

Begutachtungsleitfaden

DRG

Version 2023

SEG 4
Sozialmedizinische Expertengruppe 4
„Vergütung und Abrechnung“
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste



IMPRESSUM

Autorinnen und Autoren

(in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. med. Angela Daskalakis	Fachreferat Krankenhaus Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Dr. med. Antje Freyer	Leitende Ärztin Medizinischer Dienst Thüringen
Dr. med. Carsten Gläfke	Teamleiter Abteilung Krankenhaus Medizinischer Dienst Nord
Dr. med. Martin Gerards	Leiter Team Versorgungsberatung Medizin Medizinischer Dienst Bund
Dr. med. Claudia Kreuzer	Leiterin Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Iris Schulz	Leiterin Geschäftsbereich Krankenhaus Medizinischer Dienst Hessen
Dr. med. Ralf Mengel	Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Dr. med. Eva-Maria Weber	Leiterin der SEG 4 Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Dr. med. Bernd Wetz	Fachbereich Vergütung und Abrechnung Medizinischer Dienst Bayern

Die Arbeitsgruppe bedankt sich bei Frau Petra Gaiser, MD Baden-Württemberg, für die redaktionelle Überarbeitung.

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 10. März 2023 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde für die deutschen Krankenhäuser gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage hierfür bildet das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung – der InEK GmbH als deutsches DRG-Institut übertragen“, heißt es auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Begutachtet werden diese Fälle im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen von den Medizinischen Diensten.

Eine bundesweit einheitliche, fachlich hochwertige Begutachtung von Einzelfällen im DRG-Bereich ist unser Anspruch. Um dies sicherzustellen, erarbeitet die Sozialmedizinische Expertengruppe (SEG) 4 „Vergütung und Abrechnung“, in denen Experten aus den Bundesländern eng zusammen arbeiten, seit vielen Jahren einen jährlich aktualisierten Begutachtungsleitfaden zur DRG-Begutachtung. Im Rahmen der Selbstverpflichtung der Medizinischen Dienste zu einer bundesweit einheitlichen Begutachtung sind für alle Gutachterinnen und Gutachter die hier gesetzten Vorgaben verbindlich.

Bei der Überarbeitung der Version 2023 des Begutachtungsleitfadens wurden – wie in jedem Jahr – die begutachtungsrelevanten Neuregelungen des Fallpauschalen-Katalog 2023 in die entsprechenden Kapitel eingearbeitet. Zudem erfolgte eine Straffung der Kapitel. Dies soll die Anwenderfreundlichkeit erhöhen.

Für die Erstellung und jährlichen Anpassungen dieses wichtigen und anspruchsvollen Dokuments, das die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste wesentlich bei ihrer Arbeit unterstützt, gebührt den mitwirkenden Kolleginnen und Kollegen unser herzlicher Dank.

Februar 2023

Dr. Kerstin Haid
Leitende Ärztin des
Medizinischen Dienstes Bund

Dr. Bernhard van Treeck
Sprecher der Leitenden Ärztinnen und
Ärzte der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Inhaltsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	10
2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	14
2.1 Rechtliche Grundlagen.....	14
2.1.1 Gesetze	14
2.1.1.1 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG).....	14
2.1.1.2 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)	14
2.1.1.3 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)	17
2.1.1.4 Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz).....	17
2.1.1.5 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungs-weiterentwicklungsgesetz – GVWG)	18
2.1.2 Verordnungen/Vereinbarungen	18
2.1.2.1 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2022 (Fallpauschalenvereinbarung 2022 – FPV 2022).....	18
2.1.2.2 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2023 (VBE 2023)	20
2.2 DRG-System	22
2.2.1 Entwicklung	22
2.2.2 Aufbau	23
2.2.3 Kodierung im G-DRG-System.....	24
2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	26

2.3.1	Verträge/Vereinbarungen	26
2.3.1.1	Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus	26
2.3.1.2	Landesverträge nach § 112 SGB V	26
2.3.1.3	Vereinbarung zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV)	27
2.3.2	Regelwerke	29
2.3.2.1	G-DRG-Definitionshandbücher	29
2.3.2.2	Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)	29
2.3.2.3	ICD-10-GM-Klassifikation	31
2.3.2.4	OPS-Klassifikation	32
2.4	Rechtsprechung	32
2.4.1	Schiedsstelle/Schlichtungsausschüsse	34
3	Gutachten	35
3.1	Gutachten nach Aktenlage	35
3.1.1	Auftragsannahme und -prüfung.....	35
3.1.2	Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen	36
3.2	Begutachtung im Rahmen einer Begehung	64
3.2.1	Praktische Durchführung.....	64
4	Vorgehen im Nachverfahren	66
5	Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung	68
6	Ergebnismitteilung	69
7	Qualitätssicherung	70
7.1	Hintergrund.....	70
7.2	Durchführung und Prüfinhalte.....	70
7.3	Qualitätssicherungssystematik.....	71
8	Anlage	72

8.1	PrüfvV (ab 2017 gültige Version)	72
8.2	PrüfvV Übergangsvereinbarung 2020.....	72
8.3	PrüfvV Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung 2020.....	72
8.4	PrüfvV Fortschreibung Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung 2020	72
8.5	PrüfvV 2022 vom 22.06.2021	72
8.6	PrüfvV Ergänzungsvereinbarung 2022.....	72

Abkürzungsverzeichnis

ACS	Australian Coding Standards
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
FC	Flowchart, Flussdiagramm
FP	Fallpauschale
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
FPVBE	Fallpauschalenverordnung für besondere Einrichtungen
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German modification
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KKG	Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen

KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MDC	Major diagnostic category
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS-301	Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V
OR	Operating room
PK	Prüfkriterium
RVO	Reichsversicherungsordnung
SE	Sonderentgelt
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
UGVD	Untere Grenzverweildauer
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland ist historisch gewachsen und beinhaltete im zeitlichen Verlauf unterschiedliche Beiträge der öffentlichen Hand und der Versicherungsgemeinschaft (gesetzliche Krankenversicherung, GKV). Im „*Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze*“ (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG vom 29.06.1972) wurde die duale Finanzierung festgeschrieben. Demnach sind Investitionskosten von den Bundesländern aufzubringen, Pflegesatzkosten hingegen von den Krankenkassen und ihren Mitgliedern.

Nach Maßgabe der ersten Bundespflegesatzverordnung (BPfIV, 25.04.1973) rechnete jedes Krankenhaus individuelle tagesbezogene Pflegesätze ab, ohne dabei verschiedene Kostenstrukturen in verschiedenen Fachabteilungen zu unterscheiden. Mit weiteren Versionen der Bundespflegesatzverordnung wurden flexible Budgets und Zulassung von Gewinnen oder Verlusten für einzelne Krankenhäuser eingeführt (21.08.1985), später zusätzlich Fallpauschalen für bestimmte Behandlungsfälle und Sonderentgelte für bestimmte Eingriffe (26.09.1994).

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 21.12.1992) bedeutete für die Krankenhäuser die Festlegung einer Budgetdeckelung mit Erhöhungsmöglichkeiten lediglich im Rahmen der Grundlohnerhöhung.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Einführung eines pauschalierenden und leistungsorientierten Vergütungssystems festgelegt und in Form des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups, DRG) mit dem Fallpauschalengesetz (FPG, 23.04.2002, Kapitel 2.1.1.1) eingeführt. Gleichzeitig bestehen krankenhaushausindividuelle Budgets weiter, ergänzt von Mehr- und Mindererlösausgleichen.

Die Medizinischen Dienste waren bereits vor der Einführung des DRG-Systems in Deutschland mit der Prüfung von Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und der sachgerechten Zuordnung zu pauschalierten Entgelten (Fallpauschalen / Sonderentgelten) gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV, s. o.) befasst. Mit Einführung der DRG (FPG, s. o.) wurden auch die auftragsbezogenen Prüfrechte erweitert.

Der § 275 Abs. 1 SGB V beinhaltet für die Krankenkassen die Verpflichtung „Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten ... der Abrechnung ...“ zu prüfen. Diese Prüfpflicht bezieht sich im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung heute auf Begutachtungsanlässe wie ordnungsgemäße Kodierung, Abrechnung, Fragen der Fallgestaltung (Verlegung, Wiederaufnahme) und Fehlbelegung (ambulantes Potential, Verweildauerfragen), jeweils mit möglichen Auswirkungen auf die abgerechnete Fallpauschale (DRG) und die Höhe des damit verbundenen Rechnungsbetrags. Die gesetzlichen Krankenkassen sind dabei verpflichtet, „eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ... einzuholen.“

Zusätzlich zu den Prüfrechten der Medizinischen Dienste nach § 275 Abs. 1 SGB V bietet der § 275 Abs. 4 SGB V seit dem 01.04.2007 den Krankenkassen und Verbänden die Möglichkeit, den Medizinischen Dienst „bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben“ zu Rate zu ziehen. Diese Regelung bezieht sich u. a. auch auf den Bereich der Krankenhausbehandlung.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) wurden mit Inkrafttreten ab 01.04.2007 zusätzliche Regelungen

im neu eingefügten Abs. 1c des § 275 SGB V (seit 01.01.2020 § 275c SGB V¹) aufgenommen, die der Begrenzung unverhältnismäßiger Prüfungsmengen und dem Bürokratieabbau dienen sollten. Für alle diejenigen Krankenhausfälle, bei denen die Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des vom Krankenhaus ermittelten Abrechnungsbetrags führt, hat die prüfungseinleitende Krankenkasse eine Aufwandspauschale an das Krankenhaus zu entrichten. Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, KHRG vom 17.03.2009) wurde die zunächst mit 100 Euro etablierte Aufwandsentschädigung auf 300 Euro erhöht. Ab 2022 sollen auch Krankenhäuser einen Aufschlag von mindestens 300 Euro, aber höchstens 10 % des geminderten Abrechnungsbetrages zahlen, wenn die Prüfung eine Rechkürzung ergibt. Gleichzeitig wurde der zulässige Anteil an Rechnungsprüfungen wegen steigender Prüfzahlen vom Gesetzgeber 2020 limitiert. Aufschläge und Prüfquote werden ab 2022 zusätzlich als Anreiz für eine korrekte Rechnungslegung abhängig vom Anteil in der Vergangenheit unbeanstandeter Abrechnungen gestaffelt (Einführung mit dem MDK-Reformgesetz 2019, Verschiebung auf 2022 infolge der COVID-19-Pandemie).

Im Zuge der COVID-19-Pandemie beschloss der Gesetzgeber weitreichende finanzielle Erleichterungen für die Krankenhäuser, um möglichen finanziellen Einbußen entgegen zu wirken (z. B. Freihaltepauschalen für Krankenhausbetten, Förderung von neuen Intensivbetten, Mindererlösausgleiche für die Jahre 2020 und 2021). Im Jahr 2020 gingen die Fallzahlen bei Krankenhausbehandlung in Folge der Pandemie um 13 % gegenüber 2019 zurück, im ersten Halbjahr 2021 um weitere 5 % (Somatik), bzw. 3 % (Psychiatrie).² Dem standen Erlöszuwächse von 3,7 % (Somatik) und 10,6 % bis 10,8 % (Psychiatrie und Psychosomatik) in 2020 gegenüber.³ Die Folgen für die künftige Krankenhausfinanzierung sind noch nicht absehbar. Hinzu kommt eine ebenfalls seit 2020 wirksam gewordene Ausgliederung der Pflegekosten aus der Kalkulation der Fallpauschalen im Gefolge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11.12.2018 mit weiteren Unwägbarkeiten und Verwerfungen bei der Kalkulation. Die Kritik an der Krankenhausfinanzierung durch Fallpauschalen nimmt zu. Sie bezieht sich auf systembedingte Fehlansätze zur lukrativen Überversorgung einerseits und die ungenügende Finanzierung von Vorhaltekosten für notwendige, aber nicht rentable Abteilungen andererseits. Die Daseinsfürsorge selbst solle wieder mehr in den Mittelpunkt rücken.

In 2013 ist mit Neufassung des § 17c KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) im Rahmen des „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ (KVBeitrSchG) die Möglichkeit zur Stichprobenprüfung von Krankenhäusern außerhalb der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung entfallen. Von der Möglichkeit dieses Prüfinstruments war in der Vergangenheit zunehmend weniger Gebrauch gemacht worden. Den Vertragspartnern wurden vom Gesetzgeber in diesem Zusammenhang weitreichende Einigungen auferlegt.

So musste vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Vereinbarung zum Prüfverfahren (Prüfverfahrensvereinbarung, PrüfVV) nach § 275c Abs. 1 SGB V gemäß § 17c Abs. 2 KHG getroffen werden, die am 01.09.2014 in Kraft getreten ist und durch eine zweite Version vom 03.02.2016 ersetzt wurde. Im Zuge des MDK-Reformgesetzes

¹ § 275 Absatz 1c gestrichen durch MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019

² Krankenhäuser: Bettenauslastung auf Rekordtief. Busse, Nimptsch Dtsch Arztebl 2021; 118(41): A-1852 / B-1530

³ Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, RWI Projektbericht, 30.04.2021, Augurzky, Busse et al.

vom 14.12.2019 wurde von der Selbstverwaltung eine „Übergangsvereinbarung“ zur PrüfvV für Krankenhausbehandlungen ab 2020 getroffen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 wurde eine „Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung“ notwendig, die zusammen mit „Gemeinsamen Hinweisen“ der DKG und des GKV-SV am 02.04.2020 veröffentlicht wurde. Seit dem 01.07.2021 war wieder die „Übergangsvereinbarung“ in Kraft. Sie wurde am 01.01.2022 von einer Neuversion abgelöst, die wegen fehlender Einigung der Selbstverwaltung per Schiedsstellenentscheid erging.

Die PrüfvV gilt für Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V – vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) – und betrifft Behandlungsfälle ab dem 01.01.2015, in der zweiten Version ab dem 01.01.2017 und in der dritten ab dem 01.01.2022. Neben der Prüfung der Korrektheit der Abrechnung (§ 275 Abs. 1 SGB V) bezieht sich die PrüfvV ausdrücklich auch auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung (§ 12 SGB V). In einem der Prüfung durch den Medizinischen Dienst vorgelagerten Verfahren kann zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Einigung bezüglich strittiger Fälle erzielt werden. Nach der Beauftragung des Medizinischen Dienstes müssen die Krankenkassen bundeseinheitlich seit dem 01.01.2015 eine Frist (ursprünglich 9 Monate, seit 2017 11 Monate, 2020/2021 bis zu 16 Monate, 2022 wieder 9 Monate) bis zum Leistungsentscheid einhalten, was den Zeitrahmen der Begutachtung begrenzt. (Kapitel 2.3.1.2.).

Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung ist künftig im Prüfverfahren nach § 275c SGB V nur zulässig, wenn vorab die Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert wurde (§ 17c Abs. 2b KHG). Zur Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung wurde im April 2014 ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene (§ 17c Abs. 3 KHG, seit 2020 § 19 KHG) eingerichtet und mit dem MDK-Reformgesetz in seiner Bedeutung gestärkt. Beim InEK wurde dazu eine Geschäftsstelle eingerichtet und bis Ende 2020 die zwischen Medizinischen Diensten und Deutscher Gesellschaft für Medizincontrolling strittigen Kodierempfehlungen rechtsverbindlich entschieden, es folgten weitere einzelne Entscheidungen. (Kapitel 2.1.3)

Zusätzlich werden von der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste Stellungnahmen zur medizinischen Indikation bestimmter diagnostischer Methoden, Therapieformen oder besonderer Medikamente oder Medizinprodukte sowohl im Einzelfall als auch im Allgemeinen u. a. im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen angefordert. Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste stellt sowohl den eigenen Gutachterinnen und Gutachtern als auch den Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern Grundsatzgutachten, Begutachtungslleitfäden und weitere Hilfen oder Empfehlungen zur Rechnungsprüfung in speziellen Datenbanken (z. B. InfoMeD, InfoMeD KK) zur Verfügung. Zusätzlich sind bei der Begutachtung Urteile der höherinstanzlichen Rechtsprechung (z. B. Bundessozialgericht, Bundesverfassungsgericht) zu berücksichtigen.

Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 wurden die Medizinischen Dienste bundesweit einheitlich zu Körperschaften des öffentlichen Rechts und erhielten teils neue Tätigkeitsschwerpunkte wie die systematische Prüfung im OPS-Verzeichnis benannter Strukturmerkmale abrechnungsrelevanter Codes. Diese Voraussetzungen müssen Krankenhäuser künftig regelhaft nachweisen, bevor sie diese Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen dürfen⁴. Daneben tritt die Überprüfung der Einhaltung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu bestimmten Behandlungsformen.

⁴ Die im MDK-Reformgesetz ursprünglich für das Budgetjahr 2021 mit dem neu eingeführten § 275d SGB V vorgesehene Prüfung der Strukturvoraussetzungen u. a. von Komplexbehandlungen wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 auf das Budgetjahr 2022 verschoben.

Die Begutachtung im DRG-System stellt eine komplexe Aufgabe für die Controlling-Abteilungen der Krankenhäuser, die Rechnungsprüferinnen und -prüfer der Krankenkassen und die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste dar.

2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Gesetze

2.1.1.1 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)

Mit dem „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ – GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – wurde die Entscheidung, ab Januar 2003 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für allgemeine Krankenhausleistungen einzuführen, im neueingefügten § 17b KHG festgeschrieben.

Daraus ergab sich das Erfordernis nach der Schaffung weiterer, ordnungspolitischer Rahmenbedingungen, die im Fallpauschalengesetz (FPG) zusammengefasst sind.

Als Artikelgesetz enthielt das FPG zahlreiche Änderungen des SGB V, des KHG, der BpflV und – in Artikel 5 – die Fassung eines neuen Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

Ziel der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war unter anderem, eine leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser zu etablieren, mehr Transparenz über Kosten und Leistungen herzustellen, den Wettbewerb unter den Krankenhäusern zu fördern, Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaussektor zu erschließen, die Ausgaben der GKV zu stabilisieren und die Aufenthaltsdauer der Patienten in Krankenhäusern zu verkürzen.

Das pauschalierende Vergütungssystem erfordert regelmäßige Anpassungen an die aktuellen Gegebenheiten des medizinischen Versorgungsgeschehens in Abhängigkeit von den Erfahrungen aller Beteiligten. Es stellt somit ein „lernendes System“ dar.

2.1.1.2 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)

Das KHEntgG regelt die Vergütung von **vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen** der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Maßgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Ausgenommen von den Vorschriften des KHEntgG sind Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz keine Anwendung findet oder bestimmte Krankenhäuser, die nach dem KHG nicht gefördert werden können (§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 KHG) sowie Einrichtungen, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind (psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen bzw. Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und der Psychotherapie).

Die **vor- und nachstationäre Behandlung** sowie die **ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe** werden nicht nach diesem Gesetz, sondern im Rahmen der vertraglichen Ausgestaltung der §§ 115a bzw. 115b SGB V vergütet.

Krankenhausleistungen im Sinne des Gesetzes sind „[...] insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger“ (§ 2 Abs. 1 KHEntgG).

Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** sind die Leistungen, die im konkreten (patientenbezogenen) Fall unter Berücksichtigung von Art und Schwere der vorliegenden Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Diese Leistungen muss das Krankenhaus aufgrund seines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen unter Berücksichtigung aller ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Möglichkeiten erbringen. Übersteigt der erforderliche Behandlungsumfang die Möglichkeiten des Krankenhauses, ist die Patientin/der Patient in ein geeignetes Krankenhaus mit entsprechendem Versorgungsauftrag zu verlegen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch

- die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten i. S. d. SGB V,
- die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V,
- die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
- die Frührehabilitation i. S. von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V
- das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V.

Sofern während eines stationären Aufenthaltes eine vor der Krankenhausaufnahme begonnene Dialyse fortgesetzt wird *und* das Krankenhaus nicht über eine eigene Dialyseeinrichtung verfügt, so dass ein Dritter in Anspruch genommen werden muss *und* wenn ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausaufnahme nicht besteht, gehört diese Dialyse nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen; sie ist vom Leistungserbringer (der die Dialyse durchführt) als ambulante Leistung gegenüber dem Kostenträger abzurechnen.

Auf Wahlleistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Deren Vergütung wird in § 17 KHEntgG geregelt.

Die in § 2 Abs. 2 KHEntgG genannten allgemeinen Krankenhausleistungen werden durch folgende, in § 7 Abs. 1 KHEntgG aufgeführten **Entgelte** gegenüber den Patienten oder ihrem Kostenträger abgerechnet:

Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog

Dieser ist als Anlage 1 der jeweils geltenden Vereinbarung zum Fallpauschalensystem beigefügt.

Die Grenzverweildauern und die entsprechenden Abschläge bzw. zusätzlichen Entgelte sind im Fallpauschalenkatalog in Anlage 1 zur FPV in der jeweils gültigen Fassung hinterlegt. In den Spalten 7 und 9 (Hauptabteilung) bzw. 9 und 11 (Belegabteilung) ist jeweils der Belegungstag, an dem der erste Abschlag vorzunehmen bzw. das erste zusätzliche Entgelt abzurechnen ist, angegeben.

Es ist zu beachten, dass sich die Kataloge für Hauptabteilungen und Belegabteilungen unterscheiden, da in letzterem die belegärztlichen Leistungen nicht in den Fallpauschalen kalkuliert sind.

Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog

Dies sind zusätzlich zu den Fallpauschalen abrechenbare Entgelte, die nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden können (bundeseinheitliche Zusatzentgelte). Diese Zusatzentgelte sind im Zusatzentgelte-Katalog nach Anlagen 2 und 5 FPV aufgeführt.

Gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien vor Ort weitere Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG unter bestimmten Voraussetzungen vereinbaren.

Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG),

Grundlage für diese Entgelte ist § 6 Abs. 1 KHEntgG in Verbindung mit § 17b Abs. 1 Sätze 14 und 15 KHG. Für Leistungen, die aufgrund einer mangelnden Kalkulationsbasis noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, sind durch die Vertragsparteien vor Ort krankenhausespezifische Entgelte zu vereinbaren.

Sie stellen **fallbezogene** Entgelte für gruppierbare, aber nicht ausreichend kalkulierte vollstationäre und teilstationäre Behandlungsfälle (Fallpauschalen, Anlage 3a, 3b FPV) bzw. **prozedurenbezogene** Zusatzentgelte, deren (überwiegend Sach-) Kosten in den jeweils betreffenden DRGs nicht einkalkuliert sind (Anlagen 4 und 6 FPV), dar.

Außerdem können durch die Vertragsparteien vor Ort fall- oder tagesbezogene Entgelte bzw. Zusatzentgelte für **besondere Einrichtungen** nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG vereinbart werden (s. „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2022“ [VBE 2022]).

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkataloge aufgenommen worden sind.

Nach § 6 Abs. 2 KHEntgG können für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Die Vereinbarung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden.

In eng begrenzten Ausnahmefällen können nach § 6 Abs. 2a KHEntgG die Vertragsparteien für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren. Dies ist z. B. möglich, wenn diese Leistung aufgrund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden oder aufgrund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten, die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind, die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 von Hundert überschreiten. In § 6a KHEntgG finden sich die Regelungen zu den Pflegebudgets einschließlich der tagesbezogenen Pflegeentgelte und der Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

In § 8 KHEntgG werden die Berechnungen der Entgelte geregelt.

Unter anderem sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene Zu- und Abschläge für Tatbestände nach § 17b KHG zu vereinbaren. Diese sollen allgemeine Krankenhausleistungen berücksichtigen, die nicht in die Fallpauschalen einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt (das betrifft u. a.: Notfallversorgung, Mitaufnahme einer Begleitperson, Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG, Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG, Maßnahmen zur Qualitätssicherung).

2.1.1.3 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Zum 01.01.2019 trat das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in Kraft. Das Gesetz hat in mehreren Bereichen Auswirkung auf die Abrechnung bzw. die Überprüfung der Abrechnung eines Krankenhauses.

Der § 17 b Abs. 4 des KHG wurde geändert. Ab dem Jahr 2020 wurden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ausgegliedert. Dies basiert auf der Grundlage eines Konzepts des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Im Fallpauschalenkatalog wurde daher die DRG-Bewertungsrelation gekürzt. Gleichzeitig wurde die Spalte 14 mit dem Pflegeerlös (Bewertungsrelation/Tag) eingeführt. Als Konsequenz aus dieser Herausrechnung wurden im Jahr 2021 die Zusatzentgelte für die Hochaufwendige Pflege gestrichen. Im gleichen Gesetz beschloss man die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV).

