



Festlegung des GKV-Spitzenverbandes  
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik  
gemäß § 17c Absatz 6 KHG  
- mit Wirkung zum 01.01.2025 ab dem betrachteten Jahr 2024 -

Seite 2/24

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

Stand 21.01.2025

<b>Präambel .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>6</b>
<b>II. Spezifischer Teil - Zu übermittelnde Daten nach § 17c Absatz 6 KHG .....</b>	<b>7</b>
<b>III. Spezifischer Teil - Lieferung der zu übermittelnden Daten .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. Spezifischer Teil - Verarbeitung der übermittelten Daten .....</b>	<b>16</b>
<b>V. Spezifischer Teil - Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG .....</b>	<b>17</b>
<b>VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung .....</b>	<b>26</b>

## Präambel

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

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHG sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge (Vorverfahren)
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen (Prüfanlässe)
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfergebnis), die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie letztmals zum 30.06.2025 die durchschnittliche Höhe der Aufschläge (Rechnungsaufschläge)
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG (Nachverfahren/Erörterungen)
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V (Anzeigen Verdacht systematisch überhöhte Abrechnung/Nichtbeanstandungsquote < 20 %)

Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 17c Absatz 6 Satz 4 KHG die näheren Einzelheiten fest. Die näheren Einzelheiten betreffen der gesetzlichen Regelung zufolge insbesondere die zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie die Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden.

Die gemäß § 17c Absatz 6 Satz 5 KHG erforderlichen Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste (MD)<sup>1</sup> wurden eingeholt und

---

<sup>1</sup> MD wird für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Medizinischen Dienste gleichermaßen verwendet.

berücksichtigt. Das Stellungnahmeverfahren wurde zum 31.03.2020 abgeschlossen. Die Festlegungen beziehen sich auf die im betrachteten Jahr geltende Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Sofern Anpassungen der nachstehenden Regelungen erforderlich sind, treten diese nach Möglichkeit zum 01.01. eines Jahres in Kraft.

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

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

## **I. Allgemeiner Teil**

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

### **Berichtsjahr und betrachtetes Jahr**

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

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

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

Im Übergangszeitraum (Anwendung der PrüfvV a. F. und Anwendung der PrüfvV n. F.) sind die Fälle in Abhängigkeit vom Datum der Krankenhausaufnahme entsprechend zu berücksichtigen.

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

Die Daten liegen gemäß den Festlegungen zu den quartalsweisen Auswertungen vor und werden nicht erneut veröffentlicht.

### **2. Anzahl und Ergebnisse der Vorverfahren**

#### Anzahl der Vorverfahren

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

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

#### Für Fälle mit Krankenhausaufnahme bis zum 31.12.2021

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

- In den Fällen, in denen nach Einleitung der o. g. Prüfung durch die Krankenkasse weder Datenkorrekturen/Ergänzungen erfolgen noch ein Falldialog durchgeführt wird und eine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Erstbeauftragung des MD durch die Krankenkasse (§ 6 Absatz 1a PrüfvV a. F.) (VOMD).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren keine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK10 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VPQD).

- In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse keine weitere Prüfung durch den MD erfordert (§ 5 Absatz 2 PrüfV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VVDK).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und eine Prüfanzeige durch den MD folgt (§ 6 Absatz 1b PrüfV a. F.), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Erstbeauftragung des MD durch die Krankenkasse (VDMD).

### Falldialog

Fälle mit Falldialog sowie mit Falldialog und Datenkorrekturen/Ergänzungen sind hier zu zählen:

- In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfV a. F.), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Erstbeauftragung des MD durch die Krankenkasse als Ende des Vorverfahrens (VFMD).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfV a. F.) und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Beauftragung des MD erfolgen konnte, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK20 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VOPQ).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren im Falldialog eine Einigung mit Datenkorrektur erzielt wurde, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung). In allen anderen Fällen gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEF00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VFDE).

