Nachtrag vom 10.09.2021

mit Wirkung zum 01.01.2022

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

zur Umsetzung der Prüfverfahrensvereinbarung vom 22.06.2021

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 1-4:
Dieser Entwurf enthält die notwendigen Anpassungen des Schlüssels 30 infolge der am 22.6. festgesetzten PrüfvV.

Im Rahmen der Datenübermittlung nach §301 SGB V ist ein Versand von Unterlagen auf dem elektronischen Weg derzeit nicht möglich. Aus diesem Grund sieht dieser Nachtrag einen Austausch möglicher elektronischer Informationen in Form von neuen oder geänderten Ausprägungen des Schlüssels 30 vor. Den Versand von Unterlagen selbst müssen Krankenhaus und Krankenkasse bis auf weiteres gesondert organisieren. Hier ist jedoch ein künftiges elektronisches Verfahren geplant. DKG und GKV-Spitzenverband befinden sich diesbezüglich in Verhandlungen.

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

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

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1 Anpassung Schlüssel 30 Information PrüfvV:

Schlüssel 30: Information PrüfvV

Einleitung des Prüfverfahrens (§4 PrüfvV) – nur KAIN

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

Vorverfahren Falldialog (§5 PrüfvV)- nur KAIN

FDK01 Aufforderung zum Falldialog (~~nur~~ KAIN)
FDK02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog (~~nur~~ KAIN)
FDK03 Ablehnung eines Falldialoges (~~nur~~ KAIN)

FDK11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (~~nur~~ KAIN)
FDK12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (~~nur~~ KAIN)
FDK13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (~~nur~~ KAIN)

BEF00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog ~~– ohne Datenkorrektur~~ (§ 5 Abs. ~~6~~ 2 PrüfvV – ~~nur~~ KAIN)
~~BEK00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur (nur bei vorheriger Einleitung eines Falldialoges FDK01 zu verwenden) – MD nicht notwendig (nur KAIN)~~
~~BEK10 Im Vorverfahren erfolgte keine Datenkorrektur/Ergänzung und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)~~
BEK11 Im Vorverfahren wurde kein Falldialog durchgeführt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (KAIN)
BEK20 Im Vorverfahren wurde ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (~~nur~~ KAIN)

Vorverfahren Falldialog (§5 PrüfvV)- nur INKA

FDI01 Aufforderung zum Falldialog (~~nur~~ INKA)
FDI02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog (~~nur~~ INKA)
FDI03 Ablehnung eines Falldialoges (~~nur~~ INKA)

FDI11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (~~nur~~ INKA)
FDI12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (~~nur~~ INKA)
FDI13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (~~nur~~ INKA)

Vorverfahren (§5 PrüfvV)- nur KAIN und INKA

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

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

~~MDK10 Keine oder nicht vollständige Unterlagen an MDK mit Folge der Aufrechnung (KAIN)~~

MDK30 Keine fristgemäße Übermittlung der Unterlagen. Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert gemäß § 7 Abs. 2 Satz 10 PrüfvV (KAIN)

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

MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (~~nur~~ KAIN)

MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (~~nur~~ KAIN)

~~MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§ 7 Abs. 5 PrüfvV) im MD-Verfahren, ohne MD Abbruch keine Beanstandung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)~~

MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (~~nur~~ KAIN)

~~MDK12 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur mit Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur KAIN)~~

~~MDK13 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur ohne Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur KAIN)~~

MDK31 Diese vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV (KAIN)

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

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

~~***Nachverfahren (§9 PrüfvV) – nur INKA***~~

~~NVI01 Vorschlag eines Nachverfahrens, begründete Stellungnahme (INKA)~~

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

EKH01 Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 PrüfvV ohne Einleitung des EV (INKA)

EKH02 Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 bis 3 PrüfvV mit gleichzeitiger Einleitung des EV (INKA)

EKH30 Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)

EKH31 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)

EKH32 Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)

EKH33 Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)

EKH34 Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)

EKH35 Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)

EKH41 Anzeige für eine ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (INKA)

EKH42 Ablehnung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (INKA)

EKH43 Annahme nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (INKA)

EKH50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (INKA)
EKH51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (INKA)
EKH60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (INKA)
EKH61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet (INKA)

Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung (§ 9 PrüfvV) – nur KAIN)

EKK01	Krankenkasse schließt sich gemäß §9 Abs. 3 Satz 1 PrüfvV der Begründung des Krankenhauses an. Es erfolgt kein Erörterungsverfahren. (KAIN)
EKK02	Krankenkasse schließt sich der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 3 Satz 1 PrüfvV an. Das durch das Krankenhaus bereits eingeleitete EV ist beendet. (KAIN)
EKK03	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 PrüfvV an, das KH hat das EV bereits eingeleitet. (KAIN)
EKK04	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV an und leitet das EV ein. (KAIN)
EKK10	Entscheidung der Krankenkasse wurde nicht fristgemäß bestritten und gilt als erörtert gemäß § 9 Abs. 2 PrüfvV mit Folge der Aufrechnung (KAIN)

EKK30	Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK31	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK32	Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK33	Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK34	Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK35	Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK41	Anzeige einer Ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK42	Ablehnung Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK43	Annahme Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwende oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (KAIN)
EKK51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (KAIN)
EKK60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (KAIN)
EKK61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet (KAIN)

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 2 zur Information Krankenhäuser:

