Recht zur Aufrechnung.

Zu Absatz 6 – Beendigung Falldialog, Verlängerung Falldialog

Will eine Partei den Falldialog beenden, so soll sie dies erklären. Bis zur Umsetzung im elektronischen Verfahren müssen anderweitige geeignete Vorkehrungen getroffen werden (z. B. Mitteilung per Fax). Da bei ergebnisloser Beendigung des Falldialoges die MDK-Beauftragung erfolgt, sind durch die Krankenkasse die Fristen entsprechend § 6 Abs. 2 zu beachten.

Regelhaft soll der Falldialog innerhalb von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens abgeschlossen werden, jedoch kann die Frist einvernehmlich verlängert werden. Es empfiehlt sich eine frühzeitige Aufforderung an das Krankenhaus, wenn seitens der Krankenkasse eine Verlängerung beabsichtigt ist. Nur bei entsprechender Bestätigung der Fristverlängerung seitens des Krankenhauses kann die Krankenkasse von einer Fristverlängerung ausgehen. Liegt die Zusage des Krankenhauses nicht vor, ist der MDK fristgerecht zu beauftragen.

Zu Absatz 7 – keine Aufwandspauschale

Die gesetzliche Regelung zur Entrichtung der Aufwandspauschale bezieht sich auf MDK-Prüfungen. Die PrüfvV stellt klar, dass § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V im Vorverfahren keine Anwendung findet. Erfolgt eine abschließende Fallklärung im Vorverfahren, ist daher unabhängig vom Rechnungsbetrag keine Aufwandspauschale zu zahlen.

§ 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 erfolgt keine Datenkorrektur oder –ergänzung.**
- (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 trotz Aufforderung kein Falldialog durchgeführt.**
- (d) Es wird ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt.**
- (e) Aus Sicht der Krankenkasse bedarf es der direkten Beauftragung des MDK.**

2) ¹In den Fällen des Absatzes 1a – d erfolgt die Beauftragung des MDK 2 Wochen nach Beendigung des Vorverfahrens, spätestens jedoch 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens; § 5 Absatz 6 Satz 3 bleibt unberührt. ²Im Fall des Absatzes 1e erfolgt die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6–Wochen–Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V. ³Sämtliche hier geregelten Fristen sind Ausschlussfristen.

3) ¹Der MDK zeigt dem Krankenhaus die Einleitung der MDK–Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. ²In der Prüfanzeige sind die bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilten Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. ³Eine Beschränkung der MDK–Prüfung auf den Prüfanlass besteht nicht. ⁴Eine Erweiterung des Prüfanlasses ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

Hinweise:

Zu Absatz 1a – d und Absatz 2 – Beauftragung des MDK nach Vorverfahren

Beauftragt die Krankenkasse den MDK nach dem Vorverfahren, muss sie Abs. 2 Satz 1 beachten (2 Wochen nach Beendigung des Vorverfahrens, spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens).

Eine Beauftragung des MDK erfolgt bei fortbestehendem Prüferfordernis spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens, es sei denn, das Vorverfahren verlängert sich einvernehmlich durch einen Falldialog.

Zu Absatz 1e und Absatz 2– direkte Beauftragung des MDK

Beauftragt die Krankenkasse den MDK direkt, findet kein Vorverfahren statt. In diesen Fällen kommen die in § 5 Abs. 1 als Bestandteile des Vorverfahrens vorgesehene Datenkorrektur und der Falldialog nicht zum Tragen. Lediglich während der MDK-Prüfung kann das Krankenhaus einmalig korrigieren, bei der Erweiterung des Prüfanlasses ebenfalls einmalig. Bei einer Direktbeauftragung des MDK muss die Beauftragung innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der vollständigen und korrekten zahlungsbegründenden Unterlagen (§ 3) erfolgen.

