

Salomé

Rechnungsprüfungen im Krankenhaus – **Version 2019**

MDK-Management für Einsteiger und Fortgeschrittene



**Deutsche Krankenhaus
Verlagsgesellschaft mbH**



ISBN: 978-3-17-038242-8 (E-Book)

Es ist nicht gestattet, E-Books in irgendeiner Weise inhaltlich und redaktionell zu ändern oder geänderte Versionen zu benutzen, sie für Dritte zu kopieren, öffentlich zugänglich zu machen bzw. weiterzuleiten, im Internet oder in andere Netzwerke entgeltlich oder unentgeltlich einzustellen, sie nachzuahmen, weiterzuverkaufen oder für kommerzielle Zwecke zu nutzen.

Remco Salomé

Rechnungsprüfungen im Krankenhaus – Version 2019

MDK-Management
für Einsteiger und Fortgeschrittene



**Deutsche Krankenhaus
Verlagsgesellschaft mbH**

Impressum

ISBN: 978-3-946866-32-9

2. Auflage, 2018 (Version 2019)

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Fax +49 211 17 92 35-20

www.DKVG.de
bestellung@DKVG.de

Umschlaggestaltung: TZ-Marketing, Krefeld
Herstellung: Druckerei Totem, Inowrocław, Polen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen und Übersetzungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

Vorwort	VII
1 Einleitung	1
2 Rechnungsprüfungen: SGB V und PrüfvV	3
2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus.....	3
2.1.1 Regelung des Verfahrens.....	3
2.1.2 Gesetzliche Grundlagen: Warum prüft eine Kasse?	4
2.2 Einleiten einer Rechnungsprüfung	7
2.3 Das Vorverfahren	13
2.3.1 Einleitung und Dauer des Vorverfahrens	13
2.3.2 Vorverfahren ohne Falldialog.....	13
2.3.3 Der Falldialog	14
2.3.4 Das Ende des Vorverfahrens.....	14
2.3.5 Praktische Empfehlungen	15
2.4 Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung (MDK).....	16
2.4.1 Einleitung einer MDK-Prüfung.....	16
2.4.2 Der Prüfgegenstand	17
2.4.3 Versenden von Unterlagen – 8-Wochen-Frist	18
2.4.4 Zwischen Versand der Unterlagen und Eingang des Ergebnisses.....	23
2.4.5 Begehungen durch den MDK.....	25
2.4.6 MDK-Begehung vs. schriftliche Prüfungen.....	25
2.4.7 Widersprüche.....	28
3 Besonderheiten und Richterrecht	31
3.1 Definition einer stationären Behandlung	31
3.1.1 § 39 SGB V.....	31
3.1.2 Rechtsprechung.....	32

3.2	Rechnungsänderungen	38
3.2.1	Situation 2012 (veraltet)	39
3.2.2	Neuere Rechtsprechung	39
3.3	Vorstationäre Behandlung	40
3.3.1	Gesetzliche Regelungen	40
3.3.2	Vorstationäre Behandlung mit späterer stationärer Aufnahme	42
3.3.3	Vorstationäre Behandlung ohne stationäre Aufnahme	43
3.3.4	Vorstationäre Behandlung und „ambulantes Operieren“	44
3.4	Nachstationäre Behandlung	46
3.5	Aufwandspauschalen	50
3.6	„Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten“	54
3.7	§ 301-Daten und Fälligkeit der Rechnung.....	56
3.8	Verwirkung und Verjährung von Forderungen	56
4	Die Praxis	61
4.1	Einleitung.....	61
4.2	Sinn und Unsinn von Fallprüfungen	62
4.3	Diagnosen- und Prozedurenkodierung	67
4.3.1	„Strukturprüfungen“ für Komplexbehandlungen	69
4.3.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: OPS 8-550.....	74
4.3.3	Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981.- und 8-98b.-)	82
4.3.4	Dauer der maschinellen Beatmung	88
4.4	Ambulantes Potenzial / untere Grenzverweildauer	97
4.4.1	AOP: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe	97
4.4.2	G-AEP	106
4.4.3	Tagesfälle	117
4.5	Wiederaufnahme wegen Komplikationen und „Fallsplitting“	118
4.6	Sekundäre Fehlbelegung.....	122