In § 301 SGB V wurde festgelegt, dass das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information bei Auslegungsfragen zu den Diagnose- und den Prozedurenschlüsseln Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen kann. Dies darf nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen. Das DIMDI nutzte dies erstmalig für die Klarstellung des Begriffes Transportentfernung im OPS 8-981.

Der § 8 Abs. 5 KHEntgG wurde um den Passus „In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht zulässig.“ ergänzt.

In § 11 Abs. SGB V (Anwesenheit einer Begleitperson) wurde ergänzt, dass eine Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses untergebracht werden kann.

In § 109 SGB V wurde festgelegt, dass die Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen in 2 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind, verjähren. Für die Krankenhäuser gilt dies erst für Leistungen, die ab dem Januar 2019 entstanden sind. Für den Zeitraum davor haben die Krankenhäuser eine Frist von 4 Jahren.

2.1.1.4 Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Zum 01.01.2020 traten Teile des MDK-Reformgesetzes in Kraft. Dieses Gesetz hat unmittelbare Auswirkungen auf die Durchführungen der DRG-Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst.

Der § 275 Abs. 1c SGB V wurde durch den § 275c SGB V ersetzt. Die Krankenkassen haben nun Prüfungen von Krankenhausrechnungen innerhalb von vier Monaten nach deren Eingang bei der Krankenkasse dem Krankenhaus anzuzeigen. Die Anzahl der möglichen Prüfungen einer Krankenkasse bei einem Krankenhaus wurde für das Jahr 2021 auf 12,5 % pro Quartal begrenzt. Ab dem Jahr 2022 hängt die quartalsbezogene Prüfquote von dem Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen je Krankenhaus des vorvergangenen Quartals ab. Der MD hat Prüfungen abzulehnen, die die zulässige quartalsbezogene Prüfquote eines Krankenhauses von einer Krankenkasse überschreiten. Um strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch zu reduzieren, wurden 2020 diejenigen Kodierempfehlungen der SEG 4, die zwischen der SEG 4 und dem FOKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) dissent waren, durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene verbindlich entschieden. Der Schlichtungsausschuss kann seitdem

zur verbindlichen Klärung einer Kodier- oder Abrechnungsfrage von grundsätzlicher Bedeutung ange-
rufen werden, um ein gebührenpflichtiges Schlichtungsverfahren einzuleiten. Die Prüfung von Struk-
turmerkmalen wurde rechtlich geregelt (§ 275d SGB V). Ab dem Jahr 2021 werden die Strukturmer-
male im OPS-Katalog ausgewiesen. Sie müssen, bevor sie abgerechnet werden können, vom Medizin-
ischen Dienst im Rahmen einer Strukturprüfung begutachtet werden. Die PrüfV 2022 setzt weitere
Punkte des MDK-Reformgesetzes um: Die Krankenkassen sollen zukünftig nicht mehr Rückforderun-
gen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser verrechnen können und das Krankenhaus soll
eine Rechnung nicht mehr korrigieren können.

2.1.1.5 Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungs- weiterentwicklungsgesetz – GVWG)

In dem im Juli 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz- GVWG wur-
den die Mitteilungspflichten und Mitteilungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes genauer geregelt.
So ist jede fallabschließende gutachterliche Stellungnahme in schriftlicher oder elektronischer Form zu
verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Er-
gebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen (§ 275 Absatz 6
SGB V). In § 277 SGB V wird der Medizinische Dienst befugt und bei Rechnungsabweichungen ver-
pflichtet bei Begutachtungen nach § 275c SGB V dem Leistungserbringer das Ergebnis und die wesent-
lichen Gründe mitzuteilen. Auch die Krankenkasse erhält das Ergebnis und die wesentlichen Gründe.

2.1.2 Verordnungen/Vereinbarungen

2.1.2.1 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2022 (Fallpauschalenvereinbarung 2022 – FPV 2022)

Bestandteil der FPV 2022 sind die Abrechnungsbestimmungen für einzelne Behandlungsfälle sowie der
Fallpauschalenkatalog (Anlage 1) und der Katalog bundeseinheitlicher Zusatzentgelte (Anlagen 2 und
5). Aufgeführt sind außerdem nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütete Leistungen (Anlagen 3a
bzw. 3b) und Zusatzentgelte, für die jeweils krankenhausespezifische Entgelte zu vereinbaren sind (An-
lagen 4 und 6), sowie der Zusatzentgelte-Katalog Blutgerinnungsstörungen (Anlage 7).

Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch den MD ist die Kenntnis der hier festgelegten
Abrechnungsbestimmungen unabdingbare Voraussetzung. Abschnitt 1 regelt in § 1 die Abrechnung
von Fallpauschalen durch Krankenhäuser für Behandlungsfälle, auch unter Berücksichtigung von Ver-
legungen von Patienten in ein anderes Krankenhaus und definiert den Begriff der **Verlegung** (Abs. 1).

Darüber hinaus wird der Abrechnungsmodus bei Überschreiten der **oberen Grenzverweildauer** bzw.
bei Unterschreiten der **unteren Grenzverweildauer** beschrieben (Abs. 2 und 3).

In Absatz 4 wird die Abrechnung von Fällen, die sowohl in einer **Hauptabteilung** als auch in einer **be-
legärztlichen Abteilung** desselben Krankenhauses behandelt wurden, beschrieben.

Absatz 5 bestimmt, wie die Abrechnung von Behandlungen von **Neugeborenen** im Krankenhaus vor-
zunehmen ist.

In Absatz 6 wird u. a. auf die Berücksichtigung von **Diagnosen** und **Prozeduren**, die im Rahmen **vor-
und nachstationärer Behandlungen** anfallen, eingegangen.

Die Begriffe **Beurlaubung** und **Belegungstage** werden in Abs. 7 definiert.

Mit der Zielsetzung, fehlsteuernden Anreizen zur ökonomisch motivierten Teilung von Behandlungsfällen (Fall-Split) entgegenzusteuern, wurden in **§ 2** Regeln für den Fall formuliert, dass Patienten innerhalb bestimmter Fristen in ein Krankenhaus **wiederaufgenommen** werden, in dem sie zuvor bereits behandelt wurden.

Unter bestimmten Bedingungen und innerhalb bestimmter Fristen sind derartige Behandlungsfälle unter Zugrundelegung der Falldaten und zusammengerechneter Belegungstage einzelner Aufenthalte zusammenzufassen. **Ausnahmen** hiervon sind in Spalte 13 bzw. 15 des Fallpauschalenkataloges markiert. Das betrifft Behandlungsabläufe, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf die Patientin oder den Patienten zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen, auch z. B. zu mehreren teilstationären Behandlungen im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung. Von der Zusammenfassung von Aufenthalten zu einem Gesamtfall werden folgende Fallgestaltungen erfasst:

- Wiederaufnahme mit Eingruppierung in **dieselbe Basis-DRG** (Abs. 1),
- Wiederaufnahme mit Eingruppierung in die **gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC)** bei Fallgestaltungen, bei denen ein Fallsplitting von Diagnostik und nachfolgender Operation unterstellt werden kann (Abs. 2),
- Wiederaufnahmen wegen einer **Komplikation**, die „in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses“ fällt, in Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (nicht bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen) (Abs. 3).

Grundsätzlich nicht zusammengefasst werden hingegen insbesondere bestimmte Sondergruppen des DRG-Systems:

- die DRGs der Prä-MDC,
- die DRGs der MDC 14 „Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett“,
- die DRGs der MDC 15 „Neugeborene“,
- die Behandlung von HIV-Patientinnen und -Patienten (MDC 18 a),
- die Fehler-DRG.

Es wurde primär eingeschätzt, dass ein Drittel der Wiederaufnahmen von der Regelung zur Fallzusammenfassung erfasst werden. Da es bei der Zusammenfassung von Behandlungsfällen zu komplexen Fallgestaltungen, insbesondere bei mehr als zwei Krankenhausaufenthalten kommen kann, wurden vom BMGS „**Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004**“ (aktueller Stand 16.09.2004) herausgegeben. Zusätzliche Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2022 „Kombinierte Fallzusammenführungen“ finden sich in den Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2022.

§ 3 enthält die Regelung für die Ermittlung von Abschlägen bei **Verlegung** von Patienten, die vom verlegenden bzw. vom aufnehmenden Krankenhaus vorzunehmen sind, sofern bestimmten Behandlungsdauern unterschritten wurden (Abs. 1 und 2).

Im Falle der **Rückverlegung** eines Patienten in ein erstbehandelndes Krankenhaus ist unter bestimmten Voraussetzungen vom wiederaufnehmenden Krankenhaus eine Fallzusammenfassung mit Neueinstufung des Behandlungsfalles vorzunehmen (Abs. 3). Zu beachten sind auch die jeweils aktuellen Hinweise der Vertragsparteien zu kombinierten Fallzusammenführungen nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV.

Interne Verlegungen zwischen verschiedenen Entgeltbereichen (KHEntgG/BPflV/besondere Einrichtungen), die nebeneinander im Krankenhaus bestehen können, sind wie externe Verlegungen zu handhaben (Abs. 4).

§ 4 legt fest, welche Leistungen bei bestimmten **Transplantationen** durch Fallpauschalen vergütet werden bzw. welche Leistungen im Rahmen einer Organtransplantation gesondert abgerechnet werden können und enthält die Abrechnungsbestimmungen für den Fall der Lebendspende.

In Abschnitt 2 der FPV ist

- in **§ 5** die Abrechnung von **Zusatzentgelten** (bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlagen 2 und 5, krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlagen 4 und 6),
- in **§ 6** die Abrechnung von **teilstationären Leistungen** – auch bei teilstationärer Behandlung nach vorangegangener vollstationärer Behandlung im gleichen Krankenhaus – und
- in **§ 7** die Abrechnung von **sonstigen, krankenhausindividuell vereinbarten Entgelten** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für Leistungen, die nach Anlagen 3a bzw. 3b noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, für teilstationäre Leistungen und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG geregelt,
- In **§ 8** finden sich die Bestimmungen zu den tagesbezogenen Pflegeentgelten.

Es folgen in **Abschnitt 3 der FPV** Vorschriften zur Fallzählung, für den Fall des Kostenträgerwechsels, zur Laufzeit der Entgelte und zur Geltungsdauer der Vereinbarung.

2.1.2.2 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2023 (VBE 2023)

Ab 2006 kamen jeweils Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zustande mit dem Ziel, Krankenhäuser oder Teilbereiche von Krankenhäusern, die aufgrund der Besonderheit der Fälle mit dem jetzigen Entwicklungsstand des DRG-Fallpauschalenkataloges ggf. noch nicht sachgerecht vergütet werden können, von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems auszunehmen.

Nach Abs. 1 VBE 2023 können Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, unter bestimmten Voraussetzungen für das Jahr 2023 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden.

Krankenhäuser können als besondere Einrichtungen von der DRG-Anwendung **insgesamt** ausgenommen werden, wenn von den im Jahr 2022 entlassenen Fällen des Krankenhauses

1. mit einer Verweildauer von der unteren bis zur oberen Grenzverweildauer einer Fallpauschale (Inlier) mehr als drei Viertel eine Verweildauer hatten, die oberhalb der mittleren Verweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt, oder
2. wenn mehr als die Hälfte aller Fälle des Krankenhauses eine Verweildauer hatten, die oberhalb der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt (Langlieger),

und das Krankenhaus die Besonderheit der Einrichtung der von ihr erbrachten Leistungen nachweist (§ 1 Abs. 2 VBE). In § 1 Abs. 3 und 4 VBE sind konkret Fachabteilungen bzw. Krankenhäuser benannt, die unter bestimmten Voraussetzungen als besondere Einrichtung ausgenommen werden können. Dies betrifft je nachdem

- Palliativstationen oder -einheiten
- Krankenhäuser oder Fachabteilungen für
 - Kinder- und Jugendrheumatologie
 - die Behandlung von Tropenerkrankungen,

- Krankenhäuser oder Fachabteilungen mit Schwerpunkt zur Behandlung von
 - Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose
 - Patientinnen und Patienten mit Morbus Parkinson
 - Patientinnen und Patienten mit Epilepsie bzw. auch
- selbständige Kinderkrankenhäuser.

Auch organisatorisch abgrenzbare Teile eines Krankenhauses können als besondere Einrichtung ausgenommen werden, wenn ein besonderes Leistungsangebot mit hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig ist und die Finanzierung dieser Vorhaltekosten aufgrund einer sehr niedrigen und nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahl mit den Fallpauschalen nicht gewährleistet werden kann, z. B. bei Isolierstationen, Einrichtungen für Schwerbrandverletzte oder neonatologischen Satellitenstationen. Intensivabteilungen können nicht als besondere Einrichtungen ausgenommen werden (§ 1 Abs. 5 VBE).

Die Ausnahmemöglichkeit nach Absatz 5 ist eng begrenzt auf besondere Leistungsangebote eines Krankenhauses, bei denen infolge der ständigen Leistungsbereitschaft der Einrichtung hohe Vorhaltekosten entstehen, unabhängig davon, ob dieses Leistungsangebot überhaupt oder von nur wenigen Patienten in Anspruch genommen wird. Die Kosten dieser Vorhaltung können unter dem Gesichtspunkt einer leistungsgerechten Vergütung nicht verursachungsgerecht einzelnen Patienten zugerechnet werden. Ein Ausnahmetatbestand liegt nicht vor, wenn lediglich eine schlechte Auslastung von Krankenhäusern oder Abteilungen zu verzeichnen ist.

Werden die nach Absatz 2, 3, 4 oder 5 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt jedoch in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich eine **Besonderheit** im Sinne des Absatzes 1 vor, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht vergütet wird, kann das Krankenhaus oder der Teil eines Krankenhauses als besondere Einrichtung von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden (§ 1 Abs. 6 VBE).

Für die Leistungen besonderer Einrichtungen können nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 KHEntgG fall- oder tagesbezogene Entgelte bzw. vom Fallpauschalenkatalog abweichende Vergütungshöhen für DRGs vereinbart werden.

Zusätzlich zu den genannten Entgelten dürfen nur Zusatzentgelte nach den Katalogen der Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2023 abgerechnet werden. Palliativstationen oder -einheiten als besondere Einrichtungen dürfen die Zusatzentgelte ZE 60 und ZE 145 der Anlage 2 der FPV 2023 nicht in Verbindung mit den für das Jahr 2023 vereinbarten Entgelten für die Leistungen als besondere Einrichtung abrechnen.

Für besondere Einrichtungen nach § 1 Abs. 5 VBE 2023 ist ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt zu vereinbaren, mit dem nur die fallabhängigen Kosten der Behandlung finanziert werden. Zur Finanzierung der hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten ist zusätzlich ein Zuschlag zu vereinbaren, der bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses zusätzlich in Rechnung gestellt wird (§ 3 Abs. 1 und 2 VBE).

2.2 DRG-System

2.2.1 Entwicklung

Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) neu gefasst. Der neue Paragraph 17b KHG regelte die Einführung eines vollständig pauschalierenden Vergütungssystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser, mit Ausnahme der Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Die Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems wurde den Selbstverwaltungsparteien Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft übertragen. Der Gesetzgeber hatte festgelegt, dass ein bereits international eingesetztes Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt wird.

Unter Einhaltung der gesetzlichen Frist trafen die Vertragsparteien der Selbstverwaltung am 27. Juni 2000 eine Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf Basis der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG), Version 4.1. Für die Adaption des australischen Systems an die deutschen Verhältnisse legten sie einen Zeitplan mit konkreten Arbeitsschritten fest.

Am 10. Mai 2001 wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet und mit der Entwicklung der deutschen DRG-Fallpauschalen beauftragt. Das Fallpauschalengesetz (FPG) und die Fallpauschalenverordnungen (KFPV) schufen den ordnungspolitischen Rahmen für die DRG-Einführung und -Umsetzung. Er wurde durch Leitsätze und weitere Verordnungen (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen) ergänzt. Die Entwicklung der Kalkulationsmethodik und ein Kalkulationshandbuch folgten, das 2007 überarbeitet (Version 3.0) wurde. Hierbei wurde eine Strukturänderung vorgenommen. Soweit der festgesetzte Zeitplan durch fehlenden Konsens unter den Selbstverwaltungsparteien nicht eingehalten werden konnte, wurde die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung (Ersatzvornahme) durch das damalige BMGS umgesetzt.

Mit dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog, Version 2019 lag bereits die 17. Version deutscher DRG-Fallpauschalen vor mit nicht unerheblichen Veränderungen zur ersten Version (2003), wie z. B. 1318 DRG gegenüber 664 nach deren Einführung im Jahr 2004. Nachdem die Anzahl der DRG im Rahmen der Überarbeitung in den ersten Jahren jeweils zugenommen hatte, ist sie seit 2009 mit 1192 DRG bis 2019 mit 1318 DRG relativ stabil geblieben. Nach erstmaliger Einführung von zwei DRG für teilstationäre Behandlung im Jahr 2006 standen dafür seit 2007 unverändert fünf DRG zur Verfügung. Ab der Version ab 2022 werden diese nun auf 15 erhöht.

Die nachhaltigste Veränderung seit seinem Bestehen hat das System für 2020 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) erfahren. Hierzu wurden die Pflegepersonalkosten (am Bett) komplett ausgliedert und in einen eigenen Pflegeentgeltkatalog überführt. Für die Pflegekosten wird zukünftig ein eigenes Budget mit Selbstkostendeckung verhandelt. Der bisherige Fallpauschalenkatalog wird dazu um eine weitere Spalte ergänzt, in welcher die tagesbezogenen Pflegeerlösrelationen abgebildet sind. Dieser umfassende Systemeingriff hat zahlreiche Änderungen inklusive notwendiger Adjustierungsschritte im DRG-System zur Folge. Ab 2020 gilt der sog. aG-DRG-Katalog („a“ für „ausgliedert“) mit 1292 DRG. Ab 2021 hat sich durch weitere Adjustierungsschritte eine Reduktion auf 1292 DRG in 2022 ergeben, welche auch für 2023 unverändert geblieben sind. Die COVID-19-Pandemie hat die Datengrundlage der Kalkulation für 2022 massiv beeinträchtigt, so dass vom üblichen Weiterentwicklungsschema abgewichen werden musste. Nach Stabilisierung der Kalkulationsgrundlagen konnte für 2023 in modifizierter Form wieder eine Systemkalkulation mit weiteren Konsolidierungsschritten durchgeführt werden.

2.2.2 Aufbau

Das deutsche Fallpauschalensystem gliedert sich wie in Australien in 23 Hauptdiagnosegruppen MDC (Major Diagnostic Categories), eine Prä-MDC für besonders teure Behandlungsfälle sowie in die so genannten Fehler-DRG und sonstigen DRG für nicht regulär zuzuordnende Behandlungsfälle. Die DRG jeder Hauptdiagnosegruppe sind jeweils mit demselben Buchstaben aus dem fortlaufenden Alphabet gekennzeichnet, die Fehler-DRG und sonstigen DRG sind an der Ziffer 9 zu erkennen. Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer konkreten Behandlungsgruppe nimmt der Grouper aufgrund der Zuordnung zur Hauptdiagnose und ggf. der Prozedur vor. Weitere Kriterien wie z. B. Alter und Aufnahmegewicht können ebenfalls eine Rolle spielen.

Innerhalb jeder MDC werden die DRG in so genannte Partitionen eingeteilt. In Verbindung mit Operationen, die üblicherweise in einem Operationssaal durchgeführt werden (OR-Prozeduren) werden die DRG in die „operative Partition“ eingeteilt, deren Basis-DRG (ohne Berücksichtigung der Schweregrade) mit den fortlaufenden Ziffern 01 bis 39 gekennzeichnet sind.

Andere Prozeduren, die normalerweise nicht in einem Operationssaal erbracht werden, z. B. invasive diagnostische Maßnahmen (NonOR-Prozeduren) führen in die „andere Partition“, deren DRG mit den fortlaufenden Ziffern 40 bis 59 gekennzeichnet sind.

DRG der medizinischen Partition, also ohne signifikante Prozeduren bzw. mit konservativer Behandlung, tragen die fortlaufenden Ziffern 60 bis 99.

Seit 2005 kommt es zur Überschneidung der Partitions Kennzeichnungen in einzelnen MDC (z. B. MDC 05 und MDC 08), d. h. dort finden sich DRG mit höheren Kennzeichnungen in der operativen Partition (z. B. F59A-F oder I46A-C).

DRG ohne Differenzierung in Schweregrade sind am Buchstaben Z an der vierten Stelle der DRG zu erkennen. Bei den übrigen Basis-DRG bestehen Differenzierungen in zwei bis neun Schweregrade. Die Differenzierungen sind abhängig von den jährlichen Kalkulationen. Dabei können sich jeweils die so genannten Splitkriterien ändern bzw. neue hinzukommen. Die Schweregradstufen sind an den Buchstaben A bis I an der vierten Stelle der DRG-Bezeichnung zu erkennen. Buchstabe A stellt den höchsten Ressourcenverbrauch dar (zur Bezeichnung einer DRG siehe Abbildung).

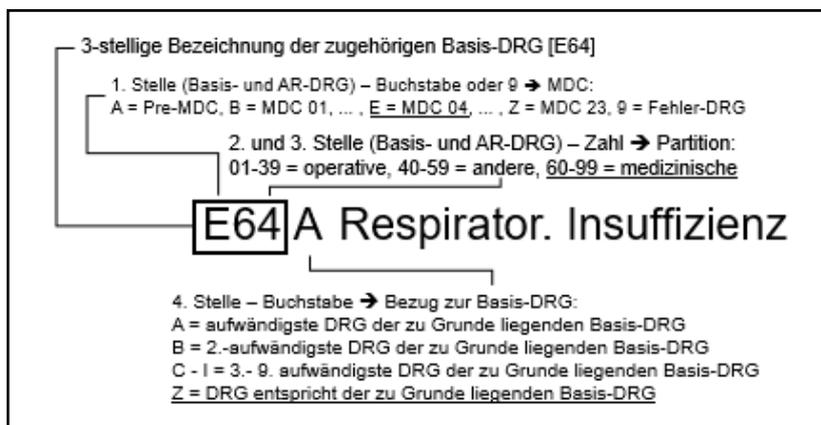


Abb.: Struktur einer DRG

2.2.3 Kodierung im G-DRG-System

In einem Entgeltsystem, das Leistungen pauschal vergütet, d. h. in dem vergleichbare Krankenhausfälle einer DRG zugeordnet werden, muss sichergestellt sein, dass Krankenhausfälle mit gleichem Leistungsinhalt auch im Hinblick auf ihr Krankheits- und Leistungsspektrum einheitlich zugeordnet (verschlüsselt) werden. Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen auch in schwierigen Fällen einheitlich angewendet werden. Eine einheitliche Kodierqualität muss sichergestellt sein. Nur so sind eine sachgerechte Kalkulation und eine einheitliche DRG-Zuordnung möglich.

Um diese Ziele zu erreichen, mussten mit der Übernahme der AR-DRG auch die australischen Kodierrichtlinien, Coding Standards, übernommen und an deutsche Verhältnisse angepasst werden.

Kodierrichtlinien stellten ein Novum für deutsche Krankenhäuser dar. Sie sind allerdings keine neuen deutschen Regeln, sondern führen Hinweise und Regeln aus den Australian Coding Standards, der ICD-10-GM und dem OPS zusammen.

Vor Einführung des DRG-Systems hatte das korrekte Verschlüsseln von relevanten Diagnosen und Prozeduren nur für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung eine finanzielle Bedeutung. Diese machten ca. 20 % aller Krankenhausfälle aus. Im DRG-System müssen alle Krankenhausfälle gleichen Leistungsinhalts einheitlich verschlüsselt werden. Die dafür erforderlichen Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen müssen daher das vollständige Krankheits- und Leistungsspektrum in deutschen Krankenhäusern abbilden können.

Vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden daher die amtlichen Klassifikationen überarbeitet.

In weiteren jährlichen Revisionen werden die Klassifikationsschlüssel jeweils an die geänderten Anforderungen des aG-DRG-Systems angepasst.

Eine einfache Übersetzung der Australian Coding Standards war nicht ausreichend, die inhaltliche Anpassung an deutsche Verhältnisse musste erfolgen. Da sich die Kodierrichtlinien in Australien an den klinischen Kodierer richten, sind in deren Coding Standards zahlreiche medizinische Begriffserläuterungen und spezielle Hinweise an den klinischen Kodierer enthalten. In Deutschland sind die Klinikärzte verantwortlich für die Kodierung, die diese Erläuterungen und Hinweise nicht benötigen. Bei der Anpassung der Kodierrichtlinien wurden unterschiedliche Inhalte sowie unterschiedliche Versorgungs- und Vergütungsstrukturen ebenso wie strukturelle und epidemiologische Besonderheiten in Australien berücksichtigt.