Zu Absatz 3 – MDK-Prüfanzeige

Wurde der MDK durch die Krankenkasse mit der Prüfung beauftragt, so übermittelt dieser dem Krankenhaus unverzüglich eine Prüfanzeige. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um eine Beauftragung nach Absatz 1a bis d oder 1e handelt, im Anschluss an die Beauftragung verbleibt dem MDK immer die Zeitspanne „unverzüglich“, um dem Krankenhaus die MDK-Prüfung anzuzeigen. Das Datum der MDK-Beauftragung durch die Krankenkasse ist Bestandteil der Prüfanzeige.

Ggf. sind die durch die Krankenkasse bei Einleitung des Prüfverfahrens bereits mitgeteilten Auffälligkeiten durch den MDK zu konkretisieren und, sofern im Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. Hat die Krankenkasse in einem Vorverfahren tatsächlich weitere Erkenntnisse gewonnen, muss sie den MDK in die Lage versetzen, die Prüfanzeige im Vergleich zu den bereits nach § 4 übermittelten Auffälligkeiten zu ergänzen (§ 6 Abs. 3 Satz 2). Die zwischen Krankenkasse und MDK notwendige Interaktion sollte im Rahmen der Frist nach § 6 Abs. 2 Satz 1 erfolgen.

Die MDK-Prüfanzeige schränkt den MDK hinsichtlich der Verwertung von weiteren Erkenntnissen in der Prüfung nicht ein. Treten während der MDK-Begutachtung neue Erkenntnisse hinzu, welche weitere Zweifel an der Rechnung begründen und damit über die bei Einleitung des Prüfverfahrens mitgeteilten Auffälligkeiten hinausgehen, kann der Prüfanlass erweitert werden. Die

Information über die Erweiterung des Prüfanlasses ist dann notwendig, wenn ein Zufallsfund in der MDK-Prüfung nicht unter die bereits mitgeteilten Prüfgründe subsumiert werden kann.

§ 7

Durchführung der MDK-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 einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. ⁴Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

3) Das Krankenhaus soll mit dem MDK den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.

4) Auch 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.

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. ³Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach § 6 Absatz 3 Satz 4 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen. ⁴Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend. ⁵§ 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung.

Hinweise:

Zu Absatz 1 – Art der MDK-Prüfung

Die Verständigung zwischen den Beteiligten soll dahingehend erfolgen, ob die Prüfung nach Aktenlage oder vor Ort erfolgt. Lässt sich kein Einvernehmen herstellen, kann der MDK von seinem Begehungsrecht nach § 276 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen. Entscheidet sich der MDK nicht für eine Begehung, findet die Prüfung nach Aktenlage statt.

Zu Absatz 2 – Prüfung und Unterlagenbereitstellung

Bei Prüfungen im Krankenhaus kann der MDK-Gutachter die Krankenunterlagen gemäß § 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V einsehen. Findet die Prüfung hingegen nach Aktenlage statt, kann der MDK die zur Prüfung notwendigen Unterlagen in Kopie anfordern. Darüber hinaus hat das Krankenhaus zusätzliche Unterlagen zu übersenden, die es zur Bestätigung seiner Ansprüche als notwendig erachtet.

Kommt das Krankenhaus seiner Verpflichtung zur Übermittlung der angeforderten Unterlagen nicht innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung nach, hat die Krankenkasse das Recht zur Aufrechnung. Diese Frist ist eine Ausschlussfrist. Die fehlende Fristwahrung ist unmittelbar mit der Sanktion der Rechnungskürzung verknüpft und macht damit den Ausschlusscharakter deutlich. Ein nachträgliches Liefern der Unterlagen rechtfertigt keinen nachträglichen Vergütungsanspruch. Der MDK muss bei nicht fristgerechtem oder unvollständigem Unterlageneingang die Krankenkasse entsprechend darüber informieren, so dass diese in die Lage versetzt wird, durch Aufrechnung die Kürzung auf den unstrittigen Betrag durchzuführen.

Werden nach einer Erweiterung des Prüfanlasses weitere Unterlagen vom Krankenhaus angefordert, gilt ebenfalls die 4-Wochen-Frist.