5 Die Sozialgerichtsklage	127
5.1 Die Bedeutung von Gerichtsverfahren	127
5.2 Die Sozialgerichtsbarkeit.....	129
5.3 Urteile und Gerichtsbescheide	131
5.4 Berufung und Revision	132
5.5 Erledigung ohne Urteil oder Bescheid	135
5.6 Die Klageentscheidung	137
5.7 Vorbereitung einer Sozialgerichtsklage	144
Anhang: G-AEP-Kriterien	149
Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien	149
G-AEP-Kriterien	151
Verzeichnisse	155
Literaturverzeichnis	155
Tabellenverzeichnis.....	157
Abbildungsverzeichnis.....	158
Stichwortverzeichnis	159
Zum Autor.....	163

Vorwort

Bereits im Jahr 2016 wurde die Idee zur Herausgabe eines Handbuches „*Rechnungsprüfungen im Krankenhaus*“ geboren. Für die Fallverschlüsselung waren seit Einführung des G-DRG-Systems eine große Menge Publikationen verfügbar. Für die Bearbeitung von Rechnungsprüfungen (MDK-Management) gab es kaum Hilfestellungen.

Die verschiedenen Fragestellungen und Problemfelder, die im MDK-Management aufgeworfen werden, sind komplex und vielschichtig. Dieses Buch will der Komplexität der Materie gerecht werden.

Die erste Auflage des vorliegenden Buches traf auf große Resonanz in der Krankenhauswelt und darüber hinaus. Offensichtlich trifft es den Nerv derjenigen, die sich mit der Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen befassen. Weil die Entwicklungen der Abrechnungsregeln und besonders der Rechtsprechung dazu dynamisch sind, altern die Informationen schnell. Aus diesem Grund wird jährlich eine aktualisierte Version des Buches herausgegeben. Es werden mit jeder Auflage neue Entwicklungen beleuchtet und auch komplett neue Themen eingeführt.

Für das Jahr 2019 liegt der Fokus auf den Komplexbehandlungen: Eine geänderte Rechtsprechung macht den Krankenhäusern die korrekte Erbringung schwerer. Die Problematik der sogenannten „Strukturprüfungen“ durch die Kostenträgerseite verdient außerdem unsere Aufmerksamkeit.

Dieses Buch lebt auch insbesondere durch die vielen Anregungen und Hinweise der Leser unserer Blogsite auf [medcontroller.de](https://www.medcontroller.de/news) (<https://www.medcontroller.de/news>) und der zahllosen Teilnehmer meiner Seminare zum Thema MDK-Management. Vielen Dank an alle, die durch ihre Eingaben geholfen haben, meine Ausführungen zu fokussieren und vorhandene Wissenslücken zu schließen. Ohne Sie hätte ich dieses Buch nicht schreiben können.

Hannover, im August 2018

Remco Salomé

1 Einleitung

Das vorliegende Buch beschreibt zum einen die formalen Regelungen (Kapitel 2) und zum anderen (Kapitel 3 bis 5) die geltende Rechtsprechung, den Umgang mit praktischen Problemen und die Einleitung und Durchführung einer Sozialgerichtsklage.

In Kapitel 2 werden zuerst die gesetzlichen Regelungen erläutert und die Grundprinzipien einer Rechnungsprüfung durch die gesetzliche Krankenkasse behandelt. Die gesetzlichen Regelungen, die der Krankenhausleistungserbringung zugrunde liegen – wie beispielsweise das Wirtschaftlichkeitsgebot und andere – werden, wo erforderlich, kurz zusammenfassend dargestellt.

Die für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus elementar wichtige Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wird im Folgenden ausführlich behandelt. Nicht nur die einzelnen Schritte und Regelungen des Verfahrens werden erläutert, sondern auch die praktische Umsetzung wird diskutiert. Dabei werden auch bekannte strittige Themen, wie die Annahmeverweigerung von Widersprüchen durch die gesetzlichen Krankenkassen, nicht ausgelassen. So entsteht ein Leitfaden, der den praktischen Umgang mit der PrüfvV erklärt.

In Kapitel 3 werden viele Themen behandelt, die sich nicht unmittelbar aus den Gesetzestexten und den Regelwerken ergeben. Es geht hier um besondere Verhaltensweisen seitens der Kostenträger und ganz besonders um die Rechtsprechung.

Wegweisende Urteile werden ausführlich besprochen und die Konsequenzen für die tägliche Arbeit im Krankenhaus erläutert. So soll ein rechtssicherer Umgang mit besonderen Themen, wie z.B. den Aufwandspauschalen, ermöglicht werden.