Die Deutschen Kodierrichtlinien gliedern sich in die Allgemeinen Kodierrichtlinien mit grundsätzlichen Richtlinien zur Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren sowie in die Speziellen Kodierrichtlinien, in denen bestimmte Krankheitsbilder dargestellt werden und spezielle Diagnosen und Prozeduren an Beispielen näher erläutert werden. Ausnahmen von den allgemeinen Kodierrichtlinien sind hierin definiert.

Kodierrichtlinien sind ein dynamisches Werk, das einer ständigen Entwicklung unterliegt. Die Vertragsparteien haben daher vereinbart, Neufassungen der Kodierrichtlinien grundsätzlich jeweils zum 1. Januar eines Jahres in Kraft treten zu lassen.

Nach der im Jahr 2002 gültigen ersten Version liegt inzwischen die 21. Überarbeitung für das Jahr 2023 vor. In den jährlichen Revisionen werden die Kodierrichtlinien redaktionell überarbeitet, um Fehler

bereinigt und es erfolgt gegebenenfalls eine Überarbeitung der Beispiele im Sinne einer spezifischeren Kodierung. Einige relevante Kodierrichtlinien werden inhaltlich klargestellt und Inhalte aus den aktuellen Abrechnungsbestimmungen eingearbeitet. Daneben müssen die Kodierrichtlinien jeweils an die gültigen Versionen der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS angepasst werden.

Nach umfangreicheren Überarbeitungen auf der Basis einer Straffung und anwenderfreundlichen Neugestaltung in den Anfangsjahren. (Ziel war es, grundsätzliche Sachverhalte möglichst fachübergreifend in den Allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln, wodurch die die Zahl der speziellen Kodierrichtlinien deutlich reduziert werden konnte) haben sich keine weiterreichenden Änderungen mehr ergeben. Lediglich musste 2009 eine gestrichene spezielle Kodierrichtlinie wegen erstmaliger Kostenrelevanz wieder aufgenommen werden. Zudem findet sich in der Version 2020 die grundlegende Überarbeitung des Kapitels 10 Krankheiten des Atmungssystems. Der Prozess der Konsolidierung ist in der Version 2023 durch einzelne Klarstellungen fortgesetzt worden.

Mit dem MDK-Reformgesetz wird für die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung der Schlichtungsausschuss Bund institutionalisiert (§ 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Seine Entscheidungen sind als Kodierregeln verbindlich (vgl. Kapitel 2.1.3). Die Schlichtungssprüche wurden ab 2021 in einen neuen Anhang C der Kodierrichtlinien aufgenommen, ab der Version 2022 sind die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund an der thematisch passenden Textstelle oder im Anhang C zitiert.

Die Deutschen Kodierrichtlinien stellen eine der wichtigsten Grundlagen für die MD-Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen ihrer Tätigkeit bei der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung im G-DRG-System dar. Die MD-Ärzte sind neben den deutschen Krankenhausärzten die am meisten betroffenen Anwender und daher aufgefordert, ihre Erfahrungen einzubringen. Mit der strukturierten Zusammenführung von Änderungsvorschlägen über die SEG 4 kann der Sachverstand der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste in das lernende System eingebracht werden.

In § 17c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-3 KHG waren bis einschließlich Juli 2013 drei Verpflichtungen für die Krankenhäuser definiert, deren Einhaltung durch den MD im Auftrag der Krankenkassen durch Stichproben geprüft werden konnte. Zum 01.08.2013 sind die Stichprobenprüfungen infolge der Änderungen von § 17c KHG im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) entfallen.

In § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wurde zum 01.01.2003 die Vorschrift für die Krankenkassen ergänzt, auch bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung in Einzelfällen eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen.

Ab 2020 werden mit dem MDK-Reformgesetz für die Einzelfallabrechnungsprüfungen vollstationärer Krankenhausbehandlung durch den MD verbindliche Prüfquoten eingeführt. Diese gelten pro Krankenkasse und Krankenhaus je Quartal, ihre Berechnung soll in den Folgejahren noch weiter differenziert werden. Gesetzliche Grundlage dafür ist der neu eingeführte § 275c SGB V. Die Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes wird mit dem neuen § 275d SGB V ebenfalls neu geregelt. Die Umsetzung dieser neuen Vorgaben hat sich aufgrund der COVID-19-Pandemie verzögert.

Eine Grundlage und Hilfestellung für diese verantwortungsvollen Aufgaben soll die folgende Arbeitshilfe darstellen. Durch unsere Tätigkeit im Rahmen gutachtlicher Stellungnahmen zur ordnungsgemäßen Abrechnung bietet sich für uns die Chance zur Mitarbeit an der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems.

Durch die Aufnahme des neuen § 17d in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Rahmen des 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eingeführt worden, das für die ersten beiden Jahre 2013 und 2014 budgetneutral und für die Krankenhäuser optional umgesetzt werden sollte. Im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FGWG) vom Juli 2014 ist die optionale Phase für die Krankenhäuser um zwei Jahre bis 2016 verlängert worden. Aufgrund großer Widerstände seitens der Leistungserbringer wurde das System im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) zwischenzeitlich modifiziert. Die Ausgestaltung des Entgeltsystems erfolgt nun als Budgetsystem, wobei am Prinzip der Leistungsorientierung und Transparenz festgehalten wird. Die Optionsphase für die Krankenhäuser zur Einführung des neuen Vergütungssystems wurde dabei um ein weiteres Jahr verlängert. Ab 2018 ist die Anwendung dann für alle psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser verbindlich. Von den Partnern der Selbstverwaltung waren für dieses Entgeltsystem die Deutschen Kodierrichtlinien für Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) erstellt und die Gemeinsamen Empfehlungen zur Eingruppierung in die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) vereinbart worden. Beide wurden am 13.01.2010 durch das InEK veröffentlicht. Auch die DKR-Psych werden jährlich überarbeitet.

Ab 2020 wurden die Empfehlungen des G-BA zur Personalausstattung der Einrichtungen (Psych-PV) aufgehoben und mit der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) verbindliche Mindestvorgaben eingeführt.

Analog zu dem vorliegenden Begutachtungslleitfaden DRG gibt es ab dem Jahr 2013 einen Begutachtungslleitfaden für das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (BGL PEPP), der ebenfalls jährlich überarbeitet und aktualisiert wird.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Verträge/Vereinbarungen

2.3.1.1 Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus

Der Vertrag berührt bisher in erster Linie Fragestellungen zur primären Fehlbelegung. Eine Subgruppe der im Vertrag als Katalog beigefügten Leistungen ist durch „Kategorie 1“ gekennzeichnet, was zum Ausdruck bringt, dass diese Leistungen im Regelfall ambulant zu erbringen sind. Für das Jahr 2023 ist eine Neufassung des Katalogs auf Basis eines gemeinsam durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Auftrag gegebenen Gutachtens gesetzlich vorgesehen. Ab in Kraft treten dieser Neufassung sieht das Gesetz keine Prüfung dieser Leistungen mehr durch die Medizinischen Dienste vor.

2.3.1.2 Landesverträge nach § 112 SGB V

Die Landesverträge nach § 112 SGB V regeln im Sinne zweiseitiger Verträge das Nähere über die Krankenhausbehandlung. Die Inhalte dieser Landesverträge können bezüglich der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) relevant sein.

Die Kenntnis der jeweiligen Landesverträge kann für die gutachterliche Tätigkeit – insbesondere im Hinblick auf Festlegungen in der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern – hilfreich sein. Da diese jedoch in unregelmäßigen zeitlichen Abständen in den Bundesländern angepasst werden beziehungsweise einige Bundesländer keine solche Verträge haben, ist es sinnvoll, hierzu zu recherchieren (Landeskrankengesetze und Landesverträge finden sich zum Beispiel unter <https://www.aok.de/gp/verwaltung/landesgesetze-und-vertraege>).

2.3.1.3 Vereinbarung zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV)

In § 17c Abs. 2 KHG ist festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Einzelfallprüfungen) regeln.

Die Vereinbarung ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Vereinbarung regelt außerdem das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.

Wesentliche Eckpunkte der ab 01.01.2022 gültigen Fassung: Zur Einleitung einer Prüfung hat die Krankenkasse dem Krankenhaus Auffälligkeiten der Abrechnung innerhalb von 4 Monaten nach Rechnungseingang so konkret wie möglich mitzuteilen. Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen. Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. Er ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist abzuschließen. Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern.

Beabsichtigt die Krankenkasse nach dem Vorverfahren die Beauftragung des MD, nimmt sie diese spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens vor. Beabsichtigt die Krankenkasse die direkte Beauftragung des MD, nimmt sie diese innerhalb der o.g. 4-Monats-Frist vor.

Erfolgt eine Beauftragung, zeigt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus unverzüglich die Einleitung des Prüfverfahrens und die mitgeteilten Auffälligkeiten an, die ggf. zu konkretisieren sind. Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen ab der Beauftragung zugegangen sein. Eine Beschränkung der Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht für den Medizinischen Dienst nicht.

Bezüglich des Prüfortes sollen sich Medizinischer Dienst und Krankenhaus verständigen. Gelingt dies nicht, entscheidet der Medizinische Dienst. Wird ein schriftliches Verfahren durchgeführt, hat das Krankenhaus die angeforderten Unterlagen innerhalb von 8 Wochen zu übermitteln. Es besteht für die Krankenhäuser zusätzlich die Möglichkeit, eine Verlängerung um 3 Wochen gegen Entrichtung einer Pauschale von 300,- EUR an die Kasse zu erwirken.

Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes bei Prüfung im schriftlichen Verfahren ist nach Bestätigung durch die Krankenkasse vom Medizinischen Dienst dem Krankenhaus im laufenden Prüfverfahren und vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen. Bei einer erneuten Unterlagenanforderung durch den Medizinischen Dienst oder einer Ergänzung durch das Krankenhaus in diesem Zusammenhang, müssen die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Benennung an den Medizinischen Dienst übermittelt und diesem zugegangen sein. Die gesamte Prüffrist verlängert sich entsprechend um einen Monat.

Die abschließende Entscheidung der Kasse ggf. mit Rückerstattungsanspruch und Mitteilung der wesentlichen Gründe hat innerhalb von 9 Monaten nach Anzeige der Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen. Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten. Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens mit. Ein durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet. Falls nicht, hat die Ablehnung ebenfalls innerhalb von 6 Wochen zu erfolgen und das EV gilt damit als eingeleitet. Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach genannter Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen.

Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des Falles, einschließlich aller der vom Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. Führt das EV zu einer Einigung, ist das EV beendet. Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren. Das EV kann neben dem Fall einer Einigung auch jederzeit im Einvernehmen beendet werden. Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Weiter führt die PrüfvV aus, wann Korrekturen der Abrechnung durch das Krankenhaus grundsätzlich möglich sind: Zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern, zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung, zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils, im Falle einer vorzunehmenden Fallzusammenführung, nachdem sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren, im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens oder anderweitig geeinigt haben, nach Ablauf der Frist nach der Leistungsentscheidung, wenn das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht bestritten hat, zur Berücksichtigung eines Verlegungsabschlages, zur nachträglichen Änderung der Zuzahlungsverpflichtung sowie zur Berücksichtigung einer nachträglichen Veränderung des Pflegegrades.

Zur Aufrechnung ist festgelegt, dass die Krankenkasse lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann.

Im Hinblick auf mögliche Überschneidungen mit Landesverträgen nach § 112 SGB V (siehe oben) wird festgelegt, dass die in der PrüfvV getroffenen Regelungen verbindlich in allen Bundesländern gelten, unabhängig davon, ob in einem Bundesland ein Landesvertrag zur Regelung der Durchführung einer Einzelfallprüfung existiert. In einem solchen Landesvertrag können lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

Die Volltextversionen der ab 01.01.2022 gültigen Vereinbarung zum Prüfverfahren sowie der letzten bis 2021 gültigen Vorversionen (Version 2017, Übergangsvereinbarung, Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung, Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung) finden sich im Anhang zu diesem Begutachtungsleitfaden.

2.3.2 Regelwerke

2.3.2.1 G-DRG-Definitionshandbücher

Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen ein Patientenklassifikationssystem dar, mit dem sich stationäre Behandlungsepisoden von Patienten in Kategorien einteilen und somit messen lassen. Um diese Einteilung vornehmen zu können, müssen Algorithmen vorgegeben werden, die, ausgehend von einem bestimmten Datensatz, jeden bestimmten Behandlungsfall eindeutig einer Fallgruppe zuordnen. Aufgrund des angelsächsischen Ursprungs des Systems nennt man dieses Eingruppieren Grouping, der Prüfalgorithmus, bzw. die entsprechende Software wird als Grouper bezeichnet.

Der Prozess der Zuordnung von Behandlungsfällen anhand von Diagnosen, Prozeduren und weiteren Daten zu Fallpauschalen und die logischen Definitionen der Fallpauschalen werden in den G-DRG-Definitionshandbüchern anhand von Ablaufdiagrammen und Tabellen beschrieben. Über die Erläuterung der Zuordnungsprinzipien gelangt man zum Verständnis, auf welche Weise bestimmte Datensätze bestimmten DRGs zugeordnet werden.

Gruppierungslogik, Gruppierungsregeln und Hinweise zur Anwendung des Definitionshandbuchs werden in der Einleitung der Definitionshandbücher ausführlich erläutert. Im Weiteren werden dann in Band I bis Band IV für alle Hauptdiagnosegruppen die jeweilige Entscheidungslogik in einem Ablaufdiagramm sowie die jede Basis-DRG definierenden Diagnosen und Prozeduren dargestellt.

In Band V finden sich ein Diagnosekode-Index, ein Prozedurenkode-Index, detaillierte Anweisungen zur Berechnung von CCL- und PCCL-Werten sowie Ausführungen zu Plausibilitätsprüfungen.

Die Definitionshandbücher werden regelmäßig durch das InEK aktualisiert.

2.3.2.2 Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)

Das DRG-System basiert auf der Grundidee, alle medizinischen Leistungen in eine überschaubare Anzahl von diagnosen- und prozedurenbasierten Klassen einzuteilen, die sich anhand ihres klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches definieren bzw. sich dadurch unterscheiden lassen. Anhand dieser Kategorisierung des Ressourcenverbrauches im Medizinbetrieb soll eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen geschaffen werden.

Um dies leisten zu können sind verschiedene Schritte notwendig:

Zuerst muss der klinische Inhalt, also der eigentliche medizinische Sachverhalt, klassifiziert und systematisiert werden. Das geschieht, was Diagnosen betrifft, über die aktuelle Fassung der ICD-10-GM, während diagnostische und therapeutische Leistungen über den jeweils gültigen OPS abgebildet werden. Eine stationäre Behandlungsepisode lässt sich aber bezüglich ihres klinischen Inhaltes und ihres Ressourcenverbrauches nur vollständig und nachvollziehbar definieren, wenn die Einzelinformationen, also die ICD-10- und OPS-Daten, in eine Beziehung zueinander gesetzt werden.

Hier erscheint der Vergleich mit dem Aufbau einer Sprache durchaus gerechtfertigt.

Wenn die alphanumerischen Codes der ICD-10 und des OPS dem Wortschatz einer Sprache entsprechen, so erschließt sich der Sinn dieser Sprache, also die Informationsvermittlung, erst, wenn diese Worte in einen logischen Kontext gesetzt werden. Dies geschieht in der Sprache durch die Grammatik. In Analogie ist dies die Funktion der Deutschen Kodierrichtlinien, die letztendlich regeln, welche ICD-

10- und OPS-Daten in welcher Weise in den Gruppierungsprozess eingegeben werden können bzw. dürfen und in welcher Beziehung sie zueinanderstehen. Damit erst ist die vollständige Information gegeben, die der Grouper, also die eigentliche Fallpauschalenzuordnungs-Software, benötigt, um eine stationäre Behandlungsepisode einer Fallpauschale zuordnen zu können.

Die Deutschen Kodierrichtlinien gliedern sich wie folgt:

Zuerst werden die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten beschrieben, danach die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren und abschließend die Speziellen Kodierrichtlinien.

Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten definieren allgemeine und Grundvoraussetzungen zur richtigen Kodierung nach der ICD-10-GM, um dann die Grundregeln der Kodierlogik zu vermitteln. Der gleiche Aufbau findet sich entsprechend bei der Vorstellung der Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren.

Der Erkenntnis Rechnung tragend, dass ein relevanter Anteil medizinischer Sachverhalte nicht adäquat über wenige Grundregeln abgebildet werden kann, erfolgt im speziellen Teil die Anweisung zur Kodierung spezifischer Sachverhalte. Hier handelt es sich einerseits um Sachverhalte, die einer weiteren Präzisierung im Detail über die Grundregeln hinaus bedürfen, zum anderen um Sachverhalte, die nachvollziehbar begründete Ausnahmen von den Grundregeln darstellen. Deshalb haben auch spezielle Kodierrichtlinien Vorrang vor allgemeinen Kodierrichtlinien, da es nur so möglich ist, spezifische Sachverhalte und Ausnahmetatbestände gezielt kodieren zu können.

Ziel der Kodierrichtlinien ist es also letztlich, eine einheitliche Anwendung von Diagnose- und Prozeduren-Klassifikationen zu gewährleisten.

Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien sind die sogenannten Australian Coding Standards (ACS). Die erste Version der DKR stellte eine Übersetzung und Anpassung der ACS an deutsche Verhältnisse dar.

Die Anforderungen an das deutsche Kodiersystem sind aber insofern deutlich höher, weil das G-DRG-System die Abbildung und Klassifizierung aller stationären Behandlungsfälle als Ziel hat. Wissend um die Komplexität dieser Aufgabe und um die Dynamik, die sich durch ständigen medizinischen Fortschritt, Ergänzungen der klinischen Klassifikationen und Aktualisierungen der Abrechnungsmodalitäten ergibt, ist das System als lernendes System konzipiert. Dementsprechend erfolgt eine jährliche Überarbeitung der allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien mit abschließender Verabschiedung durch die Selbstverwaltungspartner.

Erstmals am 13.01.2010 wurden die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) veröffentlicht. Diese wurden inhaltlich abschließend zwischen den Partnern der Selbstverwaltung abgestimmt.

Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25. März 2009 wurde die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die Vergütung von Krankenhausleistungen der Psychiatrie und Psychosomatik ab dem 01.01.2013 im § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelt. Am 17.11.2009 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) – als zuständige Vertragspartner für die Ein-

führung und Pflege des neuen Entgeltsystems – die Grundstrukturen des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vereinbart. Dieses trat nach der Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums vom 19.11. 2012 mit dem 01.01.2013 in Kraft.

Auch die DKR-Psych werden regelmäßig überarbeitet und durch die Selbstverwaltungspartner verabschiedet. Die DKR-Psych wurden in Anlehnung an die bereits bestehenden DKR erarbeitet und erstrecken sich auf den Geltungsbereich nach § 17d KHG. Sie beziehen sich auf die Anwendung der jeweils gültigen Fassung der ICD-10-GM bzw. des OPS-Katalogs. Analog der DKR gliedern sich die Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik in folgende Teile:

- Allgemeine Kodierrichtlinien
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren.

2.3.2.3 ICD-10-GM-Klassifikation

Die erste ICD-10 war 1992/94 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben worden. Es handelte sich dabei um die 10. Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Im Zusammenhang mit der Entscheidung der Selbstverwaltung, ein pauschaliertes Entgeltsystem auf der Grundlage des australischen AR-DRG-Systems einzuführen, bestand der Bedarf, die internationale Klassifikation deutschen Gegebenheiten anzupassen. So entstand die ICD-10-GM in der aktuellen Version. GM steht für German Modification.

Ziel der ICD-10 ist es, über eine alphanumerische Kodierung eine lückenlose, umfassende und eindeutige Klassifikation der Krankheiten und damit verwandter Gesundheitsprobleme zu erreichen. Beauftragt mit der Adaptation an die deutsche Situation und der laufenden Aktualisierung ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Das DIMDI ist im Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgegangen.

Strukturiert ist die ICD-10 in 22 Kapitel, die sich vorwiegend nach ätiologischen, topographischen und morphologischen sowie altersbezogenen Klassifikationsprinzipien aufbauen.

Unterebenen sind Gruppen, Kategorien, Subkategorien und Subklassifikationen. Zusätzlich zu den Kapitel- und Gruppenüberschriften sowie den Kategorie- und Subkategorietexten existieren ergänzende Informationen in Form von erläuternden Hinweisen, Inklusiva, Exklusiva und Bemerkungen, um die sachgerechte Verschlüsselung zu unterstützen. Über diese Ebenen lassen sich alle Krankheiten und verwandten Probleme hierarchisch bestimmen, so dass sich eine logisch gegliederte Tiefenstruktur ergibt.

Sonderzeichen liefern zusätzliche Informationen. Wie wichtig die Beachtung dieser formalen Vereinbarungen für die korrekte Umsetzung des Fallpauschalensystems ist, zeigt die Ausführlichkeit der DKR D013c „Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen“.

2.3.2.4 OPS-Klassifikation

Der OPS-301 ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V. Ab dem Jahr 2005 wurde „301“ aus der Bezeichnung gestrichen, weil der Katalog ab diesem Zeitpunkt auch nach § 295 SGB V für das ambulante Operieren gilt.

Ursprung ist die ICPM, die erstmals 1978 von der WHO herausgegeben wurde. ICPM steht für International Classification of Procedures in Medicine. Die aktuelle Version des OPS soll im Rahmen des DRG-Systems die Möglichkeit zu differenzierteren Verschlüsselungen von Prozeduren unterstützen. Herausgegeben wird auch dieses Werk vom DIMDI/BfArM im Auftrag des BMG unter Beteiligung der Arbeitsgruppe OPS des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG).

Ziel ist die systematische Ordnung von diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen in der Medizin. Diese sollen umfassend und eindeutig abgebildet werden. Dazu dient eine vorwiegend numerische, teils auch alphanumerische Gliederungsstruktur mit bis zu 6 Stellen. Diese Struktur ist hierarchisch aufgebaut. Inklusiva, Exklusiva und Hinweise tragen zur Präzisierung bei, ebenso Sonderzeichen. Wie wichtig die Beachtung dieser formalen Vereinbarungen für die korrekte Umsetzung des Fallpauschalensystems ist, zeigt die Ausführlichkeit der DKR P003d „Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS“.

Das Werk gliedert sich in 6 Kapitel: Diagnostische Maßnahmen (1-), Bildgebende Diagnostik (3-), Operationen (5-), Medikamente (6-), Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen (8-) und Ergänzende Maßnahmen (9-). Darunter finden sich Bereichsüberschriften (Gruppen), es folgen bis zu 4 weitere Hierarchieebenen, die aber nicht alle besetzt sein müssen. Die Schlüssel folgen dabei keiner fachbezogenen, sondern einer topographisch-anatomischen Gliederung. Wichtige Zusatzinformationen (z. B. bestimmte OP-Techniken, Reoperationen) besitzen eigene Schlüssel.

2.4 Rechtsprechung

Das Sozialgesetzbuch V lässt – wie jedes Gesetz – Interpretations- und Gestaltungsspielräume offen. Dissente Auslegungen führen zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die inhaltliche Konkretisierung vieler gesetzlicher Vorgaben erfolgt auf dem Weg über die Rechtsprechung. Somit ist für die Gutachterin/den Gutachter in der Einzelfallprüfung von Krankenhausleistungen die Kenntnis ausgewählter höchstrichterlicher Urteile, denen grundsätzliche Bedeutung zukommt, relevant.

Die Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland umfasst drei Stufen:

- Sozialgericht (SG, erste Instanz),
- Landessozialgericht (LSG, Berufungs- und Beschwerdeinstanz),
- Bundessozialgericht (BSG, Revisions- und Rechtsbeschwerdeinstanz).

Ein Urteil der ersten Instanz kann durch Einlegung des Rechtsmittels einer Berufung durch ein übergeordnetes Gericht überprüft werden. Die Berufung überprüft das Ausgangsurteil nicht nur in rechtlicher, sondern auch in tatsächlicher Hinsicht, das Berufungsgericht muss somit gegebenenfalls eine Beweisaufnahme wiederholen und eigene Tatsachenfeststellungen treffen.

