

Entwurf Nachtrag vom 08.09.2021

mit Wirkung zum 01.01.2022

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

zur Umsetzung der Prüfverfahrensvereinbarung vom  
22.06.2021

## Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

---

### **Nachträge 1-3:**

Dieser Entwurf enthält die notwendigen Anpassungen des Schlüssels 30 infolge der am 22.6. festgesetzten PrüfV. Erläuterungen folgen

### **Hinweis:**

Neue/geänderte Schlüsselausprägungen gelten analog der PrüfV für Fälle mit einem Aufnahmedatum ab dem 01.01.2022. Werden Schlüssel gelöscht, gelten diese aber für aufgenommene Fälle bis 31.12.2021, so dass diese in Nachrichten für Folgejahre noch für „Altfälle“ weiterhin Bestand haben können. Als Unterscheidungskriterium gilt der Aufnahmetag.

Evtl. notwendige Anpassungen der §301 – Vereinbarung (z.B. infolge bestimmter Rechnungskorrekturen) sind noch unberücksichtigt.

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 1 Anpassung Schlüssel 30 Information PrüfvV:

#### Schlüssel 30: Information PrüfvV

##### Einleitung des Prüfverfahrens (§4 PrüfvV) – nur KAIN

PF000	primäre Fehlbelegung (nur-KAIN)
SF000	sekundäre Fehlbelegung (nur-KAIN)
KP000	Kodierprüfung (nur-KAIN)
FV000	Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (nur-KAIN)
KL000	Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände (nur-KAIN)

##### Vorverfahren Falldialog (§5 PrüfvV)– nur KAIN

FDK01	Aufforderung zum Falldialog (nur-KAIN)
FDK02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (nur-KAIN)
FDK03	Ablehnung eines Falldialoges (nur-KAIN)
FDK11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur-KAIN)
FDK12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur-KAIN)
FDK13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (nur-KAIN)

BEF00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog ~~–ohne Datenkorrektur~~ (§ 5 Abs. 6-2 PrüfvV – nur-KAIN)

~~BEK00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur (nur bei vorheriger Einleitung eines Falldialoges FDK01 zu verwenden) – MD nicht notwendig (nur KAIN)~~

~~BEK10 Im Vorverfahren erfolgte keine Datenkorrektur/Ergänzung und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)~~

BEK20 Im Vorverfahren wurde ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur-KAIN)

**Kommentiert [RM1]:** Alternativschlüssel: „kein Falldialog durchgeführt – es erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD“ notwendig?

##### Vorverfahren Falldialog (§5 PrüfvV)– nur INKA

FDI01	Aufforderung zum Falldialog (nur-INKA)
FDI02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (nur-INKA)
FDI03	Ablehnung eines Falldialoges (nur-INKA)
FDI11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur-INKA)
FDI12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur-INKA)
FDI13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (nur-INKA)

##### Vorverfahren (§5 PrüfvV)– nur KAIN und INKA

FDK20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (nur-KAIN)
FDI20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (nur-INKA)

##### Durchführung MDK-Prüfung (§7 Abs. 2 PrüfvV)– nur KAIN

MDK10	<del>Keine oder nicht vollständige Unterlagen an MDK mit Folge der Aufrechnung (KAIN)</del>
MDK30	<del>Keine fristgemäße Übermittlung der Unterlagen. Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert gemäß § 7 Abs. 2 Satz 10 PrüfvV (KAIN)</del>

**MDK31** Diese vom MD konkret benannten angeforderte Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 1 PrüfV (KAIN)

**Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfV) – nur KAIN**

- MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (~~nur~~-KAIN)
- MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (~~nur~~-KAIN)
- ~~MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§ 7 Abs. 5 PrüfV) im MD-Verfahren, ohne MD Abbruch keine Beanstandung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) der Abrechnung als Ergebnis (nur-KAIN)~~
- MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (~~nur~~-KAIN)
- ~~MDK12 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur mit Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur-KAIN)~~
- ~~MDK13 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur ohne Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur-KAIN)~~

**Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 Sätze 4 und 5 PrüfV) – nur INKA**

- MDI05 Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert (INKA)

**Nachverfahren (§9 PrüfV) – nur INKA**

- NVI01 Vorschlag eines Nachverfahrens, begründete Stellungnahme (INKA)

**Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung (§ 9 PrüfV) – nur INKA**

- EKH01 Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 PrüfV ohne Einleitung des EV (INKA)
- EKH02 Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 bis 3 PrüfV mit gleichzeitiger Einleitung des EV (INKA)
- EKH30 Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
- EKH31 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
- EKH32 Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
- EKH33 Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
- EKH34 Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
- EKH35 Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
- EKH40** Erforderliche Unterlagen für die Durchführung des EV lagen gemäß § 9 Abs. 6 PrüfV nicht vor (INKA)
- EKH41 Anzeige für eine ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
- EKH42 Ablehnung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
- EKH43 Annahme nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
- EKH50 Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfV (INKA)

**Kommentiert [RM2]:** Es ist beiderseits zu prüfen, ob ein separater Schlüssel zu etablieren ist, oder aber eine Information im Fließtext der leistungsrechtlichen Entscheidung ausreichend ist (derzeit Stand des Textes in Anlage 5)

**Kommentiert [RM3]:** Es ist beiderseits zu prüfen ob evtl. entbehrlich. Was nicht vorliegt, fließt nicht in die Erörterung ein. Eine Dokumentation aller genutzten UL erfolgt über den Doku-Bogen. Zudem kann insbesondere bei Teillieferungen weder das KH noch die KK einschätzen, ob alle erforderlichen UL vorlagen. Andererseits könnte eine Doku für „sich selbst“ auf jeder Seite erfolgen.

- EKH51 Beendigung des Erörterungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 10 PröfvV (INKA)  
EKH60 Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PröfvV (INKA)  
EKH61 Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PröfvV beendet (INKA)

#### Erörterungsverfahren nach MD-Pröfung (§ 9 PröfvV) – nur KAIN

- EKK01 Krankenkasse schließt sich gemäß §9 Abs. 3 Satz 1 PröfvV der Begründung des Krankenhauses an. Es erfolgt kein Erörterungsverfahren. (KAIN)  
EKK02 Krankenkasse schließt sich der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 3 Satz 1 PröfvV an. Das durch das Krankenhaus bereits eingeleitete EV ist beendet. (KAIN)  
EKK03 Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 PröfvV an. das KH hat das EV bereits eingeleitet. (KAIN)  
EKK04 Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 Satz 1 PröfvV an und leitet das EV ein. (KAIN)  
EKK10 Entscheidung der Krankenkasse wurde nicht fristgemäß bestritten und gilt als erörtert gemäß § 9 Abs. 2 PröfvV mit Folge der Aufrechnung (KAIN)
- EKK30 Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)  
EKK31 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)  
EKK32 Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)  
EKK33 Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)  
EKK34 Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)  
EKK35 Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
- EKK40 Erforderliche Unterlagen für die Durchführung des EV lagen gemäß § 9 Abs. 6 PröfvV nicht vor (KAIN)  
EKK41 Anzeige einer Ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PröfvV (KAIN)  
EKK42 Ablehnung Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PröfvV (KAIN)  
EKH43 Annahme Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PröfvV (KAIN)
- EKK50 Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PröfvV (KAIN)  
EKK51 Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 10 PröfvV (KAIN)
- EKK60 Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PröfvV (KAIN)  
EKK61 Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PröfvV beendet (KAIN)

**Kommentiert [RM4]:** Es ist beiderseits zu prüfen ob evtl. entbehrlich, da ein Nicht-Bestreiten vermutlich regelhaft durch eine Nicht-Reaktion und somit einen Fristablauf erfolgen wird. Zudem verfügt das KH über keine INKA, um das Nicht-Bestreiten zu signalisieren. Ein aktives Nicht-Bestreiten könnte nur durch Übermittlung einer Datenkorrektur erfolgen.

**Kommentiert [RM5]:** Es ist beiderseits zu prüfen ob evtl. entbehrlich. Was nicht vorliegt, fließt nicht in die Erörterung ein. Eine Dokumentation aller genutzten UL erfolgt über den Doku-Bogen. Zudem kann insbesondere bei Teillieferungen weder das KH noch die KK einschätzen, ob alle erforderlichen UL vorliegen. Andererseits könnte eine Doku für „sich selbst“ auf jeder Seite erfolgen.

**Kommentiert [RM6]:** Es ist beiderseits zu prüfen, ob wir Schlüssel 30 Ausprägungen für die unterschiedlichen Arten der Aufrechnung z.B. geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsanforderung gemäß § 11 Abs. 4 PröfvV benötigen.

## Nachträge zur Anlage 5

### Nachtrag 2 zur Information Krankenhäuser:

#### 1.2.10 Information Krankenhäuser

Die Information Krankenhäuser (INKA) dient dem Krankenhaus zur Übermittlung der Informationen gemäß ~~der Vereinbarung über die elektronische Übermittlung nach § 11 § 12 Absatz 1 und Absatz 3 Satz 2~~ der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1e SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfV) ~~und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG gemäß § 17c Absatz 2 KHG~~ an die Krankenkasse.