### Für Fälle mit Krankenhausaufnahme ab dem 01.01.2022

Zu übermitteln ist die Anzahl aller nach Prüfeinleitung durch die Krankenkasse (PF000 bis KL000) abgeschlossenen Vorverfahren im betrachteten Jahr (im Vorverfahren gelöst und ungelöst):

- In den Fällen, in denen kein Falldialog durchgeführt wurde (wegen Ablehnung des Falldialogs, Fristablauf oder fehlender Aufforderung zum Falldialog) und eine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Erstbeauftragung des MD durch die Krankenkasse (§ 6 Absatz 1 Satz 1 PrüfV n. F.) (KFD\_PRUEF).
- In den Fällen, in denen kein Falldialog durchgeführt wurde (wegen Ablehnung des Falldialogs, Fristablauf oder fehlender Aufforderung zum Falldialog) und keine Prüfanzeige



durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK11 (§ 5 PrüfV n. F.) (KFD\_ENDE).

- In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt (FDK02, FDI02 oder bei gegenseitiger Aufforderung), jedoch keine Einigung erzielt wurde und eine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Erstbeauftragung des MD durch die Krankenkasse (§ 6 Absatz 1 Satz 1 PrüfV n. F.) (FD\_KE\_PRUEF).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt (FDK02, FDI02 oder bei gegenseitiger Aufforderung), jedoch keine Einigung erzielt wurde und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Beauftragung des MD erfolgen konnte, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK20 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (FD\_KE\_ENDE).
- In den Fällen, in denen im Vorverfahren im Falldialog eine Einigung erzielt wurde, endet das Prüfverfahren (§ 5 Absatz 2 Satz 1 PrüfV n. F.). Als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr gilt das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEF00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (FD\_E\_ENDE).

#### Ergebnis der Vorverfahren und Höhe der Rückzahlungsbeträge im betrachteten Jahr

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

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

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

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

Wurde aufgrund von Datenkorrekturen, die ein Krankenhaus vornimmt, eine erneute/geänderte Beauftragung des MD erforderlich, erfolgt keine erneute Zählung, auch wenn ggf. eine erneute/geänderte Prüfanzeige an das Krankenhaus übermittelt wird. Nicht zu berücksichtigen

sind eingeleitete Prüfungen für bis zum 31.12.2019 bei der Krankenkasse eingegangene Schlussrechnungen.

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

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

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

#### **4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie letztmals bis zum 30.06.2025 die durchschnittliche Höhe der Aufschläge**

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

Für die Ermittlung der Prüfergebnisse sind zu übermitteln: die Jahreswerte der Anzahl der eingeleiteten Prüfungen (EPJ), der abgeschlossenen Prüfungen (APJ) sowie der Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (USJ). Die in den Festlegungen zu den quartalsweisen Auswertungen definierten Zuordnungskriterien für das betrachtete Quartal sind analog für die Zuordnung zu dem betrachteten Jahr anzuwenden.

Zu übermitteln ist die Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen (ABSR) für das betrachtete Jahr; diese ergibt sich wie folgt: Anzahl abgeschlossener Prüfungen (APJ des betrachteten Jahres) abzüglich der Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (USJ des betrachteten Jahres).

#### Höhe der Differenzbeträge

Zu übermitteln ist zu den Fällen ABSR die Summe der Differenzbeträge (SDIF) je IK zwischen der mit der Erstbeauftragung geprüften Rechnung und dem Abrechnungsbetrag gemäß leistungsrechtlicher Entscheidung der Krankenkasse in Euro im betrachteten Jahr. Die Zuordnung

zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der ersten KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK02, MDK10, MDK30“.

#### Höhe der Aufschläge

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

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

#### Nachverfahren nach § 9 PrüfvV a. F.

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

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

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

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

- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen mit Einigung (EEME)  
Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der ersten INKA-/KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „EKK02“, „EKK50“, „EKH50“, oder
- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE)  
Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der ersten INKA-/KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „EKK51“, „EKH51“, „EKK60“, „EKH60“, „EKK61“, „EKH61“.

