

Vereinbarung

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

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) Diese Vereinbarung gilt für die gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 Absatz 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.
- 2) Die Inhalte dieser Vereinbarung sind für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.
- 3) Für die in § 283 SGB V genannten Institutionen gilt diese Vereinbarung entsprechend.

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

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

²Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen.

§ 5

Vorverfahren (Korrektur der Datensätze, Falldialog)

- 1) Findet ein Vorverfahren statt, hat das Krankenhaus die Möglichkeit, auch nach der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) korrigierte oder ergänzte Datensätze und gegebenenfalls eine geänderte Rechnung in einem Zeitraum bis zu 6 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens der Krankenkasse erneut zuzuleiten.
- 2) ¹Entscheidet die Krankenkasse, dass aufgrund einer Datenkorrektur oder -ergänzung die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, endet das Prüfverfahren mit der entsprechenden Mitteilung der Krankenkasse an das Krankenhaus oder spätestens 12 Wochen nach seiner Einleitung. ²Absatz 6 Satz 3 bleibt unberührt.
- 3) ¹Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. ²Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen.

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

§ 6

Beauftragung des MDK

- 1) Die Krankenkasse hat den MDK in folgenden Fällen mit der Durchführung einer Prüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V zu beauftragen:
 - (a) Im Vorverfahren erfolgt keine Datenkorrektur oder –ergänzung.
 - (b) Es erfolgt im Vorverfahren zwar eine Datenkorrektur oder –ergänzung, die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK ist dadurch jedoch aus Sicht der Krankenkasse nicht entfallen.
 - (c) Es wird trotz Aufforderung kein Falldialog durchgeführt.
 - (d) Es wird ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt.
 - (e) Aus Sicht der Krankenkasse bedarf es der direkten Beauftragung des MDK.
- 2) ¹In den Fällen des Absatzes 1a - d erfolgt die Beauftragung des MDK 2 Wochen nach Beendigung des Vorverfahrens, spätestens jedoch 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens; § 5 Absatz 6 Satz 3 bleibt unberührt. ²Im Fall des Absatzes 1e erfolgt die Beauftragung des MDK durch die

Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V. ³Sämtliche hier geregelten Fristen sind Ausschlussfristen.

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

§ 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 einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. ⁴Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.
- 3) Das Krankenhaus soll mit dem MDK den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.
- 4) Auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren sollte bei Bedarf ein persönlicher fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und MDK in einer geeigneten Weise erfolgen, auf die sich die Beteiligten verständigen.
- 5) ¹Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. ²Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen. ³Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach § 6 Absatz 3 Satz 4 eine

einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen.⁴ Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend.⁵ § 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.² Wenn die Leistung nicht in vollem Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen.³ Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 3 zu erfolgen.⁴ Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist.⁵ § 7 Absatz 5 Satz 4 bleibt unberührt.

§ 9

Zahlungs- und Aufrechnungsregeln

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

§ 10

Elektronische Übermittlung

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

§ 11 Landesverträge

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

§ 12 Inkrafttreten, Kündigung

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

- 2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende – frühestens zum 31.12.2015 – schriftlich gekündigt werden. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. ³Falls innerhalb von 6 Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. ⁴Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.

Berlin, den

GKV-Spitzenverband

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.