##### 1.2.10.1 Grundsätze

Das Krankenhaus nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfV den für den Nachrichtentyp INKA vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV und PVT verwendet (SG2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind `75` (Information gemäß PrüfV) oder `76` (Storno einer Information gemäß PrüfV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes `PVV` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer/Rechnungsdatum zu verwenden.

##### 1.2.10.2 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. 4 ~~Satz 1~~ PrüfV verständigen. Die Wiederholung des Segmentes `PVV` ~~innerhalb einer Nachricht~~ ist möglich (z.B. gleichzeitige Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist gemäß PrüfV durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDI20`).

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDI01“ (Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI02“ (Annahme der Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI03“ (Ablehnung eines Falldialogs),
- „FDI11“ (Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),

- „FDI12“ (Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDI13“ (Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs) und
- „FDI20“ (Einseitige Erklärung über die Beendigung des Falldialogs).

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmenschreiben kann in diesem Fall entfallen. Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen. Das Verarbeitungskennzeichen Stornierung ist für die Krankenhäuser und Krankenkassen ausschließlich für technische Fehler vorgesehen und gilt für die Verwendung der Nachrichtentypen KAIN und INKA. Bei Nutzung des Verarbeitungskennzeichens Stornierung (im Ausnahmefall) ist immer eine bilaterale Klärung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse notwendig. Datenkorrektur im Vorverfahren: Eine Änderung medizinischer Patientendaten (in der „Entlassungsanzeige“) kann nur vollzogen werden, wenn die zugehörige Rechnung im Fall gutgeschrieben/storniert wird. Erfolgt im Vorverfahren eine derartige Rechnungsgutschrift/Storno, hat das Krankenhaus zeitgleich eine geänderte Entlassungsanzeige (VKZ 20) und neue Rechnung zu übermitteln. Zeitgleich in diesem Sinne ist eine Übermittlung dann, wenn sie in einer Datenlieferung d.h. unter derselben Dateinummer (Datenaustauschreferenz) erfolgt.

#### 1.2.10.3 Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfV

Liefert das Krankenhaus erforderliche Unterlagen für das ~~MDK-MD~~ Verfahren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfV nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt. Zur Sicherstellung der in § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV genannten Frist übermittelt das Krankenhaus einen Rechnungssatz mit der Rechnungsart „14“ (entspricht einer 300,00 EUR Gutschrift der Pauschale nach § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfV). Das ZLG Segment wird im Rechnungssatz nicht übermittelt. Es wird eine neue eindeutige Rechnungsnummer und Rechnungsdatum vergeben. Für die Rechnungsart „14“ wird kassenseitig die Prüfung deaktiviert, die bei einer Rechnungsart „04“ auf einen Rechnungsdatensatz mit identischer Rechnungsnummer abstellt. Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles ist entsprechend zu erhöhen. Das ENT Segment enthält den Entgeltschlüssel „47200008“ (KHEntG, BpflV\_alt) oder „A7300008“ bzw. „B7300008“ (BpflV\_neu), den Endbetrag 300,00 und als Abrechnung von und Abrechnung bis das Rechnungsdatum. Im Falle folgender Fallstornierungen (z.B. infolge MDK-Begutachtung o.ä.) ist diese Gutschrift (Rechnungsart 14) beizubehalten und wird nicht storniert.

Technisches Beispiel:

REC	_____	'REC'
Rechnungsnummer	_____	'987654321'
Rechnungsdatum	_____	'20170216'
Rechnungsart	_____	'14'
Aufnahmetag	'_____	'20170101'
Rechnungsbetrag	_____	'300,00'

ENT	_____	'ENT'
Entgeltart	_____	'47200008'
Entgelbetrag	_____	'300,00'
Abrechnung von	_____	'20170216'
Abrechnung bis	_____	'20170216'
Entgeltanzahl	_____	'1'

#### 1.2.10.4 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten gemäß § 8 Sätze 4 und 5 PrüfV

Das Krankenhaus kann die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDI05` (Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als

erörtert) nach Ablauf der Frist gemäß § 8 Satz 3 über das Ende des Verfahrens gemäß § 8 Satz 5 PrüfvV informieren.