Dagegen entscheidet das Bundessozialgericht als Revisionsgericht nur über Rechtsfragen, es kann also zum Beispiel keine Zeugen vernehmen oder weitere Beweise erheben. Das Bundessozialgericht ist an die von einer Vorinstanz getroffenen tatsächlichen Feststellungen gebunden. Kann der Fall auf Grund

der dem Bundessozialgericht zur Verfügung stehenden tatsächlichen Feststellungen nicht entschieden werden, muss der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

Der Zugang zur Revisionsinstanz ist eröffnet, wenn das Landessozialgericht die Revision in seinem Urteil zulässt oder in den eher seltenen Fällen der sogenannten Sprungrevision, in denen das Sozialgericht die Revision zulässt. Erfolgt eine Zulassung durch das Gericht nicht, können sich die Beteiligten gegen die Nichtzulassung mit einer Beschwerde an das Bundessozialgericht wenden (Nichtzulassungsbeschwerde). Das Bundessozialgericht entscheidet über die Beschwerde durch Beschluss.

Eine Revision wird zugelassen, wenn einer der folgenden Gründe vorliegt:

- Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung, das heißt, sie wirft ungeklärte Rechtsfragen auf und ist über den Einzelfall hinaus von allgemeinem Interesse.
- Das Urteil der Vorinstanz weicht von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts ab.
- Es werden bestimmte Verfahrensmängel geltend gemacht, auf denen die Entscheidung des Landessozialgerichts beruht.

Der Große Senat des Bundessozialgerichts entscheidet, wenn in einer Rechtsfrage ein Senat von der Entscheidung eines anderen Senats oder des Großen Senats abweichen will oder wenn in einer Frage von grundsätzlicher Bedeutung ein Senat den Großen Senat anruft, weil nach seiner Auffassung die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung dies erfordert.

Wie die anderen obersten Gerichtshöfe des Bundes entscheidet in gleicher Weise das Bundessozialgericht zwar unmittelbar nur über Einzelfälle; zu seinen Aufgaben gehört aber auch die Rechtsfortbildung vor allem in Musterprozessen, deren Ergebnisse in der Regel für die Sozialleistungsträger und die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit richtungweisend sind.

Für die Gutachterin/den Gutachter relevant sind dabei vor allem medizinische Aspekte, häufig betreffen Entscheidungen des Bundessozialgerichtes aber das Binnenverhältnis von Krankenkasse und Krankenhaus. Entscheidungen von Sozial- und Landessozialgerichten sind Einzelfallentscheidungen, deren Inhalte nicht verallgemeinert und nicht gedanklich auf andere – ähnlich gelagerte – Einzelfälle übertragen werden dürfen. Hinzu kommt, dass Urteile von Sozial- und Landessozialgerichten von der unterlegenen Partei häufig durch Berufung, Revision oder Beschwerde vor der nächsthöheren Instanz angefochten werden und diese Urteile somit nicht rechtskräftig sind.

Unter den Internetadressen www.bundessozialgericht.de, www.sozialgerichtsbarkeit.de finden sich weiterführende Informationen zur Sozialgerichtsbarkeit und sind viele Urteile zu Fragen der Krankenhausbehandlung mit Suchfunktion abrufbar.

Zusätzlich führt die SEG 4 eine Datenbank mit vielen relevanten Urteilen zu Fragen der Vergütung und Abrechnung. Diese ist von jeder IP-Adresse eines Medizinischen Dienstes aus ohne Eingabe eines Passwortes unter der Internetadresse <https://urteile-seg4.md-extranet.de/> erreichbar.

2.4.1 Schiedsstelle/Schlichtungsausschüsse

Schlichtung auf Landesebene

Nach dem MDK-Reformgesetz ist ab dem 01.01.2020 eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung nur möglich, wenn vor der Klageerhebung eine Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur Rechtmäßigkeit der Abrechnung stattgefunden hat. Bis zum 30.06.2020 sollten die Vertragsparteien eine Verfahrensregelung zur einzelfallbezogenen Erörterung vereinbaren. Aufgrund einer im Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) aufgenommenen Klarstellung zum § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG hat sich die Erstellung der Vereinbarung zum Erörterungsverfahren verzögert. Am 22.06.2021 wurde das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht geeinte Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V sowie Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vor der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG geschlichtet. Die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG ist am 01.01.2022 in Kraft getreten und gilt zur Überprüfung von Krankenhausaufenthalten, die seit dem 01.01.2022 im Krankenhaus aufgenommen worden sind.

Schlichtung auf Bundesebene

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 01.01.2020 wurden die Inhalte des ehemals im § 17c Abs. 3 KHG verankerten Schlichtungsausschusses auf Bundesebene in den § 19 KHG neu „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ verschoben. Nach der Gesetzesbegründung war zur „Professionalisierung und Verstetigung der erforderlichen Entscheidungsfindungsprozesse“ eine Geschäftsstelle für den Schlichtungsausschuss einzurichten. Sie wird von der InEK GmbH geführt und hat ihre umfassenden Aufgaben im Jahr 2020 aufgenommen. Der Kreis der zur Anrufung des Schlichtungsausschusses Berechtigten wurde erweitert. Die Entscheidungen sind innerhalb von acht Wochen nach Anrufung des Ausschusses zu treffen.

Der Schlichtungsausschuss hat bis Ende 2020 die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) strittigen Kodierempfehlungen geklärt. Diese Entscheidungen sind für Krankenkassen, Medizinische Dienste und Krankenhäuser gleichermaßen verbindlich. Sie gelten als Kodierregeln und wurden ab dem Jahr 2021 in die Regelwerke aufgenommen. Sie sind entweder an der thematisch passenden Textstelle in den Kapiteln oder im Anhang C zu den Deutschen Kodierrichtlinien zitiert. Informationen zum Schlichtungsausschuss, wie z. B. Zusammensetzung, Geschäftsordnung, Antragstellung, Liste der Schlichtungsverfahren und Entscheidungen sind auf den Seiten der InEK GmbH im Internet einsehbar. Über die Schlichtung hinaus ist den Parteien der Sozialrechtsweg ohne aufschiebende Wirkung offen.

3 Gutachten

3.1 Gutachten nach Aktenlage

§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V legt fest: „Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.“

Die folgenden Ausführungen und Prüfalgorithmen beschreiben die Prüfung der vollständigen Abrechnung einschließlich aller Detail- und Kombinationsfragen in diesem Zusammenhang. Bei Anfragen zu Teilaspekten der Abrechnung/Kodierung (z. B. Korrektheit bestimmter Nebendiagnosen) können entsprechend auch nur einzelne Schritte der Prüfalgorithmen Anwendung finden (die entsprechenden Stellen sind in den Flussdiagrammen mit einer Fußnote versehen).

3.1.1 Auftragsannahme und -prüfung

Voraussetzungen für eine Einzelfallbegutachtung sind:

- Auftrag der GKV mit Angabe der Rechtsgrundlage
- Mitteilung des/der Prüfgegenstandes/-stände
- Angabe des Prüfanlasses/der Auffälligkeit und ggf. deren Konkretisierung (mit Benennung/Markierung der zu prüfenden Codes im Datensatz des Krankenhauses durch GKV)
- Angabe, ob Berechtigung zur Erweiterung des Prüfgegenstandes erteilt wird
- Angabe der/des zu prüfenden stationären Aufenthalte(s)

Folgende Daten sind von der GKV für die Einzelfallprüfung zusätzlich zu übermitteln:

- Unterlagen/Endabrechnung/Datensatz des Krankenhauses aus denen/der/dem die vom Krankenhaus abgerechnete DRG/Entgelt eindeutig hervorgeht.
- Unterlagen/Entlassanzeige/Datensatz des Krankenhauses mit Angabe der Kodierungen von Haupt-, Nebendiagnose(n) und OPS-Leistung(en), die der Rechnung zu Grunde liegen.
- Krankenhausindividuelle Vereinbarungen, soweit für die Fragestellung relevant.

Unter Berücksichtigung der Fragestellung(en) des Prüfauftrages erfolgen beim Krankenhaus die Prüfanzeige nach § 6 Abs. 2 der PrüfV gemäß § 17c Abs. 2 KHG für Aufträge nach § 275c in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und die spezifische Anforderung/Bereitstellung der für den Einzelfall notwendigen Unterlagen. Prüfauftrag, Prüfanlass, Prüfgegenstand und das Datum der Beauftragung sowie ggf. weitere Angaben der GKV werden dem Krankenhaus mitgeteilt. Abweichende landesspezifische Regelungen zur Befundanforderung, zur Mitteilung des Prüfanlasses, des Prüfgegenstandes und weiterer Angaben der GKV sowie zur Ergebnismitteilung sind zu berücksichtigen und datenschutzrechtliche Bestimmungen zu beachten (die entsprechenden Stellen sind in den Flussdiagrammen mit einer Fußnote versehen).

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, gilt die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Diese wurde durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG am 22.06.2021 festgesetzt und ist am 01.01.2022 in Kraft getreten.

3.1.2 Erstbegutachtung/Prüfalgorithmen

Ein sozialmedizinisches Gutachten ist nach der MD-Produkt-Definition eine schriftliche, inhaltliche und formal ausgestaltete, einzelfallbezogene sachverständige Stellungnahme. Die gutachtliche Stellungnahme hat sich auf die für die Fragestellung notwendigen Unterlagen des Krankenhauses zu begrenzen und nur die für die Begutachtung relevanten Informationen und Befunde wiederzugeben.

Die Begutachtung hat nach den Qualitätskriterien der Produkt-Definition eines sozialmedizinischen Gutachtens (Produktgruppe 2) zu erfolgen. Aktualisierungen der Produktdefinitionen sind zu beachten.

Die Begutachtung hat themenbezogen nach den Prüfkriterien des jeweiligen Prüfalgorithmus zu erfolgen.

Zusätzlich zu den nachfolgend dargestellten Hauptfragestellungen können Begutachtungsaufträge spezifische Fragen zu im Krankenhaus angewendeten Methoden und Arzneimitteltherapien beinhalten.

Anmerkung:

Da die folgenden Prüfalgorithmen/Flussdiagramme in einem speziellen EDV-Programm erstellt wurden, unterscheiden sie sich im Layout von den anderen Kapiteln der Arbeitshilfe. Es wurde darauf geachtet, dass inhaltlich zusammengehörende Abschnitte jeweils auf einer Seite abgebildet sind. Daraus resultieren an einigen Stellen unterschiedliche Seitenränder und/oder unterschiedliche Zwischenräume bei den Absätzen. Die Kennzeichnung der Prüfalgorithmen ist alphanumerisch, um notwendige Ergänzungen in Neuauflagen der Arbeitshilfe zu erleichtern.

Vorbemerkung:

Die folgenden Prüfalgorithmen stehen entsprechend gültiger PrüfvV unter der Voraussetzung, dass es sich jeweils um von der Krankenkasse beauftragte Prüfgegenstände unter Benennung der beanstandeten Kodes handelt oder – falls nicht – dass eine entsprechende Prüferweiterung mit Bestätigung der Krankenkasse (bei Begutachtung im schriftlichen Verfahren) erfolgt ist. Dies beinhaltet ggf. auch die Nachkodierung von einzelnen Prozeduren und/oder Diagnosen durch die Gutachterinnen und Gutachter.

Grundsätzlich ist für alle Fragen zur ordnungsgemäßen Abrechnung die korrekte Eingabe folgender Daten aufgrund potenzieller Grupperrelevanz für die Prüfalgorithmen zu beachten: Geschlecht, Alter, Aufnahmegewicht bei Kindern unter 1 Jahr, Verweildauer, Aufnahmeanlass und Entlassgrund (z. B. Verlegung).

A. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von DRG-Fallpauschalen“

A.1. Prüfung der Beatmungsdauer

Hinweis:

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln und die Summe zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden.

Die DKR, Version 2020, wird um die Klarstellung für die Ermittlung der Beatmungsdauer bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern hinsichtlich der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP), High flow nasal cannula (HFNC) und Humidified high flow nasal cannula (HHFNC) erweitert.

Die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) ist bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen, sofern diese intensivmedizinisch versorgt sind.

Die Dauer der Atemunterstützung mit High flow nasal cannula (HFNC) und Humidified high flow nasal cannula (HHFNC) ist bei Neugeborenen und Säuglingen für die Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen, sofern diese intensivmedizinisch versorgt sind.

Prüfung,

A.1.1 ob keine maschinelle Beatmung durchgeführt wurde

wenn ja – Angabe von „0 Stunden“

wenn nein –

A.1.2 ob die Beatmungsdauer nach den Vorgaben der DKR* nicht korrekt berechnet wurde.

wenn ja – Ermittlung bzw. Feststellung der korrekten Beatmungsdauer durch die Gutachterin/den Gutachter

wenn nein –

A.1.3 ob die Beatmung zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wurde und nicht länger als 24 Stunden dauerte

wenn ja – Beatmung zählt nicht zur Gesamtbeatmungsdauer, Kodierung der operativen Leistung

wenn nein –

- A.1.4** ob die Beatmung zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wurde und länger als 24 Stunden dauerte

wenn ja – Beatmung zählt zur Gesamtbeatmungsdauer, Angabe der Gesamtstundenzahl

wenn nein –

- A.1.5** ob die Beatmung nicht zum Zwecke einer Operation begonnen wurde, z. B. Intensivbehandlung bei Verbrennung

wenn ja – Beatmung zählt zur Gesamtbeatmungsdauer, Angabe der Gesamtstundenzahl

wenn nein –

- A.1.6** ob die Patientin/der Patient bereits beatmet war und später operiert wurde

wenn ja – Beatmung zählt zur Gesamtbeatmungsdauer, Angabe der Gesamtstundenzahl

wenn nein –

- A.1.7** ob der Patient bereits beatmet war und nicht operiert wurde

wenn ja – Beatmung zählt zur Gesamtbeatmungsdauer, Angabe der Gesamtstundenzahl

A.2. Prüfung der Hauptdiagnose:

- A.2.1** ob die von der Klinik verschlüsselte Hauptdiagnose die Diagnose ist, die den Krankenhausaufenthalt hauptsächlich veranlasst hat

wenn nein – Gutachterliche Festlegung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- A.2.2** ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der DKR* korrekt zugewiesen ist

Hierbei sind zu beachten: Regelung für Symptom als Hauptdiagnose, Regelungen für Syndrome, Verdachtsdiagnose, konkurrierende Hauptdiagnosen, ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen, nicht ausgeführter geplanter Behandlungsplan, Folgezustände und geplanter Folgeeingriff, Verlegung zwischen Abteilungen nach BpFIV und KHEntgG, Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus, Rückverlegungen und Vorgaben einer speziellen Kodierrichtlinie, Regelung der Kodierung der HD bei Tumorleiden gemäß Schlichterspruch (für Fälle ab 28.07.2016), Regelung bei Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation (Kode aus T86.-).

wenn nein – korrekte Zuweisung bzw. Festlegung der Hauptdiagnose

wenn ja –

- A.2.3** ob die Hauptdiagnose nach den Vorgaben der ICD-10-GM* und der DKR* korrekt kodiert ist.

Hierbei sind zu beachten: Kodierung so spezifisch wie möglich, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, Kreuz-Stern-System, akute und chronische Krankheiten, Restzustand oder Art von Folgezustand, Kombinationschlüsselnummer, Doppelkodierung, Mehrfachkodierung, Verwendung obligater Ausrufezeichenkodes.

wenn nein – Gutachterliche Kodierung der Hauptdiagnose und kurze Begründung der Gutachterlichen Bewertung

wenn ja – Anerkennung der Kodierung des Krankenhauses

A.3. Prüfung der OPS-Leistung(en)

- A.3.1** ob es sich bei der/den kodierten OPS-Leistung(en) um für die Ermittlung der DRG maßgebliche bzw. abrechnungsrelevante Prozedur(en) handelt

wenn nein – Ausweisung der nicht abrechnungsrelevanten OPS-Leistung(en) als „nicht abrechnungsrelevant,

keine Prüfung“

wenn ja –

- A.3.2** ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) erbracht worden ist/sind.

Hinweis:

Die Besonderheiten bei der Ermittlung von Aufwandspunkten bei bestimmten OPS-Kodes, z. B. OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur), 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) im Hinblick auf die Intensiv-Scores TISS und SAPS II, 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, sind zu beachten (s. Anhang).

wenn nein - Ausweisung der OPS-Leistung(en) als „keine im Sinne der DKR relevante Prozedur“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- A.3.3** ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) nach den Vorgaben der OPS* und der DKR* korrekt verschlüsselt ist/sind.

Hierbei sind zu beachten: monokausale Kodierung, Kombinationscodes, Mehrfachkodierung, Prozedur als eigenständige Maßnahme, gesonderte Kodierung eines Zugangs, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva, nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur; Aufnahme zur Operation/Prozedur, nicht durchgeführt, multiple/bilaterale Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit und Zahl, Wiedereröffnung eines Operationsgebietes (Reoperation), Angabe von Zusatzkennzeichen, Zusatzcodes, Zusatzinformationen, Regelung bei Organentnahme und Transplantation, Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie), Regelung der Kodierung der Leistung bei Verbringung.

wenn nein – Gutachterliche Korrektur der Kodierung der erbrachten OPS-Leistung(en) und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja – Anerkennung der kodierten OPS-Leistung

A.4. Prüfung der Nebendiagnose(n)

- A.4.1** ob die Nebendiagnose(n) abrechnungsrelevant ist/sind

wenn nein – Ausweisung der nicht abrechnungsrelevanten Nebendiagnose(n) als „nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung“

wenn ja –

- A.4.2** ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) medizinisch nachvollziehbar vorliegt/vorliegen

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose durch Ausweisung „keine im Sinne der DKR relevante Diagnose“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- A.4.3** ob die kodierte(n) Nebendiagnose(n) das Patientenmanagement nach den Vorgaben der Nebendiagnosendefinition der DKR* beeinflusst hat/haben

wenn nein – Streichung der Nebendiagnose(n), bei der/denen eine Beeinflussung des Patientenmanagementes nicht plausibel ist durch Ausweisung „keine im Sinne der DKR relevante Diagnose“ und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

Hinweis:

In der DKR, Version 2013, wird klargestellt, dass Nebendiagnosen auch dann verschlüsselt werden können, wenn eine Maßnahme mehreren Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) zugeordnet werden kann. Es ist damit unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten war.

wenn ja –

- A.4.4** ob die Nebendiagnose(n) nach den Vorgaben der DKR* und der ICD-10-GM* korrekt kodiert ist/sind.

Hierbei sind zu beachten: Kodierung so spezifisch wie möglich, Berücksichtigung von Inklusiva und Exklusiva,

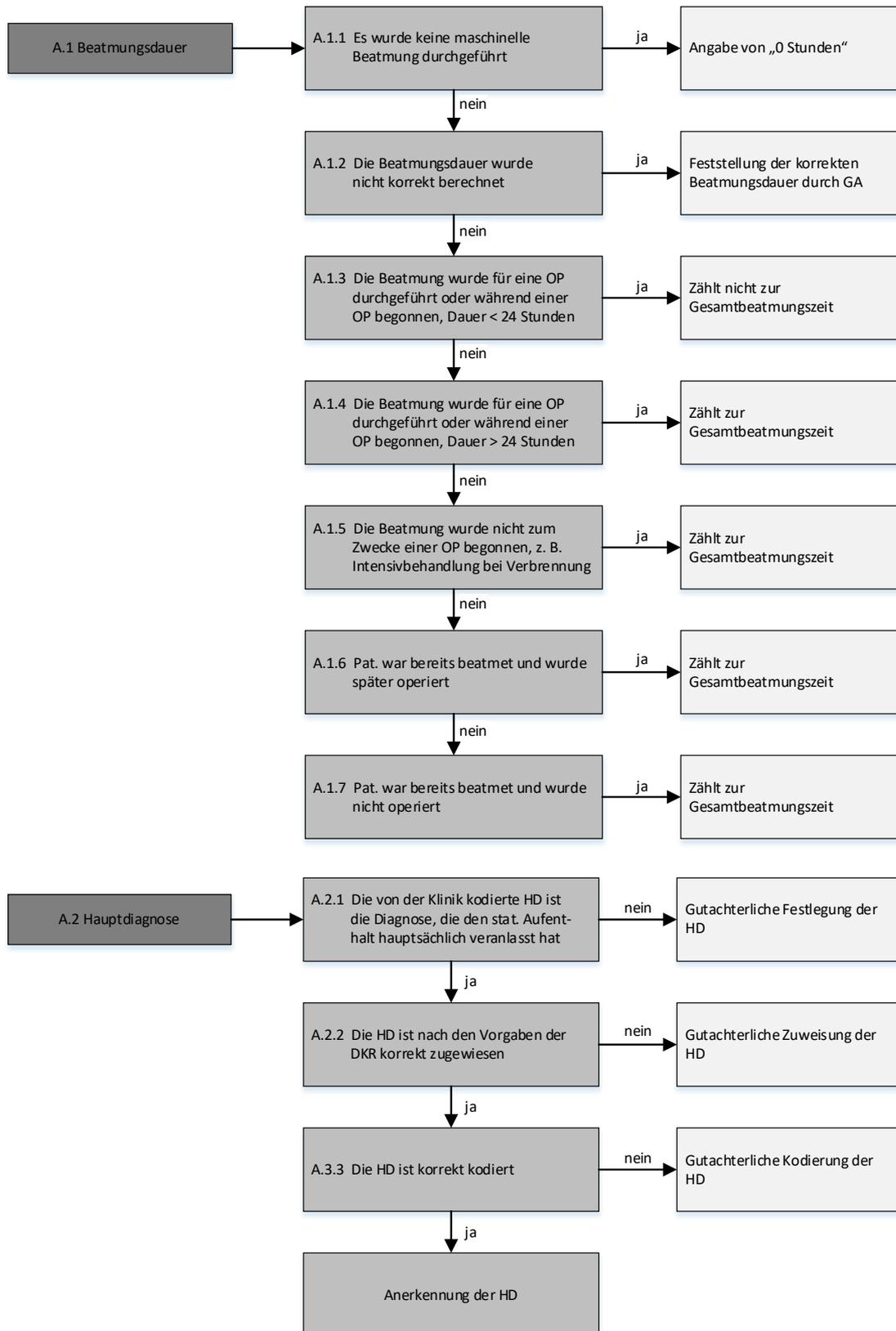
Symptom als eindeutige und unmittelbare Folge der zugrunde liegenden Erkrankung, Symptom als eigenständiges Problem, abnorme Befunde, Verdachtsdiagnose, Kreuz-Stern-System, einschließlich Doppelklassifizierung nach dem Kreuz-Stern-System, Kombinationschlüsselnummer, Doppelkodierung, Mehrfachkodierung, Kodierung der zugrunde liegenden Erkrankung bei Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose, Verwendung obligater Ausrufezeichenkodes, Vorgaben einer speziellen Kodierrichtlinie.

wenn nein – Gutachterliche Korrektur der Nebendiagnose(n)-Kodierung und jeweils kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung(en)