Zu den einzelfallbezogenen Erörterungen wird erstmals im Jahr 2023 für das Jahr 2022 berichtet.

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

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

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

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

Zu den Anzeigen wird erstmals im Jahr 2021 für das Jahr 2020 berichtet. Die AOK übermitteln die Daten zu den Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V. Erfolgte im Erstreckungsbereich einer AOK keine Anzeigen, ist dies ebenfalls mitzuteilen.

### **III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten**

#### **Meldeverfahren und Formate**

Die Krankenkassen übermitteln die Daten gemäß Anlage 1 im Zeitraum vom 01.04. bis 30.04. des Folgejahres über das DAW<sup>2</sup>-Verfahren PRV<sup>3</sup> an den GKV-Spitzenverband. In diesem Zeitraum sind beliebig viele Übermittlungen zu Korrekturzwecken möglich, wobei die jeweils jüngere Datenlieferung die ältere ersetzt. Letzter Termin für eine Korrekturmeldung ist der 30.04. des Folgejahres. Die Krankenkassen haben durch geeignete Verfahren sicherzustellen, dass ihre Daten vollständig, fehlerfrei und plausibel an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.

Der GKV-Spitzenverband führt die aggregierten Ergebnisse der Krankenkassen zusammen. Es gilt die jeweils jüngste im Sinne der Prüfung nach Anlage 2 fehlerfreie Meldung an den GKV-Spitzenverband als von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 6 KHG. Nutzen Krankenkassen für die Übertragung der Daten an den GKV-Spitzenverband einen Dienstleister, gilt dies entsprechend. Bei der Übermittlung an den GKV-Spitzenverband sind die Daten zu verschlüsseln. Die Daten sind vom GKV-Spitzenverband sechs Jahre revisionssicher und historisiert aufzubewahren.

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

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

Die AOK übermitteln Daten zu den Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V.

---

<sup>2</sup> Zentrale Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

<sup>3</sup> Prüfverfahren Krankenhausabrechnungsprüfung

### Berichtszeiträume und Meldetermine

Der Berichtszeitraum für die zu übermittelnden Daten nach II. ist jeweils das Vorjahr. Die Datenlieferungen erfolgen jeweils zum 30.04. für das Vorjahr.

<b>Betrachtetes Jahr</b>	<b>Stichtag</b>	<b>Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband</b>
<b>2019</b>  (ohne Nummern 1, 6, 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4 und <b>ohne die in Nummer 5 genannte Anzahl und genannten Ergebnisse</b> der einzelfallbezogenen Erörterungen)	14.04.	vom 15.04. bis 30.04.2020
<b>2020</b>  (ohne Strukturprüfungen nach Nummer 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4 und <b>ohne die in Nummer 5 genannte Anzahl und genannten Ergebnisse</b> der einzelfallbezogenen Erörterungen)	14.04.	vom 15.04. bis 30.04.2021
<b>2021</b>  (ohne Strukturprüfungen nach Nummer 7 <sup>4</sup> sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4 und ohne die in Nummer 5 genannte Anzahl und genannten Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen <sup>5</sup> )	14.04.	vom 15.04. bis 30.04.2022
<b>ab 2022</b>  ohne Einschränkungen	14.04.	vom 15.04. bis 30.04. des Folgejahres
<b>2024</b>  (letztmalig mit der durchschnittlichen Aufschlagshöhe nach Nummer 4)		

<sup>4</sup> Über die Strukturprüfungen wird erstmals im Jahr 2023 für das betrachtete Jahr 2022 berichtet.

<sup>5</sup> Das Erörterungsverfahren kann gemäß PrüfV vom 22.06.2021 für Fälle mit Krankenhausaufnahme ab 01.01.2022 erfolgen.