#### **1.2.10.4 Nachverfahren gemäß § 9 PrüfvV**

Das Krankenhaus kann gemäß § 9 PrüfvV nach Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung ein für beide Seiten freiwilliges Nachverfahren gegenüber der Krankenkasse vorschlagen, indem eine begründete Stellungnahme zur leistungsrechtlichen Entscheidung abgegeben wird. Das Krankenhaus kann mit der Ausprägung „NVI01“ des Schlüssels 30 dieses Nachverfahren vorschlagen. Wird „NVI01“ angegeben, muss das Segment PVT im Datenfeld PrüfvV-Text die begründete Stellungnahme des Krankenhauses enthalten.

#### **1.2.10.5 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV**

Das Krankenhaus hat gemäß § 9 Abs. 1 PrüfvV binnen 6 Wochen nach Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung die Entscheidung zu bestreiten, wenn es mit der Entscheidung nicht einverstanden ist. Das Bestreiten ist inhaltlich zu begründen. Die inhaltliche Begründung ist in entsprechenden PVT Segmenten an die Krankenkasse zu übermitteln. Das Krankenhaus bestreitet inhaltlich begründet die Entscheidung der Krankenkasse und nutzt dafür den Schlüssel `EKH01` (ohne Einleitung des EV). Nur in den Fällen, in denen gleichzeitig das Erörterungsverfahren eingeleitet wird, nutzt es den Schlüssel `EKH02` (mit Einleitung des EVs).

Für die einvernehmliche Verlängerung des EV sind die Schlüssel `EKH30` bis `EKH32` zu nutzen. Mit den Schlüsseln `EKH33` bis `EKH35` kann das Krankenhaus zu einem mündlichen Erörterungsverfahren einladen, es annehmen oder ablehnen. Die Dauer der Verlängerung soll als Datumsangabe im PVT Segment genannt werden.

Um die Krankenkasse darüber zu informieren, dass ggf. weitere Unterlagen für die Durchführung des Erörterungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 6 PrüfvV nicht vorliegen verwendet das Krankenhaus den Schlüssel `EKH40`. Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür nutzt das Krankenhaus den Schlüssel `EKH41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKH42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKH43`.

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKH50`) jederzeit im Einvernehmen mit der Krankenkasse (`EKH51`) beendet werden. `EKH51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKH50` zu verwenden. Verweigert die Krankenkasse aus Sicht des Krankenhauses die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert das Krankenhaus die Krankenkasse mit dem Schlüssel `EKH60`. Mit dem Schlüssel `EKH60` wird die Krankenkasse darüber informiert, dass aus Sicht des Krankenhauses keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.

## Nachtrag 3 zur Krankenkasseninformation:

### 1.3.7 Krankenkasseninformation

Die Krankenkasseninformation dient der Krankenkasse zur Übermittlung der Informationen gemäß ~~der Vereinbarung über die elektronische Übermittlung nach § 11-12 Absatz 1 und Absatz 3 Satz 3~~ der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1e SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) ~~und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG gemäß § 17c Absatz 2 KHG~~ an das Krankenhaus.

#### 1.3.7.1 Grundsätze

Die Krankenkasse nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfV den für den Nachrichtentyp KAIN vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV und PVT verwendet (SG2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind `75` (Information gemäß PrüfV) oder `76` (Storno einer Information gemäß PrüfV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes `PVV` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer/Rechnungsdatum zu verwenden.

Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen.

#### 1.3.7.2 Einleitung des Prüfverfahrens

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung der Abrechnungsdaten Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung gemäß PrüfV einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb der in der PrüfV festgelegten Fristen durch Übermittlung einer Nachricht KAIN in dem Segment PVT so konkret wie möglich mitzuteilen.

Hierzu hat sie mindestens aber beispielsweise den Prüfgegenstand wie folgt zu benennen. Im Datenfeld „Information“ informiert die Krankenkasse über den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand anhand folgender möglicher Ausprägungen des Schlüssels 30 (Information PrüfV) gemäß § 4 PrüfV:

- „PF000“ (primäre Fehlbelegung),
- „SF000“ (sekundäre Fehlbelegung),
- „KP000“ (Kodierprüfung)
- „FV000“ (Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen)
- „KL000“ (Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände)

Wird „KP000“ angegeben, muss das Segment PVT die beanstandete Haupt- und/oder Nebendiagnose und/oder Prozedur unter Nennung der beanstandeten OPS-Ziffer beinhalten, ggf. Erläuterungen. Sind keine weiteren Erläuterungen notwendig, wird „Kodierprüfung“ angegeben.

Wird „FV000“ angegeben muss das Segment PVT die Fragen beinhalten, ggf. Erläuterungen. Wird „KL000“ angegeben, muss das Segment PVT andere oder weitere Prüfgegenstände beinhalten.