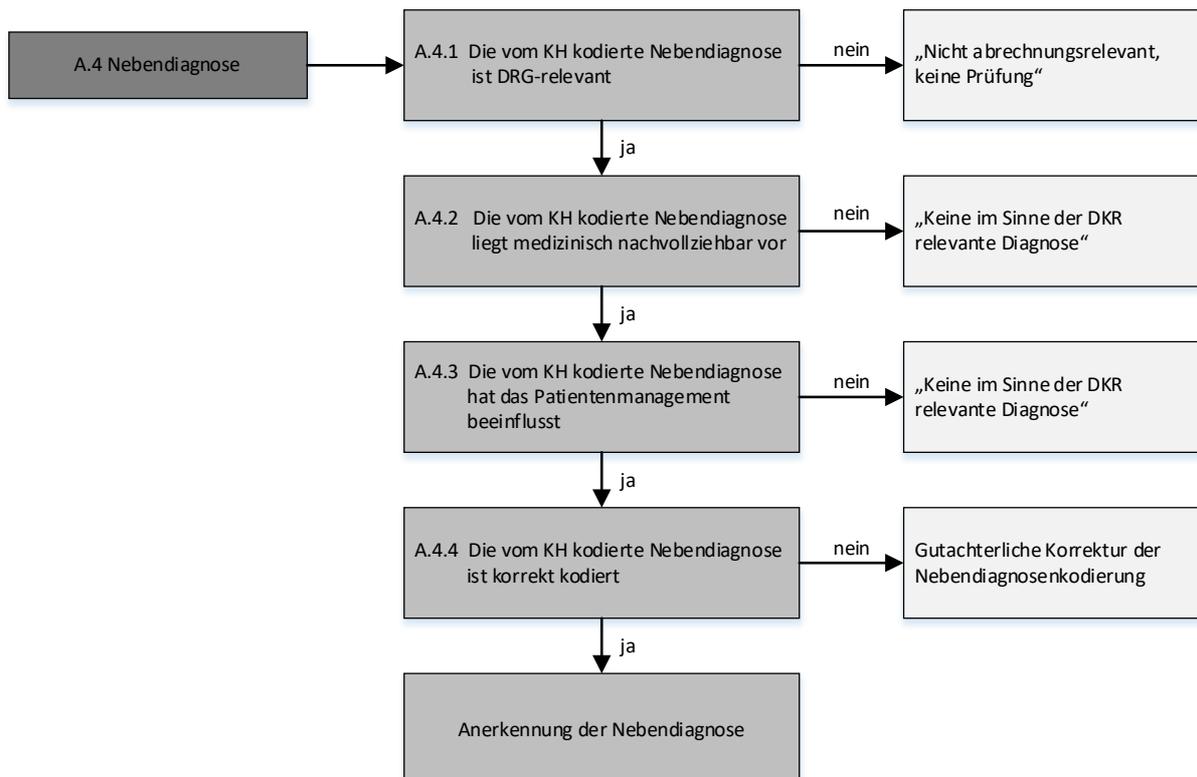
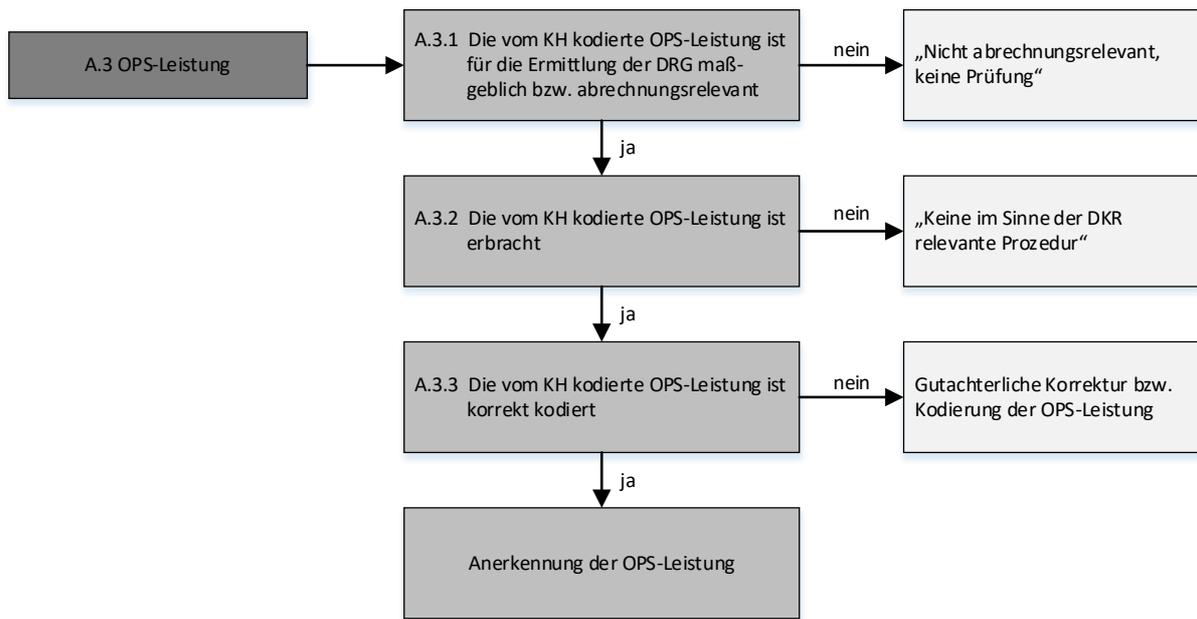
wenn ja – Anerkennung der kodierten Nebendiagnose(n)

* in der für den Einzelfall gültigen Version

A. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von DRG-Fallpauschalen“⁵



⁵ Bei Anfragen zu Teilaspekten der Abrechnung/Kodierung können auch nur einzelne Schritte der Prüfalgorithmen Anwendung finden



B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

B.1 Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit der Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung

Prüfung,

nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von DRG-Fallpauschalen“

B.1.1 ob die Aufnahme zur vollstationären Krankenhausbehandlung notwendig ist (ausschließlich Frage nach der primären Fehlbelegung)

wenn nein – Primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe von „vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja – d. h. primäre Fehlbelegung liegt nicht vor – Angabe „vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

B.2. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit und Dauer vollstationärer Krankenhausbehandlung

Hinweis:

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Hierbei ist von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (Beschluss des Großen Senates vom 25.09.07, Az.: GS 1/06)

Prüfung,

nach Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von DRG-Fallpauschalen“

B.2.1 ob die Aufnahme zur vollstationären Krankenhausbehandlung notwendig ist

wenn nein – Primäre Fehlbelegung, d. h. Angabe von „vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht notwendig“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

B.2.2 ob vollstationäre Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig ist (Frage nach der sekundären Fehlbelegung)

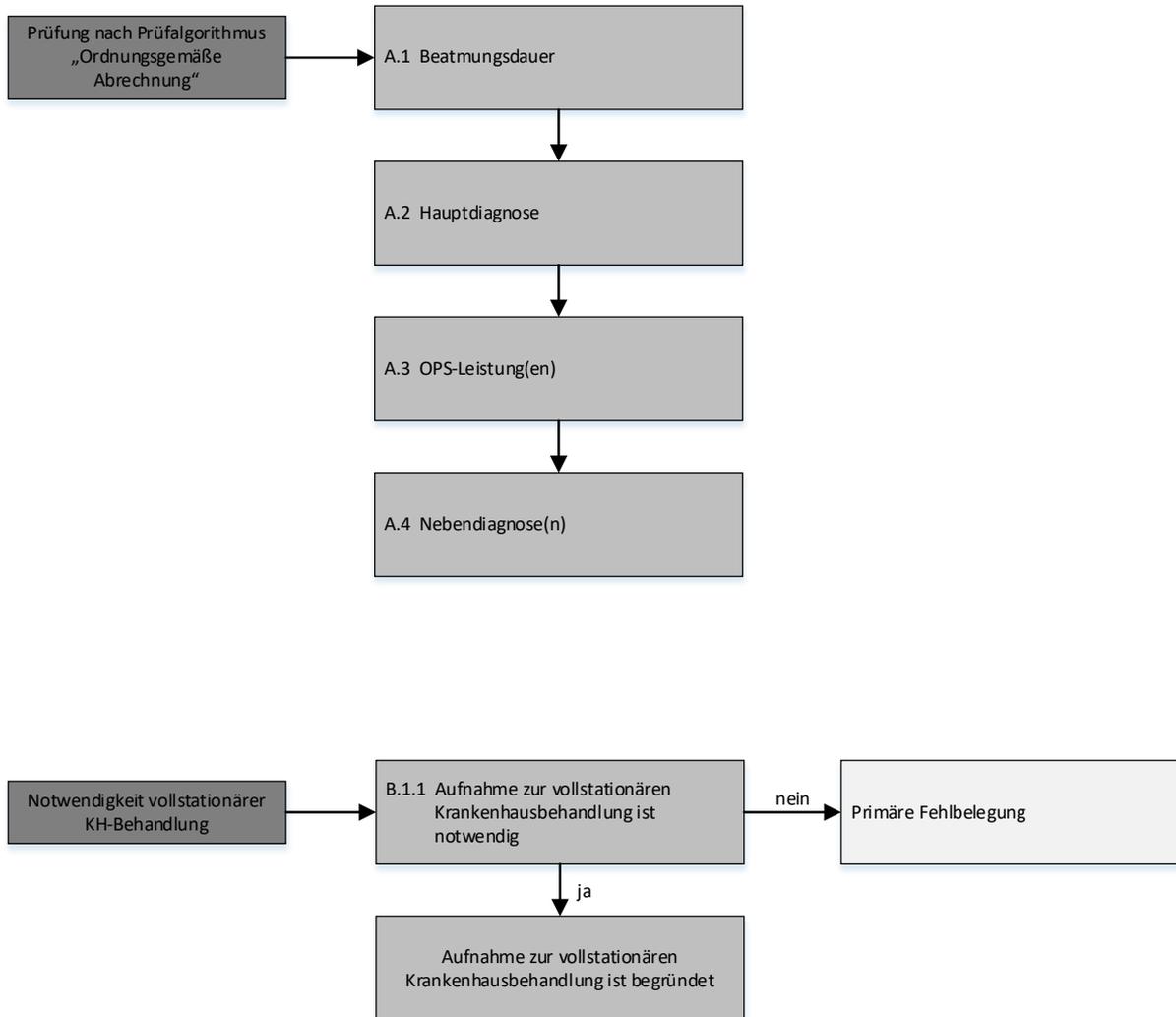
wenn nein – Angabe „vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig, hätte jedoch abgekürzt werden können“; Angabe der Behandlungstage, an denen Krankenhausbehandlung nicht begründet ist, kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung und Mitteilung des Substitutionspotentials.

wenn ja – Angabe „Krankenhausbehandlung in vollem Umfang notwendig und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

.

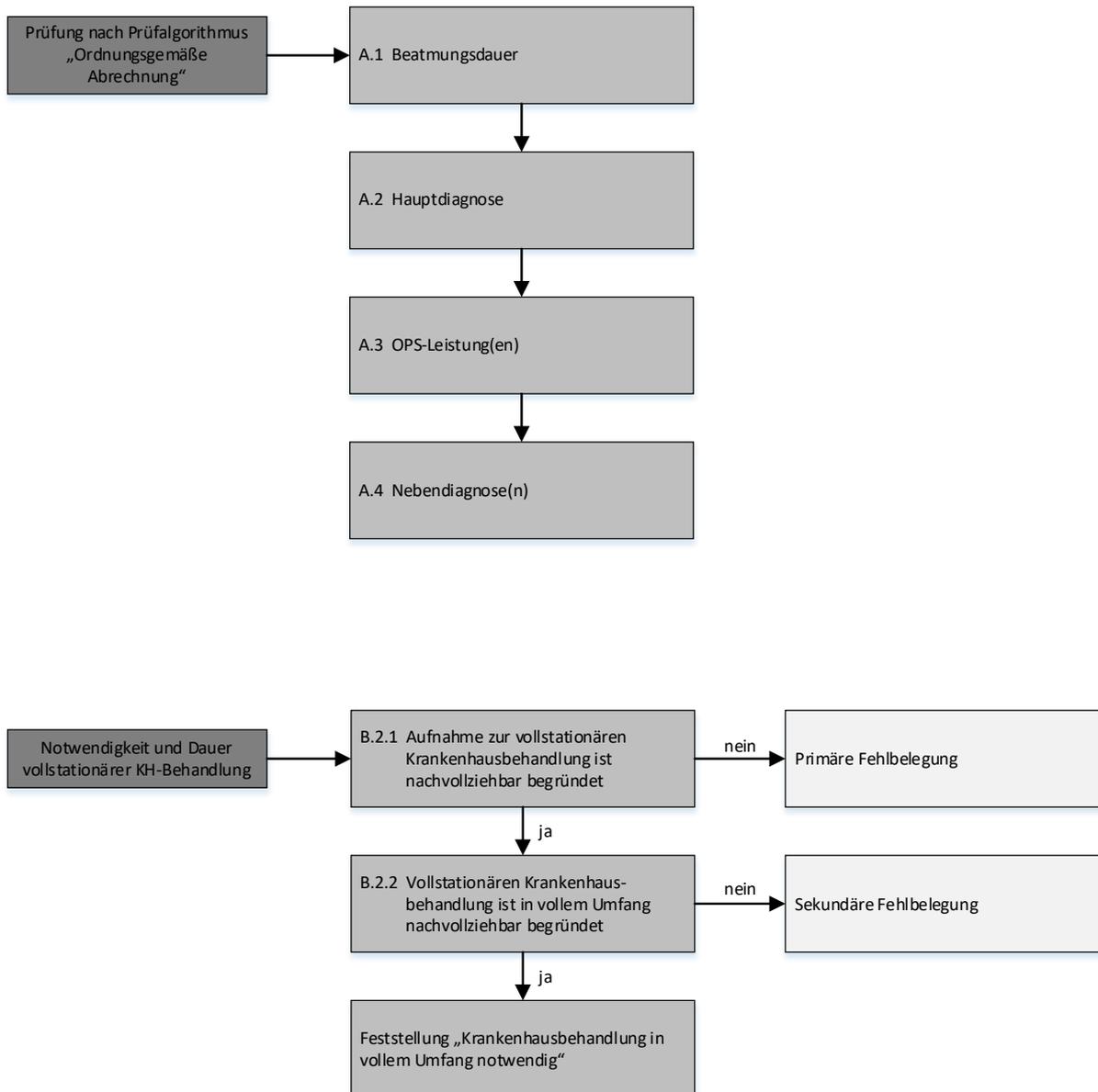
B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

B.1. Ordnungsgemäße Abrechnung von DRG-FP in Verbindung mit Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung



B. Prüfalgorithmus „Kombinationsanfrage“

B.2. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Notwendigkeit und Dauer vollstationärer Krankenhausbehandlung



C. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

Prüfung,

- C.1.** ob die Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten DRG des ersten Falles erfolgte

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

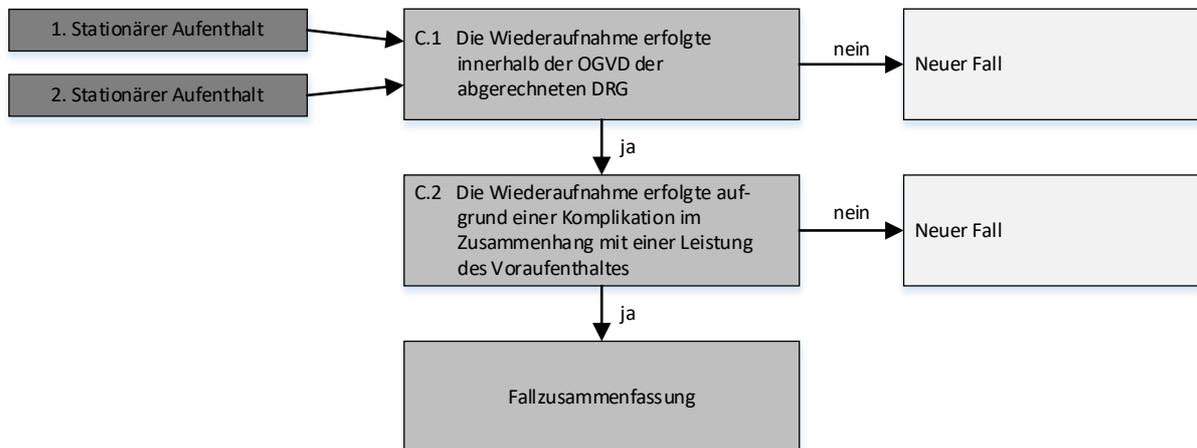
- C.2.** ob die Wiederaufnahme aufgrund einer Komplikation im Zusammenhang mit einer Leistung erfolgte, die im Rahmen des Voraufenthaltes erbracht worden ist
(Hinweis: nach § 2 Abs. 3 ab FPV 2008 wird eine Zusammenfassung und Neueinstufung nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen)

wenn nein – Angabe „Neuer Fall“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

Angabe „Fallzusammenfassung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

C. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“



D. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme nach § 2 FPV“

D.1. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV

Prüfung,

- D.1.1** ob die Aufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgte
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- D.1.2** ob die Aufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten DRG des ersten Falles erfolgte
wenn nein – Prüfung ab Prüfkriterium D.2.2
wenn ja –
- D.1.3** ob für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wurde
wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“
wenn ja -
- D.1.4** ob eine Kennzeichnung im DRG-Katalog (Spalte 13 oder 15) für einen der Aufenthalte gegeben ist
wenn nein – Zusammenfassung der beiden Aufenthalte und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

D.2. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV

Prüfung,

- D.2.1** ob die Aufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgte
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- D.2.2** ob die Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Falles erfolgte
Hinweis: erfolgte die Aufnahme innerhalb der oGVD – Prüfung ab Prüfkriterium D.1.3
wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“
wenn ja –
- D.2.3** ob die beiden Fälle der gleichen MDC zugeordnet sind
wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“
wenn ja –
- D.2.4** ob die erste DRG aus Partition M oder A ist
wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“
wenn ja –

D.2.5 ob die zweite DRG aus Partition Q ist

wenn nein – Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

wenn ja –

D.2.6 ob eine Kennzeichnung im DRG-Katalog (Spalte 13 oder 15) für einen der Aufenthalte gegeben ist

wenn nein – Zusammenfassung der beiden Aufenthalte und ggf. DRG-Neueinstufung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

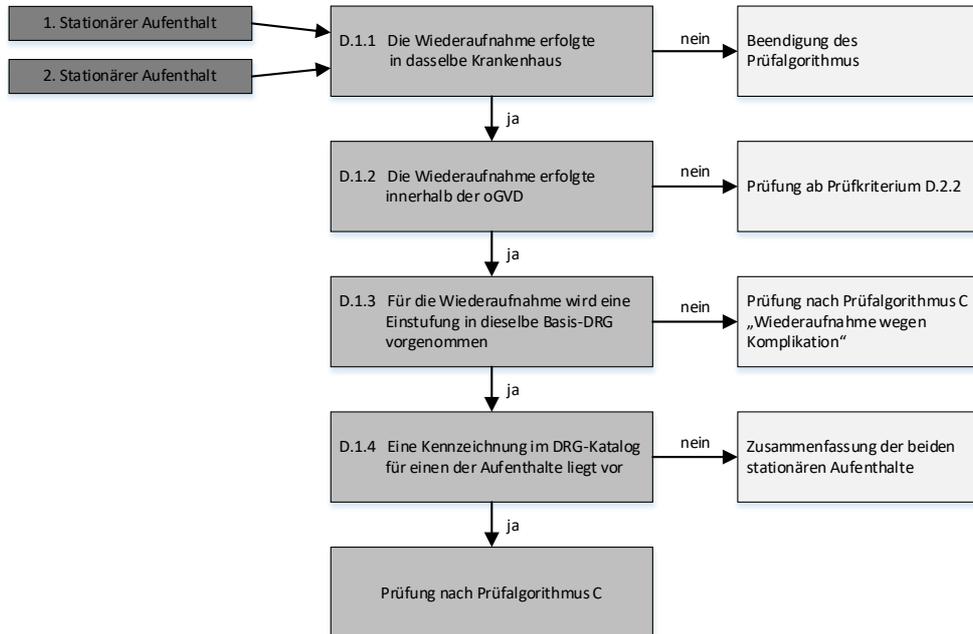
Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“

D.3. Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV

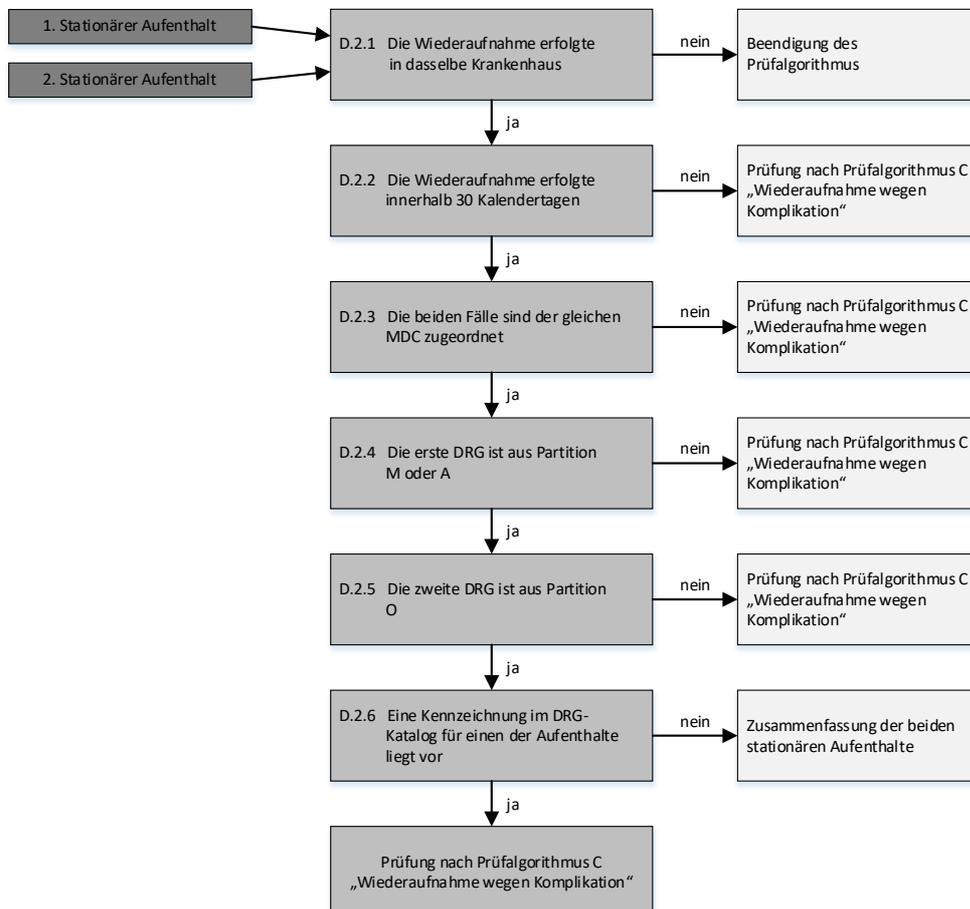
Prüfung nach Prüfalgorithmus C „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“ (Hinweis: für Fälle ab 2004)

D. Prüfalgorithmus „Wiederaufnahme nach FPV“ (ab 2004)

D.1. Prüfung der Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV



D.2. Prüfung der Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV



E. Prüfalgorithmus „Überschreitung der Grenzverweildauer“

Prüfung,

- E.1.** ob die Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ korrekt ist.
(Hinweis: das Prüfkriterium E.1 erfolgt nur orientierend, wenn die Frage nach der korrekten Kodierung nicht Prüfgegenstand des Gutachtensauftrages ist)

wenn nein – Feststellung der korrekten Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung (wenn eine entsprechende Prüferweiterung mit Bestätigung der Krankenkasse (bei Begutachtung im schriftlichen Verfahren) erfolgt ist.

wenn ja –

- E.2.** ob die oGVD bzw. uGVD der abgerechneten DRG überschritten ist
(Hinweis: ist die „Ordnungsgemäße Abrechnung“ Gegenstand des Prüfauftrages, bezieht sich die Frage nach der Überschreitung auf die GVD der neu ermittelten DRG)

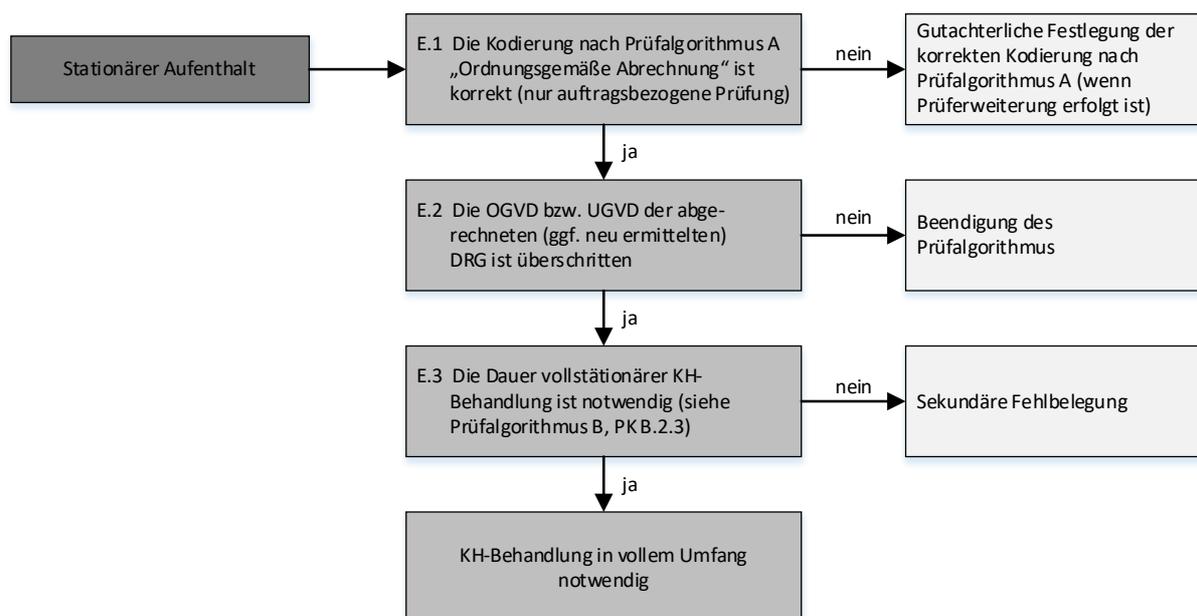
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- E.3.** ob die Dauer vollstationärer Krankenhausbehandlung in der ex ante-Sicht notwendig ist (siehe Prüfkriterium B.2.2 „Sekundäre Fehlbelegung“)

Feststellung des Sachverhaltes mit kurzer Begründung der gutachterlichen Bewertung.