Zu Absatz 3 – Unterlagenversand

Krankenunterlagen können je nach Behandlungsfall sehr umfangreich sein. Um bei MDK-Prüfungen nach Aktenlage den Unterlagenversand möglichst aufwandsarm zu halten, wird in der PrüfvV explizit auf die Möglichkeit der elektronischen Bereitstellung der Unterlagen verwiesen. Die Verständigung hierüber erfolgt bilateral zwischen Krankenhaus und MDK.

Zu Absatz 4 – Persönlich-fachlicher Austausch

Der persönlich-fachliche Austausch zwischen MDK-Gutachter und Krankenhaus ist nicht auf Prüfungen beschränkt, die vor Ort im Krankenhaus stattfinden. Abs. 4 weist explizit auf die

Möglichkeit hin, bei entsprechendem Bedarf – egal von welcher Seite – den Austausch in geeigneter Weise durchzuführen. Über die Art des fachlichen Austauschs entscheiden die Beteiligten selbst.

Zu Absatz 5 – Datenkorrektur während der MDK-Prüfung und bei Erweiterung Prüfanlass

Ziel der PrüfV ist ein effizientes und konsensorientiertes Verfahren zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach § 275 Abs. 1c SGB V. Auch im schriftlichen Verfahren besteht gemäß Abs. 4 explizit die Möglichkeit zum persönlich-fachlichen Austausch zwischen MDK und Krankenhaus. Dieser dient gerade dazu, noch bestehende Abrechnungsprobleme zu erörtern. Dem Krankenhaus wird daher im Rahmen dieses Austauschs die Möglichkeit eingeräumt, seine Daten entsprechend zu korrigieren. Das Krankenhaus kann gemäß Satz 1 während der MDK-Begutachtung eine einmalige Datenkorrektur gegenüber der Krankenkasse vornehmen. Berücksichtigt wird die Korrektur/Ergänzung durch den MDK-Gutachter in der laufenden Begutachtung, wenn die Übermittlung der Korrektur/Ergänzung innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgte, d.h. innerhalb von 5 Monaten nach Beauftragung des MDK. In diesem Zusammenhang ist das in der MDK-Prüfanzeige angegebene Datum der MDK-Beauftragung durch die Krankenkasse nach § 6 Abs. 3 Satz 1 relevant.

Hat der MDK die Begutachtung bereits abgeschlossen, kann die später eingehende Korrektur/Ergänzung nicht mehr berücksichtigt werden. Unter dem Aspekt des Beschleunigungsgebotes können Krankenhäuser nicht davon ausgehen, dass die MDK-Begutachtung mindestens fünf Monate andauert, in dem dieser untätig ist oder eine Zweitbegutachtung aufgrund neuer Informationen vornehmen müsste. Krankenhäuser sollen somit möglichst zeitnah die einmalige Möglichkeit der Korrektur/Ergänzung nutzen, um von einer sicheren Berücksichtigung durch den MDK-Gutachter ausgehen zu können.

Die Korrektur/Ergänzung des Krankenhauses ist mit Angabe des Eingangsdatums der Datenkorrektur durch die Krankenkasse zeitnah an den MDK zu übermitteln, um eine sachgerechte Berücksichtigung bei der Begutachtung zu ermöglichen. Eine verzögerte Weitergabe der Datenkorrektur an den MDK kann dem Krankenhaus nicht angelastet werden.

Findet die einmalige Datenkorrektur während der Begutachtung im Krankenhaus statt, wird diese vom MDK bei der Begutachtung zwar berücksichtigt, ist die Korrektur dennoch gemäß Satz 2 durch das Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln.