Seite 15/24  
Festlegung des GKV-Spitzenverbandes  
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik  
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

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

#### **IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten**

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

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

Bei der Berechnung fehlende Angaben werden gesondert ausgewiesen.

Der GKV-Spitzenverband aggregiert die von den AOK übermittelten Daten zu den Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V.



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

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

Die quartalsweisen Auswertungen werden für das betrachtete Jahr fortlaufend bereits gemäß § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V mit den für den Datenabzug festgelegten Stichtagen veröffentlicht.

### 2. Vorverfahren

<b>Vorverfahren (VV)</b>	<b>Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle</b>	<b>Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle mit nachfolgender MD-Prüfung</b>			<b>Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle ohne MD-Prüfung</b>	<b>Durch Vorverfahren gelöste Fälle</b>		
Anzahl Prüfungen mit VV	Summe nicht gelöster Fälle mit und ohne nachfolgende MD-Prüfung	Anzahl VV <u>ohne</u> Datenkorrektur und <u>ohne</u> Falldialog, die MD-Prüfung erfordern	Anzahl VV <u>mit</u> Datenkorrektur/ Ergänzung, die MD-Prüfung erfordern (Fälle KH-Aufnahme bis 31.12.2021)	Anzahl VV <u>mit Falldialog</u> , die MD-Prüfung erfordern	Anzahl Fälle mit VV mit Abbruch Prüfverfahren	Anzahl im VV gelöster Fälle	Anzahl im VV <u>durch Datenkorrektur/ Ergänzung</u> gelöster Fälle (Fälle KH-Aufnahme bis 31.12.2021)	Anzahl VV, die <u>durch Einigung im Falldialog</u> enden
(Σ VOMD, VVDK, VDMD, VFMD, VFDE, VOPQ, VPQD, KFD_PRUEF,	(Σ AUS_VOMD, AUS_VDMD, AUS_VFMD, AUS_VVPQ)	(Σ VOMD, KFD_PRUEF)		(Σ VFMD, FD_KE_PRUEF)	(Σ VOPQ, VPQD, KFD_ENDE, FD_KE_ENDE)	(Σ VVDK, VFDE, FD_E_ENDE)		(Σ VFDE, FD_E_ENDE)

KFD\_ENDE,  
FD\_KE\_PRUEF,  
FD\_KE\_ENDE,  
FD\_E\_ENDE)

(AUS\_ANPV)

(AUS\_VVNG)

(AUS\_VOMD)

(AUS\_VDMD)

(AUS\_VFMD)

(AUS\_VVPQ)

(AUS\_ANVV)

(AUS\_VVDK)

(AUS\_VFDE)

**MD 1**

...

**MD 15**

**bundes-  
weit**

### Ergebnis des Vorverfahrens (VV)

Anzahl zugunsten der Krankenhäuser  
beendeter VV (durch Korrektur und durch  
Falldialog, keine Weiterverfolgung) ohne  
Minderung Abrechnungsbetrag

(VVDK+VFDE +VOPQ+VPQD + KFD\_ENDE +  
FD\_KE\_ENDE+FD\_E\_ENDE-VRÜC)

(AUS\_VORÜ)

Anzahl zugunsten der Krankenkassen  
gelöster VV

(AUS\_VRÜC)

VRÜC mit Minderung Abrechnungsbetrag

Durchschnittliche Höhe  
Rückerstattungsbeträge

$(\Sigma \text{ RÜCS})/\Sigma \text{ VRÜC}$

(AUS\_RÜCS)

**MD 1**

...