E. Prüfalgorithmus „Überschreitung der Grenzverweildauer“



F. Prüfalgorithmus „Vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen“

F.1. Verlegung

Prüfung,

- F.1.1** ob weitere Krankenhausbehandlung aufgrund der Schwere der Erkrankung und/oder der Intensität der Maßnahmen in der ex ante-Sicht medizinisch nicht notwendig ist

wenn ja – „Primäre Fehlbelegung“ (für das aufnehmende Krankenhaus); Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn nein –

- F.1.2** ob die Verlegung erfolgte in Hinblick auf eine medizinische Leistung, die vom verlegenden Krankenhaus nicht zu erbringen ist

wenn ja – Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn nein –

- F.1.3** ob den Unterlagen ein sonstiger plausibler Verlegungsgrund zu entnehmen ist (z. B. in heimatnahes Krankenhaus)

wenn ja – Mitteilung des Verlegungsgrundes.
Die Bewertung des Sachverhaltes obliegt der GKV

wenn nein -

- F.1.4** ob der Vers. wahrscheinlich aus wirtschaftlichen Gründen verlegt wurde

wenn ja – Darstellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

F.2. Entlassung

Prüfung,

- F.2.1** ob weitere Krankenhausbehandlung in der ex ante-Sicht medizinisch nicht weiter notwendig ist.

wenn ja – Feststellung, dass die Entlassung begründet ist

wenn nein -

- F.2.2** ob die Entlassung aus einem nicht-medizinischen Grund erfolgte (z. B. gegen ärztlichen Rat)

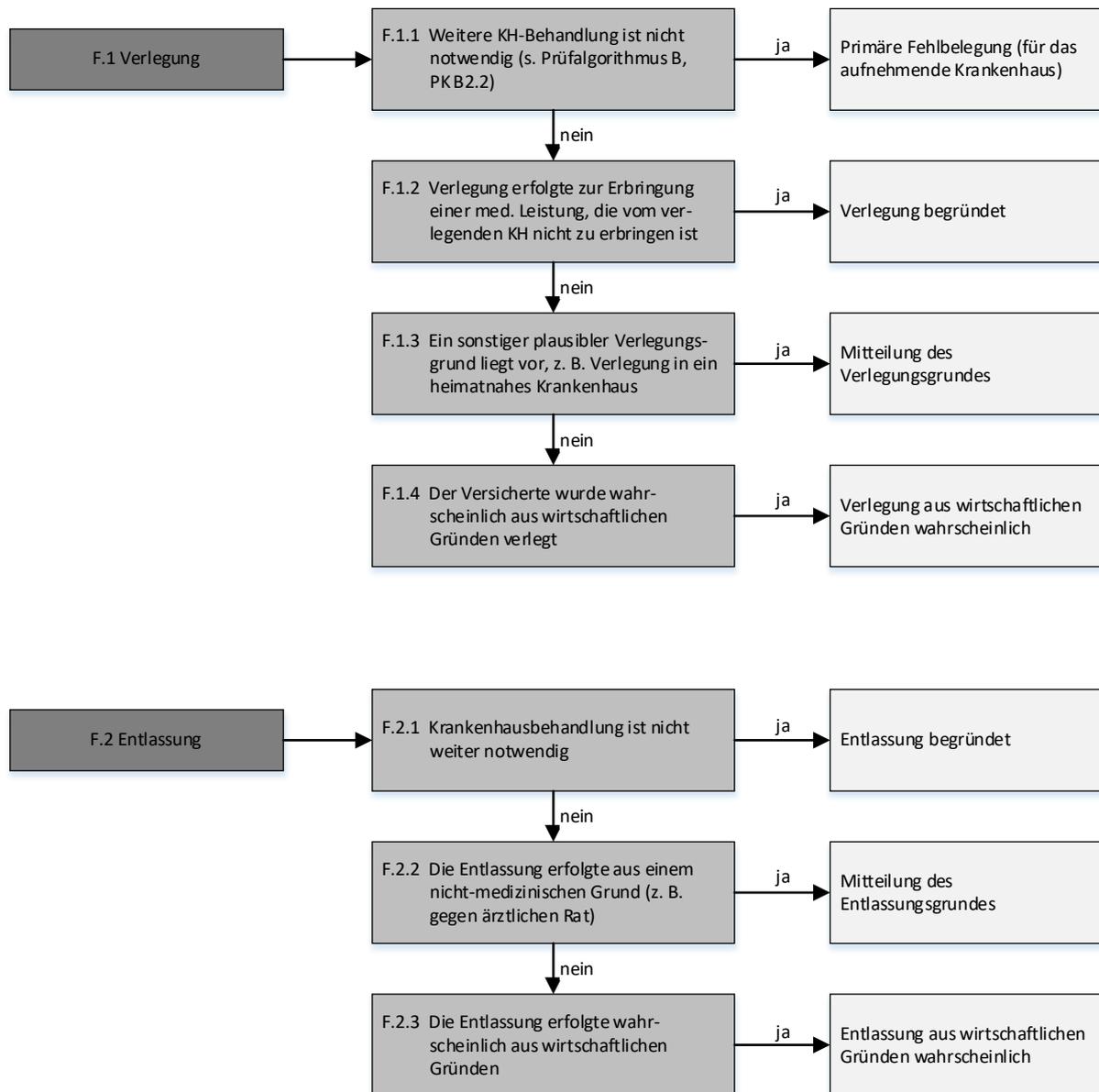
wenn ja – Mitteilung des Entlassgrundes.
Die Bewertung des Sachverhaltes obliegt der GKV

wenn nein –

- F.2.3** ob die Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen wahrscheinlich ist

wenn ja – Darstellung des Sachverhaltes und Begründung der gutachterlichen Bewertung.

F. Prüfalgorithmus „Vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen“



G. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Verbringung oder Verlegung“

Prüfung,

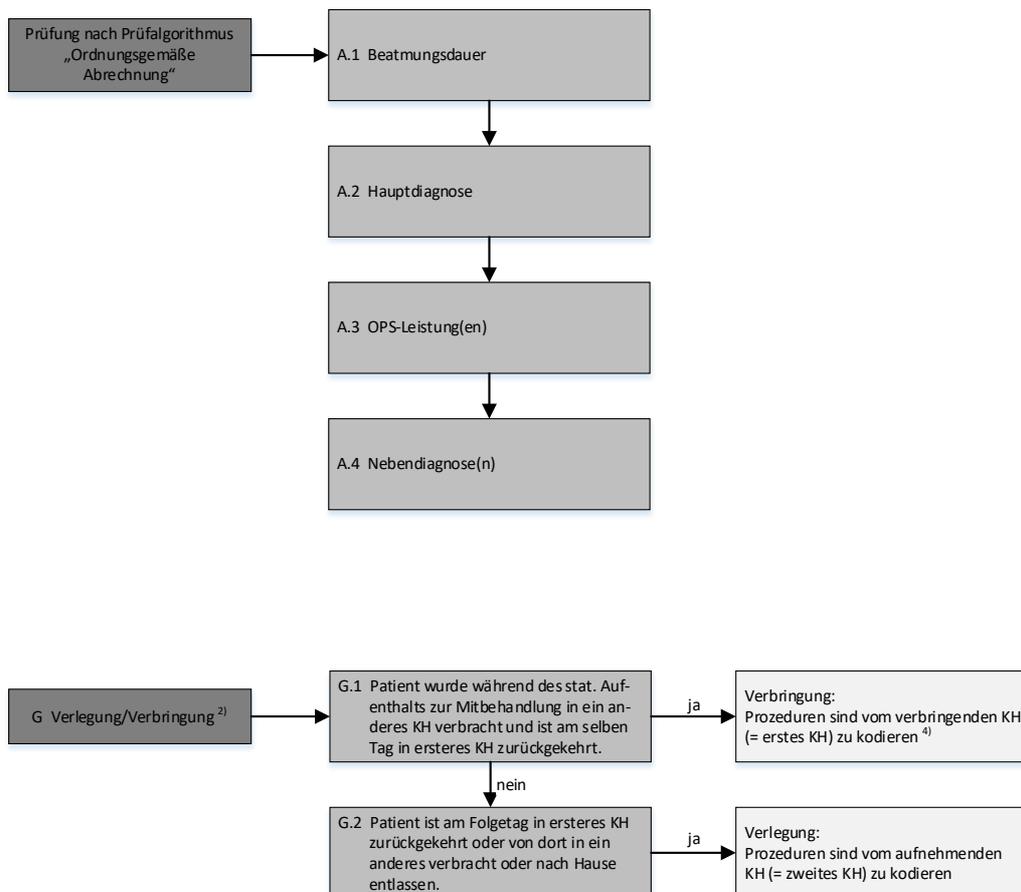
ob die Kodierung nach Prüfalgorithmus A „Ordnungsgemäße Abrechnung“ korrekt ist
 wenn nein – Ermittlung der korrekten Kodierung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –

G.1. ob die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und an demselben Tag wieder in ersteres zurückkehrt.
 (Hinweis: Bei der Verbringung verbleibt der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses).
 Anmerkung: Der Begriff „Verbringung“ kann landesspezifisch geregelt sein, siehe hierzu Landesverträge nach § 112 SGB V.
 Hinweis: Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik (= erstes Krankenhaus) kodiert, siehe DKR, P016* *Verbringung*.

wenn ja – Feststellung einer „Verbringung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn nein –

G.2. ob die Patientin/der Patient am Folgetag in ersteres Krankenhaus rückverlegt oder von dort in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt oder entlassen worden ist.
 Hinweis: Prozeduren sind vom aufnehmenden Krankenhaus (= zweites Krankenhaus) zu kodieren.
 wenn ja – Feststellung einer „Verlegung“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

G. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit Verbringung oder Verlegung“



²⁾ Abweichende landesinterne Regelungen sind zu beachten
⁴⁾ Ab DKR, Version 2005, geregelt

H. Prüfalgorithmus „Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen“

Prüfung,

- H.1.** ob in Zusammenhang mit einer Transplantation eine Leistung(en) abgerechnet worden ist/sind, die nach § 4 Abs. 1 FPV gesondert abrechenbar ist/sind

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- H.2.** ob die Leistung(en) in Zusammenhang mit einer Transplantation erbracht wurde

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

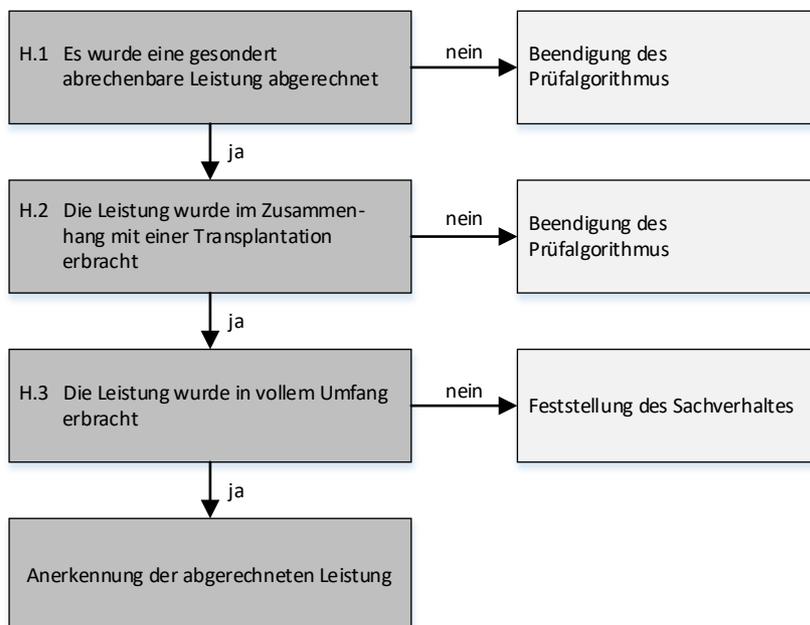
- H.3.** ob die Leistung(en) in vollem Umfang erbracht worden ist/sind

wenn nein – Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

Anerkennung der erbrachten Leistung(en) und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

H. Prüfalgorithmus „Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen“



J. Prüfalgorithmus „Krankenhausindividuelle Entgelte“

Prüfung,

J.1. ob ein Entgelt/eine DRG krankenhausesindividuell vereinbart worden ist

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

J.2. ob es sich um ein Entgelt/eine DRG der Anlage 3a oder 3b (zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) handelt

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

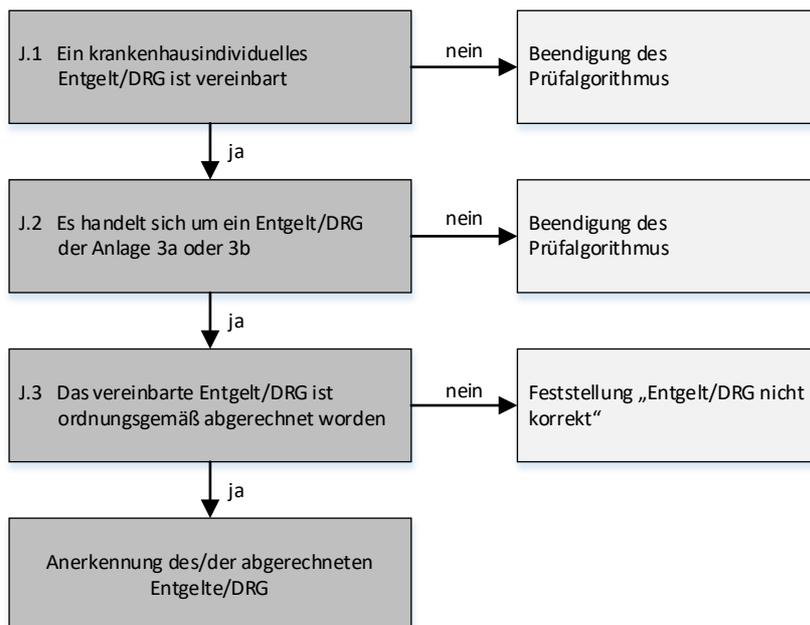
J.3. ob das vereinbarte Entgelt/die vereinbarte DRG erbracht worden ist

wenn nein – Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung, ggf. Feststellung des korrekten Entgeltes

wenn ja –

Anerkennung des/der abgerechneten Entgeltes/DRG

J. Prüfalgorithmus „Krankenhausindividuelle Entgelte“

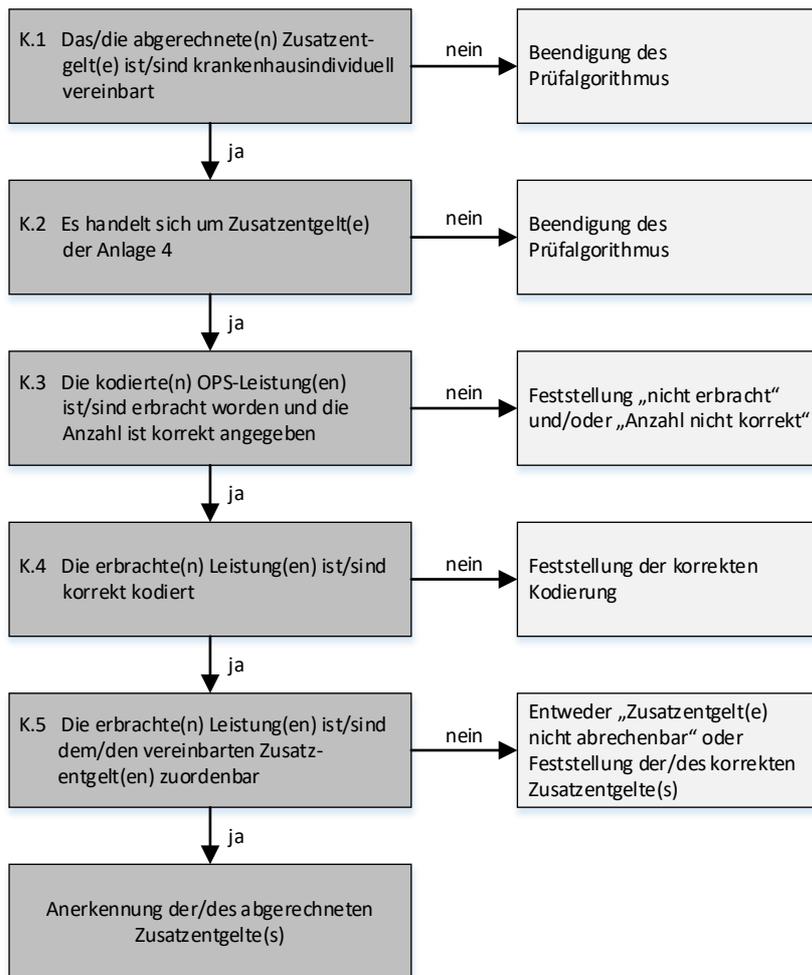


K. Prüfalgorithmus „Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte“

Prüfung,

- K.1.** ob das/die Zusatzentgelt(e) krankenhaushausindividuelle vereinbart worden ist/sind
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- K.2.** ob es sich um ein Zusatzentgelt(e) der Anlage 4 (zu § 5 Abs. 2) handelt
wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- K.3.** ob die kodierte OPS-Leistung(en) erbracht worden ist/sind und die Anzahl der Entgelte korrekt angegeben ist
wenn nein – Feststellung „nicht erbracht“ und/oder „Anzahl nicht korrekt“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- K.4.** ob der/die Leistungskomplex(e) korrekt kodiert ist/sind
wenn nein – Feststellung der korrekten Kodierung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja –
- K.5.** ob der/die erbrachte(n) Leistungskomplex(e) dem vereinbarten Zusatzentgelt zuordenbar ist/sind
wenn nein – Feststellung „Zusatzentgelt(e) nicht abrechenbar“ und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung
wenn ja – Anerkennung der/des abgerechnete(n) Zusatzentgelte(s) und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

K. Prüfalgorithmus „Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte“



L. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen“

Prüfung,

- L.1.** ob es sich um eine besondere Einrichtung im Sinne des § 17b Abs. 1 KHG handelt

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- L.2.** ob das/die abgerechnete Entgelt/DRG vereinbart worden ist (§ 7 Absatz 1 Nr.3)

wenn nein – Feststellung des Sachverhaltes

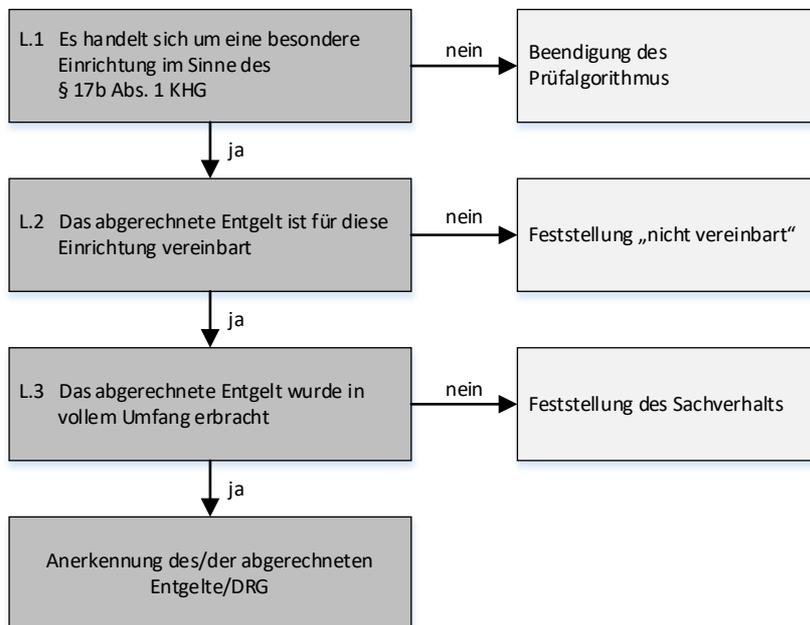
wenn ja –

- L.3.** ob das/die abgerechnete Entgelt/DRG in vollem Umfang erbracht worden ist

wenn nein – Feststellung des Sachverhaltes, Mitteilung der erbrachten Leistung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja – Anerkennung des/der abgerechneten Entgeltes/DRG und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

L. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen“



M. Prüfalgorithmus „Bundeseinheitliche Zusatzentgelte der Anlage 2 FPV“

Prüfung,

M.1 ob es sich um ein Zusatzentgelt der Anlage 2 der FPV (§ 5 Absatz 1) handelt

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus

wenn ja –

M.2 ob die zusätzliche Abrechnung der/des Zusatzentgelte(s) möglich ist (siehe hierzu Fußnote zum Zusatzentgelt)

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus

wenn ja –

M.3 ob die kodierte(n) OPS-Leistung(en) erbracht worden ist/

wenn nein – Feststellung „OPS-Leistung(en) nicht erbracht“

wenn ja –

M.4 ob die erbrachte(n) Leistung(en) korrekt kodiert ist/sind

wenn nein – korrekte Kodierung der OPS-Leistung(en) und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

M.5 ob die erbrachte(n) Leistung(en) dem/den abgerechneten Zusatzentgelt(en) zuordenbar ist/sind

wenn nein – Feststellung „entweder Zusatzentgelt(e) nicht abrechenbar“ oder Festlegung der/des korrekten Zusatzentgelte(s)

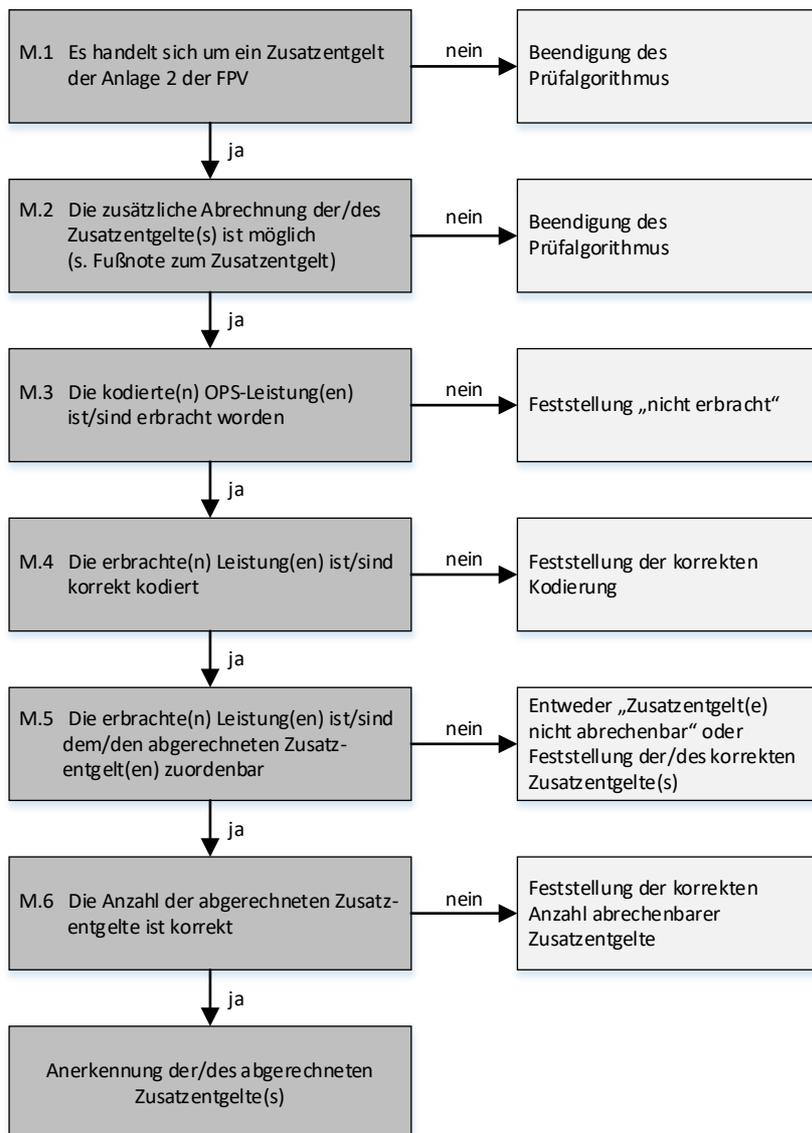
wenn ja –

M.6 ob die Anzahl der abgerechneten Zusatzentgelte korrekt angegeben ist

wenn nein – Feststellung der korrekten Anzahl der erbrachten Leistungen

wenn ja – Anerkennung des/der abgerechnete(n) Zusatzentgelte und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