Folgende Varianten lassen sich unterscheiden:

1. Die Datenkorrektur erfolgt fristgerecht ggü. der Krankenkasse, die Begutachtung durch den MDK ist noch nicht abgeschlossen. Die Krankenkasse stellt die Weiterleitung an den MDK sicher. Der MDK berücksichtigt die Datenkorrektur in seiner Begutachtung.
2. Die Datenkorrektur erfolgt erst nach Ablauf der Maximalfrist von 5 Monaten gegenüber der Krankenkasse. Eine Weiterleitung an den MDK sowie eine Berücksichtigung im Begutachtungsprozess ist nicht erforderlich bzw. möglich.
3. Es erfolgt mehr als eine Datenkorrektur. Ab der zweiten Korrektur ist eine Weiterleitung an den MDK nicht erforderlich, eine Berücksichtigung der weiteren Korrekturen ist gemäß PrüfvV nicht vorgesehen.
4. Die MDK-Prüfung ist bereits vor Ablauf der 5-Monatsfrist abgeschlossen (z. B. nach 4 Monaten), erst danach nimmt das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse eine Datenkorrektur vor (nach 4 Monaten und 3 Wochen). Eine Weiterleitung durch die Krankenkasse an den MDK ist nicht erforderlich, da eine Berücksichtigung von Datenkorrekturen nur möglich ist, solange der Prozess der Begutachtung noch andauert.

Das Krankenhaus hat bei einer Erweiterung des Prüfanlasses ebenfalls das Recht, seine Daten gegenüber der Krankenkasse einmalig zu korrigieren. Es gelten die gleichen Grundsätze wie oben aufgeführt.

Im Sinne eines effizienten Verfahrens ist das Krankenhaus gehalten, die jeweilige Korrektur so schnell wie möglich zu übersenden. Die Gesamtprüffrist verlängert sich je nach Eingang der Korrektur.

Das Krankenhaus ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung verpflichtet. Durch die im Rahmen des gesamten Prüfverfahrens eingeräumten Möglichkeiten zur Datenkorrektur ist das Krankenhaus gehalten, den Fall zu überprüfen und Korrekturen gemäß der Regelungen der PrüfvV zeitnah vorzunehmen. Bei Abrechnungsfällen, die im Rahmen der Prüfung nach PrüfvV abgeschlossen wurden, kann das Krankenhaus unabhängig vom Prüfgegenstand keine späteren Korrekturen/Ergänzungen mehr vornehmen.

Kommt es aufgrund der Korrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, muss die Krankenkasse dem Krankenhaus keine Aufwandspauschale zahlen.

§ 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 Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen. ³Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 3 zu erfolgen. ⁴Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist. ⁵§ 7 Absatz 5 Satz 4 bleibt unberührt.

Hinweise:

Die abschließende Leistungsentscheidung ist dem Krankenhaus innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der MDK-Prüfanzeige mitzuteilen. Es ist zu beachten, dass – sofern der Rechnungsbetrag gemindert wird – dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen sind. Die Übermittlung des MDK-Gutachtens an das Krankenhaus ist hierzu nicht erforderlich.

Bei der vereinbarten Frist zur Übermittlung der Leistungsentscheidung handelt es sich um eine Ausschlussfrist. MDK und Krankenkasse müssen sicherstellen, dass die Frist zur Mitteilung gegenüber dem Krankenhaus eingehalten wird. Trotz des abweichenden Wortlauts zu § 4 Satz 2, wo explizit geregelt ist, dass die Mitteilung dem Krankenhaus innerhalb der Frist zugegangen sein muss, empfiehlt es sich auch hier, für die Fristwahrung auf den Zugang der Mitteilung beim Krankenhaus abzustellen.

Bei einer Datenkorrektur während der MDK-Prüfung verlängert sich die Prüffrist entsprechend.

Die nach § 8 mitgeteilte Leistungsentscheidung der Krankenkasse beendet das Prüfverfahren. Die PrüfvV beinhaltet kein „Widerspruchsverfahren“, das Prüfverfahren ist diesbezüglich abschließend geregelt. Die Ergebnisse der MDK-Prüfung können gemäß § 17c Abs. 4 Satz 1 KHG durch den Landesschlichtungsausschuss überprüft werden. Der Gesetzgeber hat damit als Konfliktlösungsmechanismus die Landesschlichtungsausschüsse vorgesehen.