**MD 15**

**bundes-  
weit**

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

Gesamt (AUS_SR)	Primäre Fehlbelegung		Sekundäre Fehlbelegung		Kodierprüfung		Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)		Andere/weitere Prüfgegenstände		Prüfungen mit Kombination mehrerer Prüfanlässe (ANMP)
	(R1+R2+ R3+R4+ R5)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)					
Anzahl	Anzahl (AUS_AR1)	Anteil (AUS_QR1)	Anzahl (AUS_AR2)	Anteil (AUS_QR2)	Anzahl (AUS_AR3)	Anteil (AUS_QR3)	Anzahl (AUS_AR4)	Anteil (AUS_QR4)	Anzahl (AUS_AR5)	Anteil (AUS_QR5)	Anzahl (AUS_ANMP)
<b>MD 1</b>											
...											
<b>MD 15</b>											
<b>bundes- weit</b>											

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

**4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, durchschnittliche Höhe der Differenzbeträge sowie ab dem Jahr 2023 und letztmalig im Jahr 2025 die durchschnittliche Höhe der ab dem Jahr 2022 geltenden Aufschläge, ab dem Jahr 2026 die Summe der Aufschläge**

**Beanstandete Schlussrechnungen**

Anzahl MD-Gutachten	Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen	Anzahl beanstandeter Schlussrechnungen	Durchschnittliche Höhe Differenzbeträge	Anzahl Beanstandeter Rechnungen mit Aufschlag auf Differenzbetrag	Durchschnittliche Höhe der Aufschläge auf Differenzbeträge
( $\Sigma$ APJ)	( $\Sigma$ USJ)		( $\Sigma$ SDIF/ $\Sigma$ ABSR)		( $\Sigma$ AUFS/ $\Sigma$ AFAS)
(AUS_ANZGA)	(AUS_ANZUS)	(AUS_ABSR)	(AUS_DDIF)	(AUS_AFAS)	(AUS_AUFS)
					letztmalig 30.06.2025,
					ab dem Jahr 2026: Summe der Aufschläge auf Differenzbeträge
					( $\Sigma$ AFAS x 400 Euro)
					(AUS_AUFS)

...

**MD 15**

**bundesweit**

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

**Ergebnis Nachverfahren**

Fälle mit durchgeführtem Nachverfahren  (AUS_ATDN)	Anzahl durchgeführter Nachverfahren ohne Einigung  (AUS_ANOE)	Anzahl durchgeführter Nachverfahren mit Einigung  (AUS_ANME)
<b>MD 1</b>		
...		
<b>MD 15</b>		
<b>bundesweit</b>		

**Ergebnis einzelfallbezogene Erörterung**

Anzahl Fälle mit einzelfallbezogener Erörterung	Anteil einzelfallbezogener Erörterung an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung	Anzahl einzelfallbezogener Erörterung mit Einigung	Anzahl einzelfallbezogener Erörterung ohne Einigung
(AUS_ANEE)	(AUS_QEE)	(AUS_EEME)	(AUS_EEOE)
<b>MD 1</b>			
...			
<b>MD 15</b>			
<b>bundesweit</b>			



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

**Anzahl der Anzeigen  
nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V**

(AUS\_ANZB)

**Anzahl der Anzeigen  
mit einem Anteil unbeanstandeter  
Abrechnungen eines Krankenhauses  
unterhalb von 20 %**

(AUS\_AN20)

**Anzahl der Anzeigen  
mit begründetem Verdacht  
systematisch überhöhter Abrechnung**

(AUS\_ANSY)

**MD 1**

...

**MD 15**

**bundesweit**

## **VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung**

Eine nicht oder nicht fristgerecht erfolgte Datenübermittlung wird gleich bewertet. Im Sinne der Anlage 2 fehlerhaft übermittelte Datenmeldungen gelten als nicht übermittelt. Wurden für ein oder mehrere Krankenhäuser keine oder unvollständige Daten übermittelt, wird die Krankenkasse darauf hingewiesen. Aus der finalen Datenlieferung einer Krankenkasse werden die Daten aller gemäß Anlage 2 vollständig und fehlerfrei übermittelten Krankenhäuser für die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes herangezogen.

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