M. Prüfalgorithmus „Bundeseinheitliche Zusatzentgelte der Anlage 2 FPV“



N. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte/Tagesbezogene Entgelte gemäß §7 FPV“

Prüfung,

N.1. ob das/die Entgelt(e) krankenhausesindividuell vereinbart worden ist/sind

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

N.2. ob es sich um (ein) Tagesbezogenes Entgelt(e) handelt

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

N.3. ob die Anzahl der Berechnungstage des/der abgerechneten Tagesbezogenen Entgelte(s) korrekt angegeben ist

wenn nein – Feststellung der korrekten Anzahl der erbrachten Tage und Prüfung nach N4

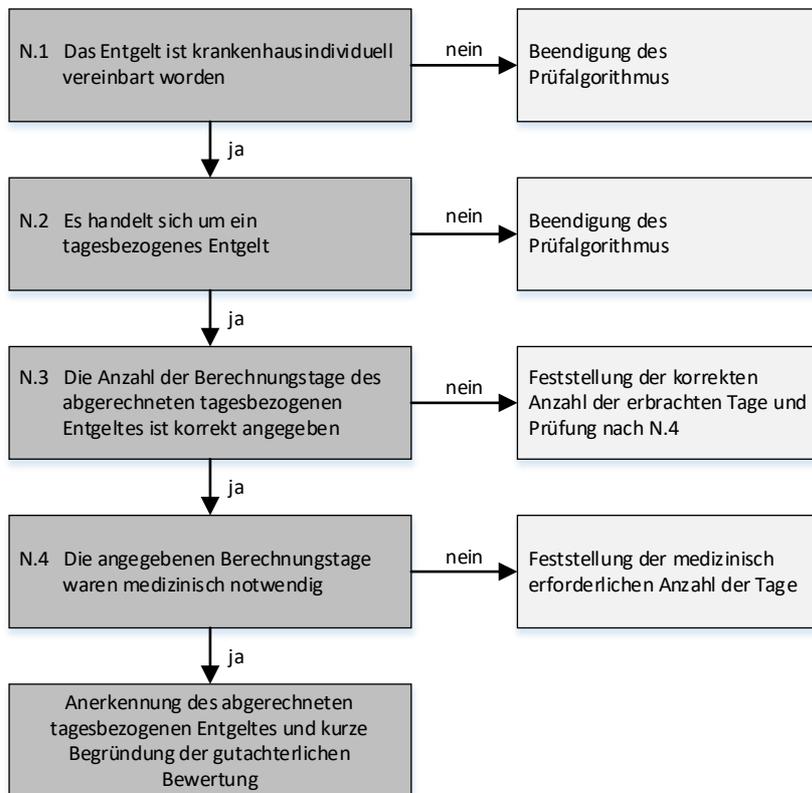
wenn ja –

N.4. ob die korrekt angegebenen Berechnungstage medizinisch notwendig waren

wenn nein – Feststellung der medizinisch erforderlichen Anzahl der Tage

wenn ja – Anerkennung des/der abgerechnete(n) Tagesbezogenen Entgelte und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

N. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte/Tagesbezogene Entgelte gemäß § 7 FPV“



O. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte/Teilstationäre Leistungen gemäß § 6 FPV“

Prüfung,

- O.1.** ob das/die Entgelt(e)/tagesbezogene teilstationäre Fallpauschale(n) nach §6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhaushausindividuell vereinbart worden ist/sind

wenn nein – Beendigung des Prüfalgorithmus, Feststellung des Sachverhaltes und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

wenn ja –

- O.2.** ob die Anzahl der Berechnungstage der teilstationären Leistung korrekt angegeben ist

wenn nein – Feststellung der korrekten Anzahl der erbrachten Tage und Prüfung nach O3

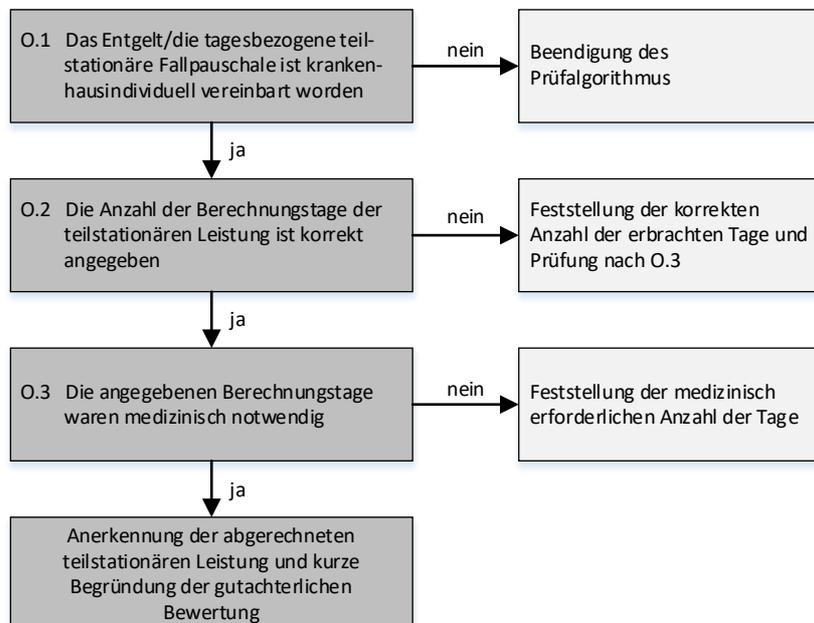
wenn ja –

- O.3.** ob die korrekt angegebenen Berechnungstage medizinisch notwendig waren

wenn nein – Feststellung der medizinisch erforderlichen Anzahl der Tage

wenn ja – Anerkennung des/der abgerechnete(n) teilstationären Leistung und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung

O. Prüfalgorithmus „Sonstige Entgelte/Teilstationäre Leistungen gemäß § 6 FPV“



3.2 Begutachtung im Rahmen einer Begehung

Neben der Durchführung der Begutachtung im schriftlichen Verfahren (Punkt 3.1 ff.) besteht als weitere Möglichkeit der Auftragsbearbeitung die Begutachtung vor Ort im Krankenhaus. Hierbei werden die Krankenunterlagen von den Gutachterinnen und Gutachtern im Krankenhaus eingesehen.

Die Auftragsannahme und -prüfung ist analog Punkt 3.1.1 und damit für die Begutachtung nach Aktenlage und Begutachtung vor Ort identisch. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass keine Unterlagen vom Krankenhaus angefordert werden müssen. Gemäß § 275c Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG und der geltenden und der darauf beruhenden Prüfverfahrensvereinbarung werden die Aufträge unverzüglich unter Nennung des Prüfgegenstandes, einschließlich des Datums der Beauftragung beim Krankenhaus angezeigt und dann ein Termin für die Prüfung vor Ort vereinbart. Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Abs. 4 SGB V.

Die Gutachtenerstellung im Rahmen einer Prüfung vor Ort erfolgt analog des Ablaufs der Prüfung im schriftlichen Verfahren (siehe Punkt 3.1.2). Hierbei werden die im vorherigen Kapitel skizzierten Prüfalgorithmen (A bis O) entsprechend der Fragestellung angewendet.

3.2.1 Praktische Durchführung

Zum vereinbarten Datum begibt/begeben sich die MD-Gutachterin oder der MD-Gutachter in das Krankenhaus, um Einsicht in die vollständigen dort vorliegenden Krankenunterlagen zu nehmen. Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht.

Die Fragestellung kann nun anhand aller im Krankenhaus vorliegenden Behandlungsunterlagen, der bestmöglichen Informationsbasis, bearbeitet werden. Häufig stehen den Gutachterinnen und Gutachtern des MD Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Medizinischen Controllings des Krankenhauses zeitweise oder während der gesamten Zeit der Begehung für Rückfragen zur Verfügung.

Wenn die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und die Korrektheit der Abrechnung im Rahmen der Begutachtung bestätigt werden, kann der Begutachtungsauftrag in der Regel im Konsens abgeschlossen werden. Ergeben sich fachlich-medizinische Rückfragen, so kann auf Vertreterinnen und Vertreter der entsprechenden Fachabteilungen zurückgegriffen werden. Im kollegialen Dialog kann der Sachverhalt erörtert und bewertet werden.

Die meisten Gutachtenaufträge können so im Konsens fallabschließend bearbeitet werden. Sollten das Krankenhaus und die Gutachterin/der Gutachter unterschiedliche Auffassungen vertreten und keine Einigung in ihrer Sichtweise erzielen können, so wird dies als Dissens im Gutachten festgehalten und die entsprechenden Positionen werden dokumentiert.

Die Begutachtung vor Ort eignet sich prinzipiell für alle Begutachtungsaufträge.

Die Entscheidung, ob eine Begutachtung vor Ort durchgeführt wird, hängt auch von der räumlichen und technischen Ausgestaltung der Begutachtungssituation im Krankenhaus und anfallenden Reisezeiten für die Gutachterinnen und Gutachter ab.

Die Begutachtung vor Ort im Krankenhaus wird in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten von den Medizinischen Diensten in unterschiedlicher Intensität genutzt.

Infolge der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen der Möglichkeiten eine Krankenhausbegehung vor Ort durchzuführen, wurde teilweise auf ein digitales Format der Begehung in Form von Videokonferenzen mit gemeinsamer Akteneinsicht umgestellt.

4 Vorgehen im Nachverfahren

Das ab 2017 anzuwendende Prüfverfahren sieht für die Fälle, die zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2021 ins Krankenhaus aufgenommen werden, ein sogenanntes „Nachverfahren“ vor, welches für die Krankenkasse freiwillig ist. Dabei kann das Krankenhaus der Krankenkasse das Nachverfahren für den Einzelfall vorschlagen, indem es zum Bescheid der Krankenkasse Stellung nimmt.

Grundlage des Nachverfahrens sind nur die vom Krankenhaus bereits im Erstverfahren für die MD-Prüfung übermittelten Daten/Unterlagen.

Der § 9 der PrüfvV vom 03.02.2016 regelt Näheres zum Nachverfahren. Das Nachverfahren wird durch Inkrafttreten der PrüfvV vom 22.06.2021 durch das sogenannte Erörterungsverfahren (EV) abgelöst.

Der folgende Prüfalgorithmus zum bisherigen Nachverfahren setzt folgende Sachverhalte voraus, die primär in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse fallen:

1. Die Entscheidung, das vom Krankenhaus vorgeschlagene Nachverfahren anzunehmen.
2. Die Prüfung, ob das Krankenhaus die 6-Wochen-Frist für das Nachverfahren gemäß § 9 Satz 1 PrüfvV eingehalten hat.
3. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Begutachtung innerhalb der gesetzlich geregelten Frist, einschließlich der Weiterleitung der Stellungnahme des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst.

P Prüfalgorithmus „Nachverfahren“

Prüfung,

P.1 ob die Stellungnahme des Krankenhauses ausschließlich auf neuen Daten/Unterlagen basiert

wenn ja – Beendigung der Begutachtung und Mitteilung des Sachverhaltes an die Krankenkasse

wenn nein –

P.2 ob der Erstgutachter die in der Stellungnahme des Krankenhauses vorgebrachten Sachverhalte bereits in seiner Begutachtung inhaltlich hinreichend gewürdigt hat

wenn ja – Bestätigung des Ergebnisses des Erstgutachtens und kurze Begründung der gutachterlichen Bewertung.

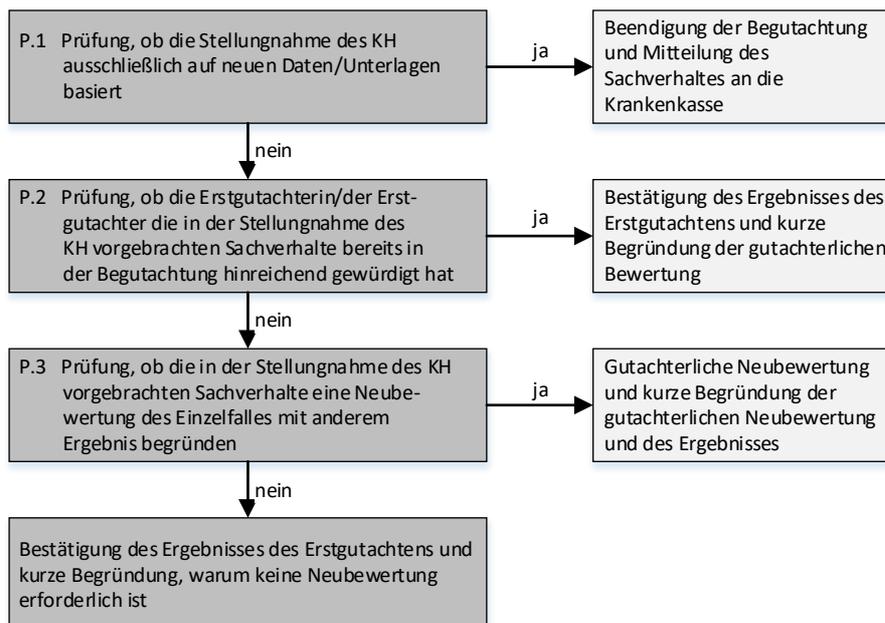
wenn nein –

P.3 ob die in der Stellungnahme des Krankenhauses vorgebrachten Sachverhalte eine Neubewertung des Einzelfalles mit anderem Ergebnis begründen

wenn ja – Gutachterliche Neubewertung und kurze Begründung der gutachterlichen Neubewertung und des Ergebnisses

wenn nein – Bestätigung des Ergebnisses des Erstgutachtens und kurze Begründung, warum keine Neubewertung erforderlich ist

P Prüfalgorithmus „Nachverfahren“



5 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

Die ab 01.01.2022 in Kraft getretene Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. sieht für Fälle, die ab 01.01.2022 ins Krankenhaus aufgenommen werden, anstelle eines Nachverfahrens ein Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung vor.

Grundlage des Erörterungsverfahrens sind – im Gegensatz zur bisherigen Praxis im Nachverfahren – sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des Erörterungsverfahrens übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen.

Der § 9 der PrüfV vom 22.06.2021 regelt Näheres zum Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung.

Die in der PrüfV hinterlegten Regelungen zum Ablauf des Erörterungsverfahrens beziehen sich ausschließlich auf die Abläufe zwischen Kassen und Krankenhäusern. Eine Beteiligung der Medizinischen Dienste ist dabei nicht ausgeschlossen. Ein dezidiertes Prüfalgorithmus entfällt.

Am 01.01.2023 ist das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfLEG) in Kraft getreten. Hier wurden dem § 17c Absatz 2b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die folgenden Sätze angefügt: „Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 5 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.“

6 Ergebnismitteilung

Am 20. Juli 2021 ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) in Kraft getreten. Nach § 275 Absatz 6 neu SGB V *Begutachtung und Beratung* ist jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss neben einer kurzen Darlegung der Fragestellung und des Sachverhaltes das Begutachtungsergebnis und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis enthalten. Der Medizinische Dienst ist nach § 277 SGB V *Mitteilungspflichten* befugt und, wenn das Ergebnis der Begutachtung von der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, dem Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen, sofern keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten sind. Er ist verpflichtet, der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe mitzuteilen. Darüber hinaus sind landesspezifische Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V zu berücksichtigen, die dem § 277 SGB V und der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Abs. 2 KHG (Kapitel 2.3.1) nicht entgegenstehen.

Die Ausgestaltung und der Umfang der Ergebnismitteilung an die Krankenkassen und die Leistungserbringer sind von den Medizinischen Diensten spezifisch geregelt und umfassen nach den oben genannten Vorgaben bei fallabschließend beratenen sozialmedizinischen Stellungnahmen, gutachtlichen Stellungnahmen und Gutachten das schriftlich formulierte Ergebnis der Begutachtung mit den wesentlichen Gründen, zu denen eine kurze Sachverhaltsdarstellung gehören kann. Bei nicht fallabschließend beratenen sozialmedizinischen Stellungnahmen mit der Empfehlung zu „weiteren Ermittlungen“ erhalten die Krankenkassen eine schriftliche Mitteilung des Ergebnisses.

Bei der „Ergebnismitteilung“ sind datenschutzrechtliche Belange zu berücksichtigen. Hierbei ist darauf zu achten, dass der zuständigen Krankenkasse nur die für den Einzelfall relevanten Informationen, die für die Leistungsentscheidung notwendig sind, übermittelt werden. Bei der „Ergebnismitteilung“ an den Leistungserbringer dürfen zudem keine über den stationären Aufenthalt hinausgehenden, zusätzlichen versichertenbezogenen Daten enthalten sein, die dem Leistungserbringer nicht schon bekannt sind. Zur Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Vorgaben wird auf die Ausführungen in Kapitel 4 verwiesen und auf die „Gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung des § 277 SGB V“ der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste mit Stand 6. September 2021, eingestellt in InfoMeD am 18.10.2021.

Von den o. g. gesetzlichen Vorgaben sind die für die einheitliche Abbildung der Leistung und Kostentransparenz in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste geschaffenen bundeseinheitlichen Ergebnisschlüssel abzugrenzen. Diese sind im „Handbuch Berichtswesen – Übergreifendes Berichtswesen der Medizinischen Dienste“ aufgeführt.

Für die Begutachtung im DRG- und PEPP-Bereich sind die folgenden, internen Schlüssel anwendbar:

- Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt (Schlüssel 50)
- Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt (Schlüssel 60)
- Andere Antwort (Schlüssel 70)

Im Rahmen der Gesamtsystematik hat jeder Medizinische Dienst die Möglichkeit, Besonderheiten durch Änderung der letzten Stelle abzubilden.

7 Qualitätssicherung

7.1 Hintergrund

Für die DRG-Begutachtung gab es bis 2019 keine einheitlichen, MD-übergreifenden qualitätssichernden Maßnahmen. Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste führt ab dem Jahr 2020 Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle Begutachtungsbereiche durch.

Im März 2017 hatte die Konferenz der Leitenden Ärzte die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Begutachtung im Bereich der Krankenversicherung“ (AG QSKV) konstituiert. Die Arbeitsgruppe hat daraufhin ein Konzept für eine bundesweit übergreifende Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung entwickelt. Ziel ist eine langfristige einheitliche und objektive Sicherstellung der Qualität über alle Bundesländer.

Im September 2019 wurde das „Konzept der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für eine strukturierte Qualitätssicherung der Begutachtung für die Gesetzliche Krankenversicherung“ (QSKV) von der Konferenz der Leitenden Ärzte beschlossen. Bis auf die Pflegebegutachtung, welche seit 2004 eine eigene, bundeseinheitliche Qualitätssicherung (KQP – Kontinuierliche Qualitätssicherung in der Begutachtung für die Gesetzliche Pflegeversicherung) betreibt, können mit diesem Konzept alle anderen Bereiche der MD-Begutachtung qualitätsgesichert werden.

Beide Qualitätssicherungssysteme basieren auf einem strukturierten Peer-Review-Verfahren. Diesem liegt ein kontinuierlicher Prozess mit fortlaufender Evaluation und Anpassung zu Grunde.

Wegen seines Umfangs und aus Gründen der Übersichtlichkeit können hier lediglich die wesentlichen Eckpunkte der QSKV wiedergegeben werden.

7.2 Durchführung und Prüfinhalte

Die allgemeinen Qualitätskriterien des Gutachtens gliedern sich in die Prüfbereiche

1. Struktur und Vollständigkeit
2. Verständlichkeit, Plausibilität, Nachvollziehbarkeit
3. Sozialmedizinische Richtigkeit
4. Datenschutz und Vertraulichkeit

Darüber hinaus kann jeder einzelne MD optional Zusatzkriterien definieren und diese prüfen.

Das Bewertungsinstrument umfasst 23 Qualitätskriterien in der stationären Begutachtung. Das Modul Stationäre Begutachtung verfügt über drei anlassgruppenspezifische Kriterien im Hinblick auf die Beachtung der Vorgaben der Regelwerke (z. B. ICD, DKR, FPV), der Beachtung der SEG4-Kodierempfehlungen und weiterer Empfehlungen der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste sowie ggf. landesinterner Empfehlungen (letztere werden auf Ebene 2 nicht geprüft).

Das Ergebnis der Qualitätssicherung wird über das Bewertungsinstrument für jedes Qualitätskriterium nach dem Ampelprinzip dargestellt. Grün bedeutet umfassende Richtigkeit, bei Gelb sind Mindestanforderungen erfüllt (mit Verbesserungspotential) und Rot gilt als nicht erfüllt.

Die originalen QSKV-Bewertungskriterien lauten folgendermaßen:

- **„erfüllt“ (grün):** Die Anforderungen sind umfassend erfüllt. Alle Qualitätsanforderungen sind vollständig und nachvollziehbar dargestellt.
- **„erfüllt mit Verbesserungspotential“ (gelb):** Die Mindestanforderungen an die Qualitätsanforderungen des Gutachtens sind erfüllt. Es bestehen allerdings Verbesserungsmöglichkeiten.
- **„nicht erfüllt“ (rot):** Die Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtens sind unterschritten. Es bestehen Mängel, die dazu führen, dass das Gutachten nicht mehr den definierten Qualitätsanforderungen entspricht.

Bewertungen mit „gelb“ oder „rot“ sind durch die Prüferin / den Prüfer nachvollziehbar zu begründen.

Die Gutachterinnen und Gutachter erhalten zur jeweiligen Bewertung ein entsprechendes Feedback.

7.3 Qualitätssicherungssystematik

Zur Qualitätssicherung wird eine automatisierte Stichprobe von 0,5 % der dienstintern geprüften Gutachten je MD gezogen. Die Qualitätsbewertung wird zunächst durch geschulte Gutachter des jeweiligen MD durchgeführt. Aus dieser Stichprobe zieht die Geschäftsstelle Qualitätssicherung des MDS wiederum zufällig 10 % der bewerteten Gutachten für die externe Überprüfung durch andere MD. Diese werden dann erneut nach den vorgenannten Kriterien ohne Kenntnis des vorherigen Ergebnisses bewertet.

Die Qualitätssicherung gem. QSKV ist ein ständig fortlaufender Prozess. Für dessen Weiterentwicklung wurde die sog. Konsensuskonferenz etabliert. Sie hat die Aufgabe, die Qualitätskriterien weiter zu entwickeln, ggf. strittige Beurteilungen zu klären und dort wo notwendig ein Konfliktmanagement durchzuführen. An der Konsensuskonferenz nehmen aus jedem MD ein Teilnehmer, zwei Teilnehmer der Qualitätskonferenz, zwei fachliche Vertreter und optional Leitende Ärzte teil.

Die Qualitätskonferenz besteht aus den benannten Vertretern aller MD. Sie hat die Aufgabe der inhaltlichen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, sie organisiert und koordiniert die Begutachtung auf der Bundesebene, die Zusammenführung und Auswertung der Daten und erstellt jährlich Qualitätsberichte (Jahresberichte).

Diese beinhalten sämtliche Berichte aus allen fachbezogenen Modulen nach Anlassgruppen, einen zusammenfassenden Bericht der Qualitätskonferenz mit ggf. daraus abzuleitenden (weitergehenden) Qualitätssicherungsmaßnahmen, Berichte aus den Konsensuskonferenzen zu den einzelnen Modulen sowie statistische Auswertungen der Ergebnisse der Qualitätssicherung.

Die einzelnen Medizinischen Dienste legen selbstständig fest, in welcher Weise die Ergebnisse der Qualitätsbewertung gem. QSKV den Gutachterinnen und Gutachtern zu kommunizieren sind und welche dienstinternen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ggf. eingeleitet und durchgeführt werden.

8 Anlage

Siehe Anhang

8.1 PrüfvV (ab 2017 gültige Version)

8.2 PrüfvV Übergangsvereinbarung 2020

8.3 PrüfvV Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung 2020

8.4 PrüfvV Fortschreibung Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung 2020

8.5 PrüfvV 2022 vom 22.06.2021

8.6 PrüfvV Ergänzungsvereinbarung 2022

Vereinbarung

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

vom 03.02.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

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

§ 2 Geltungsbereich

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

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

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

§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

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

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

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

§ 5 Vorverfahren (Korrektur der Datensätze, Falldialog)

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

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

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

§ 6

Beauftragung des MDK

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

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

§ 7

Durchführung der Prüfung

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

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

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

§ 8

Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten

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

§ 9

Nachverfahren

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

§ 10

Zahlungs- und Aufrechnungsregeln

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

§ 11

Elektronische Übermittlung

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

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

§ 12 Landesverträge

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

§ 13 Inkrafttreten, Kündigung

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

Übergangsvereinbarung

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

vom 03.02.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

vom 10.12.2019

Präambel

Aufgrund des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (*MDK-Reformgesetz, BR-Drucksache 556/19 vom 08.11.2019*) ist die Prüfverfahrensvereinbarung nach § 275 Absatz 1c SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG (PrüfvV) an die Neuregelungen anzupassen.