Beabsichtigt die Krankenkasse wegen fehlender Mitwirkung des Krankenhauses im Hinblick auf die Unterlagenübersendung den strittigen Rechnungsbetrag aufzurechnen, sollte sie dies dem Krankenhaus ebenfalls innerhalb der 9-Monatsfrist mitteilen.

§ 9

Zahlungs- und Aufrechnungsregeln

¹Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen.

Hinweise:

Die Regelung greift die ohnehin für Krankenkassen bestehende Möglichkeit der Aufrechnung auf. Explizit benannt werden Erstattungsansprüche, die entweder im Vorverfahren einvernehmlich festgestellt (resultierend aus Datenänderung und/oder Falldialog) oder aber als Leistungsentscheidung der Krankenkasse in Folge eines MDK-Gutachtens dem Krankenhaus fristgerecht mitgeteilt wurden. Wurde die Leistungsentscheidung nach § 8 fristgerecht mitgeteilt, bedarf es selbstverständlich keiner Einvernehmlichkeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse für die Aufrechnung.

Zu beachten ist, dass die Krankenkasse den Leistungsanspruch und Erstattungsanspruch genau benennen muss. Eine Aufrechnung ist u.a. auch für den Fall fehlender Mitwirkung des Krankenhauses bei der Unterlagenübersendung möglich.

§ 10

Elektronische Übermittlung

Zu einer elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verständigen sich die Vertragspartner gesondert und setzen die elektronische Übermittlung zum 01.07.2015 um.

Hinweise:

Diese Regelung ist notwendig, um die im Rahmen der PrüfVv vorgesehenen Informationen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen möglichst aufwandsarm auszutauschen. DKG und GKV-Spitzenverband haben sich sowohl zu den tatsächlich in der Prüfung elektronisch auszutauschenden Informationen als auch zu deren Übermittlung zu verständigen. Der Austausch sollte möglichst operationalisiert, anhand von bundeseinheitlichen Schlüsselvorgaben, stattfinden. Zur Umsetzung informiert der GKV-Spitzenverband nochmals gesondert.

§ 11
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.

Hinweise:

Bis zur Änderung des § 17c KHG durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurden die Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V in Verträgen auf Landesebene nach § 112 SGB V und damit in unterschiedlicher Ausprägung geregelt. Die vorliegende PrüfV gilt bundesweit und kann durch landesvertragliche Regelungen nicht ausgehebelt werden.

Im Unterschied hierzu wird in § 3 – Zahlungsbegründende Unterlagen – auf landesvertragliche Regelungen explizit Bezug genommen. Beinhalten Landesverträge also ergänzende Regelungen zu zahlungsbegründenden Unterlagen, sind diese Unterlagen demzufolge u.a. erst dann vollständig, wenn das Krankenhaus auch die landesvertraglichen Verpflichtungen erfüllt hat.

§ 12
Inkrafttreten, Kündigung

1) ¹Diese Vereinbarung tritt zum 01.09.2014 in Kraft. ²Sie gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende – frühestens zum 31.12.2015 – 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.

Hinweise:

Zu Absatz 1

Mit der gestuften Regelung wird den am Prüfverfahren unmittelbar Beteiligten ein Übergangszeitraum zur Anpassung der Prozesse eingeräumt und gleichzeitig den Vertragspartnern der PrüfvV die Verhandlungsaufnahme zur Umsetzung der elektronischen Informationsübermittlung nach § 10 ermöglicht.

Zu Absatz 2

Die Kündigungsregelung ist vom Willen der Vereinbarungspartner getragen, Kontinuität zu gewährleisten und vertragslose Situationen zu vermeiden. Die für den Konfliktfall hinsichtlich der Zuständigkeit der Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG getroffene Regelung für die Erstvereinbarung (§ 17c Abs. 2 Satz 3 KHG) wird in der PrüfvV nun auch für den Kündigungsfall aufgegriffen, so dass bei Nichteinigung auf eine neue Vereinbarung die Festsetzung durch die Schiedsstelle erfolgen kann.