Die Prüfgegenstände sind nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung der jeweiligen Segmente möglich.

### 1.3.7.3 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. 4-1 PrüfVV verständigen. Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung des Segmentes `PVV` innerhalb einer Nachricht möglich (z.B. mit gleichzeitiger Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfVV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDK20`).

~~Entscheidet die Krankenkasse, dass aufgrund einer Datenkorrektur die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, kann sie das Prüfverfahren mit der Information „BEK00“ (Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur) beenden.~~

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDK01“ (Aufforderung zum Falldialog),
- „FDK02“ (Annahme der Aufforderung zum Falldialog),
- „FDK03“ (Ablehnung eines Falldialogs),
- „FDK11“ Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDK12“ (Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDK13“ Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs) und
- „FDK20“ (Einseitige Erklärung über die Beendigung des Falldialogs).

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmenschreiben entfällt in diesem Fall.

### 1.3.7.4 Durchführung der Prüfung

Mit der Schlüsselausprägung `MDK30` informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass gemäß § 7 Abs. 2 Satz 10 PrüfVV keine Unterlagen fristgemäß übermittelt worden sind und die Krankenhausabrechnung damit als erörtert gilt.

Die Benennung der Unterlagen entsprechen ab dem 01.07.2022 der in Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) aufgeführten Dokumententypen.

### 1.3.7.45 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfVV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung mit den Schlüsseln `MDK01` und `MDK02` mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach MDK-Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den

Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.

Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

~~Mit der Information „BEK10“ übermittelt die Krankenkasse die Information, wenn im Vorverfahren keine Datenkorrektur durch das Krankenhaus erfolgte, eine Prüfanzzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.~~ Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

Die Krankenkasse teilt in ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung dem Krankenhaus die gemäß § 7 Absatz 2 Satz 11 PrüfV vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen mit, die nicht fristgemäß vorgelegt wurden und im Erörterungsverfahren nicht mehr vorgelegt werden können. In den entsprechenden PVT Segmenten sind die angeforderten Unterlagen aufzuführen.

~~Die Information „MDK 03“ erhält ein Krankenhaus immer dann, wenn das MD-Verfahren vollständig durchlaufen wurde (inklusive Erstellung eines MD-Gutachtens) und die MD-Prüfung aufgrund einer im laufenden MD-Verfahren übermittelten Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte.~~

~~Davon abzugrenzen sind Fälle, in denen das MD-Verfahren auf Grund einer Datenkorrektur des Krankenhauses abgebrochen wird und es nicht zu einer Erstellung eines MD-Gutachtens kommt. Führt die Datenkorrektur zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt „MDK 12“. Führt die Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt „MDK 13“.~~

#### 1.3.7.6 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfV

Sofern die Krankenkasse sich nicht der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 PrüfV anschließt, teilt sie dies dem Krankenhaus mit den Schlüsseln `EKK01` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder `EKK02` (mit eingeleitetem EV des Krankenhauses) mit. Schließt sich die Krankenkasse der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses an, nutzt Sie dafür die Ausprägungen `EKK03` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder `EKK04` (mit eingeleitetem EV des Krankenhauses).

Für die einvernehmliche Verlängerung des EV sind die Schlüssel `EKK30` bis `EKK32` zu nutzen. Mit den Schlüsseln `EKH33` bis `EKH35` kann die Krankenkasse zu einem mündlichen Erörterungsverfahren einladen, es annehmen oder ablehnen. Die Dauer der Verlängerung soll als Datumsangabe im PVT Segment genannt werden.

Die Krankenkasse informiert in den Fällen, in denen das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 2 PrüfV nicht fristgemäß bestritten hat(`EKK10`), darüber, dass die Krankenhausabrechnung als erörtert gilt und aufgerechnet wird. In dem PVT Segment sind der Leistungs- und Erstattungsanspruch genau benannt.

Um das Krankenhaus darüber zu informieren, dass die erforderlichen Unterlagen für die Durchführung des Erörterungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 6 PrüfV nicht vorliegen verwendet die Krankenkasse den Schlüssel `EKK40`. Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür

nutzt die Krankenkasse den Schlüssel `EKK41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKK42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKK43`.

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKK50`) jederzeit im Einvernehmen mit dem Krankenhaus (`EKK51`) beendet werden. `EKK51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKK50` zu verwenden. Verweigert das Krankenhaus aus Sicht der Krankenkasse die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert die Krankenkasse das Krankenhaus mit dem Schlüssel `EKK60`. Mit dem Schlüssel `EKK60` wird das Krankenhaus darüber informiert, dass aus Sicht der Krankenkasse keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.