Die Vereinbarungspartner haben vor diesem Hintergrund die Verhandlungen zur Änderung der PrüfV kurzfristig aufgenommen. Um frühzeitig Verfahrenssicherheit für die Beteiligten ab dem 01.01.2020 sicherzustellen, regeln die Vereinbarungspartner kurzfristig notwendige Übergangsvorschriften zum Prüfverfahren. Dabei besteht Einvernehmen zwischen den Vereinbarungspartnern, insbesondere die bisher bestehenden Möglichkeiten der Korrektur von Datensätzen und ggf. Rechnungen sowie die Aufrechnungsregeln zunächst unverändert aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus stellen die Vereinbarungspartner gemeinsam fest, dass der Gesetzgeber mit der Regelung für einen Aufschlag nach § 275c Absatz 3 SGB V gemäß den Ausführungen in der Gesetzesbegründung einen Anreiz für korrekte Abrechnungen in 2020 schaffen will. Da dieser gesetzgeberische Zweck bei Abrechnungen aus dem Jahr 2019 und früher nicht mehr erreicht werden kann, sind sich die Vereinbarungspartner darin einig, dass die Regelung für einen Aufschlag für die Abrechnung von Behandlungsleistungen für Patienten gilt, für die ab dem 01.01.2020 eine Rechnung bei der Krankenkasse eingeht. Für den Aufschlag sind die zum Zeitpunkt des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse geltenden Regelungen des § 275c Abs. 3 SGB V maßgeblich.

Die hier getroffenen Regelungen schaffen kein Präjudiz für die ausstehenden Regelungen der neu zu vereinbarenden Prüfverfahrensvereinbarung.

Zu den Übergangsregelungen erfolgen erläuternde Hinweise für die Beteiligten.

Artikel 1

Die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) vom 03.02.2016 gilt für die Überprüfung bei Patienten, die bis einschließlich 31.12.2019 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, unverändert fort.

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2020 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, gilt die PrüfV vom 03.02.2016 mit den Maßgaben nach Nr. 1 bis 7 dieser Übergangsvereinbarung und im Übrigen unverändert fort. Damit finden insbesondere die Regelungen zur Korrektur von Datensätzen nach § 5 Absatz 1 und § 7 Absatz 5 PrüfV sowie die Aufrechnungsregeln nach § 10 PrüfV weiterhin Anwendung.

Außerhalb eines Prüfverfahrens vorgenommene, nach Maßgabe der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zulässige Rechnungskorrekturen sind weiterhin zulässig. Außerhalb eines Prüfverfahrens vorgenommene, nach Maßgabe der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zulässige Aufrechnungen von Erstattungsansprüchen der gesetzlichen Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser sind ebenfalls weiterhin möglich.

Hinweis:

Diese Regelungen erfolgen auf Grundlage des § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V sowie des § 17c Abs. 2a S. 3 KHG.

1. Das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V wird mit Wirkung zum 01.01.2020 in § 275c Absatz 1 SGB V geregelt. Die Aufgaben des MDK werden ab diesem Zeitpunkt vom MD wahrgenommen. Die PrüfV gilt für die in § 283a SGB V genannten Organisationen entsprechend.
2. Die Einleitung des Prüfverfahrens gemäß § 4 PrüfV hat - statt „innerhalb von 6 Wochen“ - „spätestens 4 Monate“ nach Eingang der nach § 3 PrüfV übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung zu erfolgen.

Hinweis:

Diese Anpassung setzt die Regelung nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V um.

3. Die Beauftragung des MDK nach § 6 Absatz 1 PrüfV erfolgt bei dem örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständigen Medizinischen Dienst.

Hinweis:

Diese Anpassung setzt die Regelung nach § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V um.

4. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 6 Absatz 2 Satz 3 PrüfV erfolgt innerhalb der 4-Monatsfrist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Hinweis:

Diese Anpassung setzt die Regelung nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V um.

5. Die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfV beträgt 16 Wochen.
6. Die Frist für die Mitteilung der Krankenkasse nach § 8 Satz 3 PrüfV beträgt 13 Monate.

7. Das verpflichtende Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b KHG findet erst dann Anwendung, wenn die entsprechenden Verfahrensregelungen zu dessen Konkretisierung in der bis zum 30.06.2020 diesbezüglich zu überarbeitenden PrüfvV vorliegen.

Hinweis:

Diese Anpassung sorgt für Klarheit hinsichtlich des zeitlichen Anwendungsbereiches des verpflichtenden Erörterungsverfahrens nach § 17c Absatz 2b KHG.

Artikel 2

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2020 in Kraft.
2. Diese Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer überarbeiteten PrüfvV. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, unverzüglich nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes Verhandlungen zur Überarbeitung der PrüfvV vom 03.02.2016 aufzunehmen und insbesondere bis zum 30.06.2020 Näheres zu § 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 8 KHG zu vereinbaren.

Ergänzungsvereinbarung

zur

Übergangsvereinbarung

vom 10.12.2019

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

vom 03.02.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

vom 02.04.2020

Präambel

Vor dem Hintergrund zu erwartender Belastungen infolge der aktuellen Situation (COVID-19/SARS-CoV-2) vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung PrüfvV vom 10.12.2019. Zielstellung ist insbesondere eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist sowie die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Die Vereinbarungspartner sind sich darin einig, dass wesentlich für eine Entlastung der Krankenhäuser zudem ist, dass die Begrenzung der Prüfquote auf 5 % in der Praxis von den Krankenkassen sowie vom MDK berücksichtigt wird. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz gilt die reduzierte Prüfquote bereits für das erste Quartal 2020.

Artikel 1

Für Abrechnungsprüfungen, die ab dem 01.04.2020 eingeleitet werden, werden übergangsweise die in den folgenden Nummern 1 bis 4 genannten Fristen der PrüfvV verlängert. Dies gilt sowohl für die Überprüfung bei Patienten, die bis einschließlich 31.12.2019 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, als auch für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2020 in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

1. Die Frist gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfvV wird auf 28 Wochen verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus an den MDK.

2. Die Frist gemäß § 7 Absatz 5 Satz 2 und Satz 5 PrüfvV wird auf jeweils 8 Monate verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist, innerhalb der eine Korrektur durch das Krankenhaus an die Krankenkasse für eine Einbeziehung in die Begutachtung durch den MDK erfolgt sein muss.

3. Die Frist gemäß § 8 PrüfvV wird auf 16 Monate verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist von der Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus bis zur Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten.

4. Die Frist nach § 10 Satz 3 PrüfvV wird auf 8 Wochen verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist für das Krankenhaus zur Rechnungskorrektur nach MDK-Prüfung.

Artikel 2

Für Abrechnungsprüfungen, die bis 31.03.2020 gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet und noch nicht abgeschlossen wurden, gelten – unabhängig davon, ob es sich um eine Überprüfung bei Patienten handelt, die bis einschließlich 31.12.2019 oder ab dem 01.01.2020 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden – die folgenden Nummern 1 bis 6.

1. Für bereits eingeleitete MDK-Prüfungen kann bei Bedarf eine unkomplizierte Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage erfolgen.
2. Jede Unterlagenübermittlungsfrist gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfvV, die zum 28.02.2020 noch nicht abgelaufen war, wird auf 28 Wochen verlängert. Diese Frist gilt auch für erstmalige Unterlagenanforderungen bei Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage.

Hinweis:

Bei den 28 Wochen handelt es sich um die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus an den MDK. Die Frist beginnt jeweils mit Zugang der Unterlagenanforderung beim Krankenhaus.

3. Für Prüfungen, für die gemäß Nummer 2 die verlängerte Unterlagenübermittlungsfrist von 28 Wochen gilt, wird die Frist gemäß § 7 Absatz 5 Satz 2 und Satz 5 PrüfvV auf 8 Monate verlängert.

Hinweis:

Bei den 8 Monaten handelt es sich um die Frist, innerhalb der eine Korrektur durch das Krankenhaus an die Krankenkasse für eine Einbeziehung in die Begutachtung durch den MDK erfolgt sein muss.

4. Für Prüfungen, für die gemäß Nummer 2 die verlängerte Unterlagenübermittlungsfrist von 28 Wochen gilt, wird die Frist gemäß § 8 PrüfvV auf 16 Monate verlängert.

Hinweis:

Bei den 16 Monaten handelt es sich um die Frist von der Übermittlung der Prüfanzzeige an das Krankenhaus bis zur Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten.

5. Für Prüfungen, für die gemäß Nummer 2 die verlängerte Unterlagenübermittlungsfrist von 28 Wochen gilt, wird die Frist nach § 10 Satz 3 PrüfV auf 8 Wochen verlängert.

Hinweis:

Bei den 8 Wochen handelt es sich um die Frist für das Krankenhaus zur Rechnungs-korrektur nach MDK-Prüfung.

6. Für Prüfungen, für die keine verlängerte Unterlagenübermittlungsfrist nach Nummer 2 gilt, wird die Frist nach § 8 PrüfV auf 14 Monate verlängert.

Hinweis:

Bei den 14 Monaten handelt es sich um die Frist von der Übermittlung der Prüfanzzeige an das Krankenhaus bis zur Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten.

Artikel 3

Die Vereinbarungspartner befinden bis zum 15.06.2020 über das Erfordernis einer weitergehenden Verlängerung der nach Artikel 1 und 2 verlängerten Fristen. Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass bei einer weitergehenden Fristverlängerung die Verjährungsproblematik zu berücksichtigen ist.

Artikel 4

Die nachträgliche Reduzierung der Prüfquote von 12,5 % auf 5 % gemäß § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V i. d. F. des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes wird für das erste Quartal 2020 durch die Krankenkassen spätestens bis zum 31.05.2020 gegenüber den Krankenhäusern realisiert.

Artikel 5

Diese Ergänzungsvereinbarung tritt zum 01.04.2020 in Kraft und gilt für Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31.12.2020 eingeleitet werden.

Fortschreibung

der

Ergänzungsvereinbarung

vom 02.04.2020

zur

Übergangsvereinbarung

vom 10.12.2019

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

vom 03.02.2016

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

vom 17.11.2020

Präambel

Vor dem Hintergrund erneut zu erwartender Belastungen infolge der aktuellen Situation (COVID-19/SARS-CoV-2) vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung PrüfvV. Zielstellung ist insbesondere eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist sowie die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Artikel 1

Für Abrechnungsprüfungen, die ab dem 01.01.2021 eingeleitet werden, werden übergangsweise die in den folgenden Nummern 1 bis 4 genannten Fristen der PrüfvV verlängert.

1. Die Frist gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfvV wird auf 28 Wochen verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus an den MDK.

2. Die Frist gemäß § 7 Absatz 5 Satz 2 und Satz 5 PrüfvV wird auf jeweils 8 Monate verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist, innerhalb der eine Korrektur durch das Krankenhaus an die Krankenkasse für eine Einbeziehung in die Begutachtung durch den MDK erfolgt sein muss.

3. Die Frist gemäß § 8 PrüfvV wird auf 16 Monate verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist von der Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus bis zur Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten.

4. Die Frist nach § 10 Satz 3 PrüfvV wird auf 8 Wochen verlängert.

Hinweis:

Hierbei handelt es sich um die Frist für das Krankenhaus zur Rechnungskorrektur nach MDK-Prüfung.

Artikel 2

Diese Fortschreibung tritt zum 01.01.2021 in Kraft und gilt für Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31.03.2021 eingeleitet werden. Die Vereinbarungspartner befinden bis spätestens zum 15.03.2021 über das Erfordernis einer Verlängerung der Laufzeit.

Berlin, 17.11.2020

Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG

In dem Schiedsverfahren, Aktenzeichen 1 K 15-21,
wurde die folgende Vereinbarung durch den
Beschluss der Schiedsstelle vom 22.06.2021 festgesetzt:

Vereinbarung

über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG und
über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren
nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG
vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

- 1) ¹Diese Vereinbarung soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V näher regeln. ²Die Krankenkassen, der Medizinische Dienst (MD) und die Krankenhäuser führen das Prüfverfahren nach Maßgabe der §§ 275c ff. SGB V, des § 17c KHG und dieser Vereinbarung in konstruktiver Zusammenarbeit durch.
- 2) ¹Die Vertragspartner vereinbaren zudem ein Verfahren für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, welches die Klärung von Abrechnungsstreitigkeiten ermöglicht und – für den Fall einer Nichteinigung über Abrechnungsstreitigkeiten – die Zulässigkeitsvoraussetzung für den Sozialrechtsweg erfüllt. ²Einzelfallbezogene Erörterungen dienen der vorgerichtlichen Klärung bestehender Abrechnungsstreitigkeiten und sollen zur Entlastung der Sozialgerichte beitragen.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) ¹Die Vereinbarung gilt für das Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V und damit nach § 275c Absatz 1 Satz 3 SGB V für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MD zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MD beim Krankenhaus erfordert. ²Die Vereinbarung gilt nicht für Entbindungsfälle nach § 24f SGB V. ³§ 275c Absatz 6 SGB V ist zu beachten: Eine einzelfallbezogene Prüfung nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ist bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG und bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d SGB V geprüft wurden, nicht zulässig.
- 2) Die Vereinbarung regelt außerdem das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, zulässige Rechnungskorrekturen nach § 17c Absatz 2a KHG sowie Aufrechnungsmöglichkeiten nach § 109 Absatz 6 SGB V.
- 3) Die Vereinbarung gilt nicht für ambulante Krankenhausbehandlung.
- 4) Die Inhalte dieser Vereinbarung sind für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.
- 5) Für den in § 283a SGB V genannten Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt diese Vereinbarung entsprechend.

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

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

§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

¹Beabsichtigt die Krankenkasse aufgrund von bei der Prüfung nach § 3 erkannten Auffälligkeiten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen. ²Dabei hat sie den Prüfgegenstand mindestens aber beispielsweise wie folgt zu benennen:

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

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

§ 5 Vorverfahren (Falldialog)

- 1) 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.

- 2) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. ³Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig.
- 3) ¹Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. ²Er ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist nach § 4 abzuschließen. ³Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern; die Frist nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verlängert sich entsprechend.
- 4) § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V zur Aufwandspauschale findet auf das Vorverfahren keine Anwendung.

§ 6 Beauftragung des MD

- 1) ¹Beabsichtigt die Krankenkasse nach dem Vorverfahren die Beauftragung des MD, nimmt sie diese vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung des Falldialogs spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens vor, wobei diese Frist nicht vor dem Ablauf der Frist nach § 4 Satz 1 endet. ²Beabsichtigt die Krankenkasse die direkte Beauftragung des MD, nimmt sie diese innerhalb der 4-Monats-Frist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V vor (Direktbeauftragung); die Mitteilung nach § 4 durch die Krankenkasse entfällt. ³Die Beauftragung erfolgt bei dem gemäß § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständigen MD.
- 2) ¹Der MD zeigt dem Krankenhaus die Einleitung der MD-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. ²Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen ab der Beauftragung zugegangen sein. ³In der Prüfanzeige ist der bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilte Prüfgegenstand gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. ⁴In Fällen der Direktbeauftragung ist dem Krankenhaus in der Prüfanzeige des MD der das Prüfverfahren einleitende Prüfgegenstand nach § 4 mitzuteilen. ⁵Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht.

§ 7 Durchführung der Prüfung

- 1) ¹Der MD und das Krankenhaus sollen sich darauf verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. ²Ist eine Verständigung nicht möglich, entscheidet der MD, 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 MD die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Dabei soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ⁴Ab dem 01.07.2022 erfolgt die Benennung der Unterlagen durch den MD gemäß Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV). ⁵Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MD zu übermitteln. ⁶Die vom MD angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MD innerhalb der Frist des Satzes 5 zugegangen sein. ⁷Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 3 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. ⁸Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7. ⁹Bei einer unvollständigen Unterlagenübermittlung erfolgt die Begutachtung durch den MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen. ¹⁰Sind keine Unterlagen fristgemäß übermittelt worden, gilt die Krankenhausrechnung als erörtert; etwaige Einwendungen und Tatsachenvortrag von Seiten des Krankenhauses sind ausgeschlossen. ¹¹Sofern gemäß Satz 3 vom MD konkret benannte angeforderte Unterlagen nicht fristgemäß vorgelegt wurden, können diese auch im Erörterungsverfahren nicht vorgelegt werden.
- 3) ¹Auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren sollte bei Bedarf ein persönlicher fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und MD in einer geeigneten Weise erfolgen, auf die sich die Beteiligten verständigen. ²Bei komplexen Fallprüfungen soll ein solcher Austausch erfolgen.
- 4) ¹Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes bei Prüfung im schriftlichen Verfahren ist nach Bestätigung durch die Krankenkasse vom MD dem Krankenhaus im laufenden Prüfverfahren und vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen; bei Bedarf soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ²Die Unterlagen haben sich ausschließlich auf die Erweiterung des Prüfgegenstandes zu beziehen.

³Die Unterlagen müssen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Benennung vom Krankenhaus an den MD übermittelt und diesem zugegangen sein. ⁴Absatz 2 Sätze 9 bis 11 gelten entsprechend. ⁵Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich um einen Monat. ⁶Auch bei einer Prüfung vor Ort kann eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erfolgen.

- 5) Für die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung und der wesentlichen Gründe durch den MD gilt § 277 SGB V.

§ 8 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-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 dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. ³Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 2 zu erfolgen. ⁴Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist. ⁵Äußert sich die Krankenkasse nicht innerhalb der Ausschlussfrist, gilt das Verfahren als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert.

§ 9 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

- 1) ¹Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. ²Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. ³Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten.
- 2) ¹Hat das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemäß Absatz 1 Satz 1 bestritten, gilt die Entscheidung der Krankenkasse als nicht bestritten im Sinne des § 109 Absatz 6 Satz 2 SGB V. ²Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert.
- 3) ¹Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mit. ²Ein nach Absatz 1 Satz 3 durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet.
- 4) ¹Kann sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung nicht anschließen, hat sie ihre Ablehnung dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mitzuteilen. ²Diese Mitteilung leitet das EV ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt ist.

- 5) ¹Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse gemäß Absatz 4 abzuschließen. ²Das EV kann mündlich oder schriftlich (auch elektronisch) durchgeführt werden. ³Kann eine Verständigung hierzu nicht erreicht werden, wird das EV schriftlich durchgeführt.
- 6) ¹Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. ²Die Parteien des Erörterungsverfahrens stellen sicher, dass für die Durchführung des Erörterungsverfahrens erforderliche Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung gemäß Absatz 4 Satz 1 der anderen Partei vorliegen. ³Die in Satz 2 genannte Frist ist eine Ausschlussfrist. ⁴Einwendungen, Daten und Unterlagen, die nicht bis zum Ablauf der Ausschlussfrist in Satz 2 der anderen Partei vorliegen, werden nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei Gegenstand des EV.
- 7) Eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen ist ausnahmsweise dann zugelassen, wenn das Fristversäumnis weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit beruht und die versäumte Handlung unverzüglich nachgeholt wird.
- 8) ¹Führt das EV zu einer Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, ist das EV beendet. ²Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren.
- 9) Es können unabhängig von der Art der Durchführung der Erörterung mehrere strittige Abrechnungsfälle gemeinsam erörtert werden, wenn Krankenkasse und Krankenhaus sich darüber einig sind.
- 10) Das EV kann neben dem Fall einer Einigung nach Absatz 3 oder Absatz 8 jederzeit im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beendet werden.
- 11) Bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse gilt die Abrechnungsstreitigkeit als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.
- 12) Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

§ 10 Dokumentation der einzelfallbezogenen Erörterung

- 1) Das EV ist zu dokumentieren.
- 2) Die Dokumentation nach Absatz 1 muss mindestens folgende Inhalte haben:
 - Bezeichnung von Krankenkasse, Krankenhaus sowie des zuständigen MD, einschließlich der zuständigen Ansprechpartner mit Kontaktdaten,
 - Bezeichnung des streitbefangenen Abrechnungsfalles (Name und Geburtsdatum des Patienten),
 - Angaben zum Bestreiten des Krankenhauses nach § 9 Absatz 1, einschließlich des Datums sowie des bestrittenen Sachverhaltes,
 - Angaben zur Mitteilung der Krankenkasse nach § 9 Absatz 4, einschließlich des Datums,
 - Benennung der Teilnehmer des EV,
 - wenn kein schriftliches EV erfolgt ist: Benennung des Termins der mündlichen Erörterung,
 - Benennung des Erörterungsgegenstandes, der vorgelegten Unterlagen im Erörterungsverfahren nach § 9 sowie der übermittelten Einwendungen und Tatsachen,
 - Zeitpunkt des Abschlusses des EV,
 - Ergebnis des EV, insbesondere Angaben zu erzielten Einigungen und etwaigen dissent verbliebenen Sachverhalten.
- 3) Die Dokumentation erfolgt mittels eines von den Vertragspartnern erstellten Dokumentationsbogens.
- 4) Können sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht auf eine gemeinsame Dokumentation einigen, hat jede der Parteien eine Dokumentation zu erstellen und diese innerhalb von zwei Wochen der anderen Partei zuzuleiten.

§ 11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

- 1) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus ist zulässig:
 - a) zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern sowie
 - b) zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung.

- 2) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus hat innerhalb von 4 Wochen zu erfolgen:
 - a) zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils
 - b) im Falle einer vorzunehmenden Fallzusammenführung
 - c) nachdem sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren, im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens oder anderweitig geeinigt haben
 - d) nach Ablauf der Frist nach § 9 Absatz 1, wenn das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht bestritten hat
 - e) zur Berücksichtigung eines Verlegungsabschlages
 - f) zur nachträglichen Änderung der Zuzahlungsverpflichtung sowie
 - g) zur Berücksichtigung einer nachträglichen Veränderung des Pflegegrades.

- 3) ¹Die Korrektur der Abrechnung ist ausschließlich bezogen auf den jeweiligen Korrekturatbestand zulässig. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Bedarf die Aufnahme weiterer Korrekturatbestände zu prüfen.

- 4) ¹Die Krankenkasse kann lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. ³Eine wegen einer Aufrechnung nach Satz 1 notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 zu erfolgen.

§ 12 Elektronische Übermittlung

- 1) Zu einer Anpassung der Regelungen zur elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verständigen sich die Vertragspartner gesondert und setzen die elektronische Übermittlung spätestens zum 01.01.2022 in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V um.
- 2) Die Regelungen über eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und MD sowie zu den dafür erforderlichen Formaten und Inhalten der Unterlagen vereinbaren die Vertragspartner gesondert.
- 3) ¹Die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur einzelfallbezogenen Erörterung sollen auf elektronischem Wege umgesetzt werden. ²Übergangsweise wird die Übermittlung von Informationen zum Erörterungsverfahren in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V geregelt (hiervon ausgenommen ist insbesondere die Übermittlung von Unterlagen).
- 4) Bis zur ausschließlichen elektronischen Übermittlung von Unterlagen gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 KHG kann das Krankenhaus mit dem MD den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.

§ 13 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.

§ 14 Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen werden.
- 2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende – frühestens zum 31.12.2022 – 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.

Ergänzungsvereinbarung
zur Vereinbarung
über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG und
über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren
nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG
vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

vom 20.12.2021

Präambel

Vor dem Hintergrund der erneut stark gestiegenen Belastungen infolge der aktuellen Situation (COVID-19/SARS-CoV-2) vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV vom 22.06.2021. Zielstellung ist eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist und die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Artikel 1

Für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2022 bis zum 31.03.2022 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, gilt die PrüfvV vom 22.06.2021 mit den nachfolgenden Maßgaben dieser Ergänzungsvereinbarung und im Übrigen unverändert.

- 1) Die Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 Satz 5 PrüfvV beträgt 12 Wochen.
- 2) Die Frist für die Mitteilung der Krankenkasse nach § 8 Satz 3 PrüfvV beträgt 10 Monate.

Artikel 2

- 1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft.
- 2) Die Vereinbarungspartner befinden bis zum 15.03.2022 über das Erfordernis der Fortschreibung dieser Ergänzungsvereinbarung.