1.2.4 Rechnungssatz

…

Nachtragsrechnung

Wurde in einem Abrechnungsfall ~~bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich~~eine Pauschale für eine nachstationäre Behandlung noch nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und der Rechnungsart in REC: '03' (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ‚10', Rechnungsart ‚03' und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart ‚47100008' (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). Bei vollstationären Fällen sind die Felder: „Abrechnung von" mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis" mit dem Entlassungs-/Verlegungstag -1 Tag zu füllen (bei Eintagesfällen sind „Abrechnung von" mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis" mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen); bei teilstationären Fällen sind die Felder „Abrechnung von" mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis" mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen). Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V" erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

Nachtrag 3 zur Information Krankenhäuser:

1.2.10 Information Krankenhäuser

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

1.2.10.1 Grundsätze

Das Krankenhaus nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfvV den für den Nachrichtentyp INKA vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.
Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV und PVT verwendet (SG2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.
Als Verarbeitungskennzeichen sind `75` (Information gemäß PrüfvV) oder `76` (Storno einer Information gemäß PrüfvV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalls" ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes `PVV` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer/Rechnungsdatum zu verwenden.

1.2.10.2 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. ~~4~~1 ~~Satz 1~~ PrüfvV verständigen. Die Wiederholung des Segmentes `PVV` innerhalb einer Nachricht ist möglich (z.B. gleichzeitige Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).
Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfvV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist gemäß PrüfvV durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDI20`).
Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information" folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDI01" (Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI02" (Annahme der Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI03" (Ablehnung eines Falldialogs),
- „FDI11" (Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDI12" (Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDI13" (Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs) und
- „FDI20" (Einseitige Erklärung über die Beendigung des Falldialogs).

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

1.2.10.3 Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfvV

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

REC	'REC'
Rechnungsnummer	'987654321'
Rechnungsdatum	'20170216'
Rechnungsart	'14'
Aufnahmetag	'20170101'
Rechnungsbetrag	'300,00'
ENT	'ENT'
Entgeltart	'47200008'
Entgelbetrag	'300,00'
Abrechnung von	'20170216'
Abrechnung bis	'20170216'
Entgeltanzahl	'1'

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

Das Krankenhaus kann die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDI05` (Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert) nach Ablauf der Frist gemäß § 8 Satz 3 über das Ende des Verfahrens gemäß § 8 Satz 5 PrüfvV informieren.

~~1.2.10.4 Nachverfahren gemäß § 9 PrüfvV~~

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

1.2.10.5 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

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

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

Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür nutzt das Krankenhaus den Schlüssel `EKH41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKH42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKH43`.

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

Nachtrag 4 zur Krankenkasseninformation:

1.3.7 Krankenkasseninformation

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

1.3.7.1 Grundsätze

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

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

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

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

1.3.7.2 Einleitung des Prüfverfahrens

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung der Abrechnungsdaten Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung gemäß PrüfvV einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb der in der PrüfvV festgelegten Fristen durch Übermittlung einer Nachricht KAIN in dem Segment PVT so konkret wie möglich mitzuteilen.
Hierzu hat sie mindestens aber beispielsweise den Prüfgegenstand wie folgt zu benennen. Im Datenfeld „Information" informiert die Krankenkasse über den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand anhand folgender möglicher Ausprägungen des Schlüssels 30 (Information PrüfvV) gemäß § 4 PrüfvV:

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

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

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

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

1.3.7.3 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. ~~4~~ 1 PrüfvV verständigen. Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung des Segmentes `PVV` innerhalb einer Nachricht möglich (z.B. mit gleichzeitiger Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).
Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfvV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDK20`).
~~Entscheidet die Krankenkasse, dass aufgrund einer Datenkorrektur die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, kann sie das Prüfverfahren mit der Information „BEK00“ (Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur) beenden.~~
Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

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

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

1.3.7.4 Durchführung der Prüfung

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

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

1.3.7.~~4~~5 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

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

Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.
Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfvV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.
~~Mit der Information „BEK10“ übermittelt die Krankenkasse die Information, wenn im Vorverfahren keine Datenkorrektur durch das Krankenhaus erfolgte, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.~~ Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

~~Die Information „MDK 03“ erhält ein Krankenhaus immer dann, wenn das MD-Verfahren vollständig durchlaufen wurde (inklusive Erstellung eines MD-Gutachtens) und die MD-Prüfung aufgrund einer im laufenden MD-Verfahren übermittelten Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte.~~
~~Davon abzugrenzen sind Fälle, in denen das MD-Verfahren auf Grund einer Datenkorrektur des Krankenhauses abgebrochen wird und es nicht zu einer Erstellung eines MD-Gutachtens kommt. Führt die Datenkorrektur zu einer Minderung des Arrbrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt „MDK 12“. Führt die Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt „MDK 13“.~~

1.3.7.6 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

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

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

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

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

Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür nutzt die Krankenkasse den Schlüssel `EKK41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKK42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKK43`.

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKK50`) jederzeit im Einvernehmen mit dem Krankenhaus (`EKK51`) beendet werden. `EKK51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKK50`zu verwenden. Verweigert das Krankenhaus aus Sicht der Krankenkasse die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert die Krankenkasse das Krankenhaus mit dem Schlüssel `EKK60`. Mit dem Schlüssel `EKK61` wird das Krankenhaus darüber informiert, dass aus Sicht der Krankenkasse keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.