Kapitel 4 ergänzt die beiden vorhergehenden Kapitel, indem es den praktischen Umgang mit den gesetzlichen Regelungen und dem Richterrecht darstellt. Hier werden für eine Reihe typischer Fallbeispiele die Argumentationsmöglichkeiten der Kostenträgerseite und die Position der Leistungserbringerseite ausführlich besprochen. Aus Platzgründen ist es nicht möglich, sämtliche denkbaren Fallkonstellationen zu diskutieren. Es werden lediglich typische Beispiele behandelt, wie z.B. die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

Zu guter Letzt werden in Kapitel 5 die Hintergründe und Praxis einer Sozialgerichtsklage dargelegt. Neben einer ausführlichen Erklärung über die Organisati-

onsstruktur der Sozialgerichtsbarkeit wird eine Schritt-für-Schritt Anleitung für die Durchführung einer Klage gegeben. Typische Fallstricke und Probleme werden dabei erörtert.

2 Rechnungsprüfungen: SGB V und PrüfV

2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus

2.1.1 Regelung des Verfahrens

Die Prüfung von Krankenhausrechnungen kennt verschiedene formale Regelungen:

- § 275 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
- Prüfverfahrensvereinbarung
- „Richterrecht“ insbesondere des Bundessozialgerichts

Die Regelungen des Sozialgesetzes bilden die Basis des Verfahrens. Weil das SGB V vieles ungeregelt lässt, führte der Start des G-DRG-Systems zu einer drastischen Verschärfung der Meinungsverschiedenheiten und zu einer Verhärtung der Fronten zwischen Krankenhäusern und Kassen.

In der Folge sah sich die Sozialgerichtsbarkeit immer häufiger in der Rolle des Entscheiders. Eine Reihe von Grundsatzurteilen änderte die Prüfpraxis nachhaltig. Dabei etablierte sich vermehrt eine einseitige Dogmatik zum Schutz der Solidarkasse, also im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere seitdem der 1. Senat des BSG die alleinige Zuständigkeit für Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Gesetzlichen Krankenversicherungen innehat, fällt dieser durch eine eigenwillige Rechtsauslegung auf, die nicht immer mit dem Gesetzestext konform geht.

Diese Entwicklung sorgt für Unmut bei den Instanzgerichten, die einer offensichtlich rechtswidrigen Dogmatik des BSG nicht immer folgen wollen.

Auch die Politik ist aktiv geworden und versucht, die zunehmende Rechtsunsicherheit durch Gesetzesänderungen einzudämmen. Zu diesen Maßnahmen gehörte der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltungspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), „das Nähere“ für die Rechnungsprüfung zu regeln (§ 17c Absatz 2 KHG). Das Ergebnis ist die Prüf-

verfahrensvereinbarung, die viele Einzelheiten einer Fallprüfung beschreibt. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung dabei ausdrücklich erlaubt, von den gesetzlichen Regelungen des SGB V abzuweichen.

So kommen die unterschiedlichen und inhaltlich teilweise inkongruenten Regelungen der obigen Liste zu Stande. Dabei ist es schwer zu sagen, welche Regeln im Falle von Zweideutigkeiten maßgeblich sind:

- Der gesetzgeberische Wille sieht offenbar das SGB V, ergänzt und teilweise verändert durch die PrüfV, als Maß der Dinge an.
- Inwiefern die PrüfV für die oberste Sozialgerichtsbarkeit eine Rolle spielt, bleibt abzuwarten.
- Die Instanzgerichte folgen dem BSG nicht immer, was in sich begrüßenswert ist, aber andererseits nicht zu einer Rechtssicherheit beiträgt.
- Die handelnden Personen bei den Kassen und Krankenhäusern sehen sich durch die relativ praxisnah formulierte PrüfV gebunden. Die PrüfV in der ersten Fassung vom 18.07.2014 galt für Behandlungsfälle mit Aufnahme datum ab dem 01.01.2015. Die zweite Fassung vom 03.02.2016 gilt für stationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2017.

Mit welchen Gesetzmäßigkeiten der Übergang von einer „normalen“ zu einer gerichtlichen Prüfung stattfindet, ist noch unklar und wird den Stellenwert der PrüfV, die seit ihrer Vereinbarung deutlicher Kritik ausgesetzt ist¹, zukünftig sicherlich noch ändern.

2.1.2 Gesetzliche Grundlagen: Warum prüft eine Kasse?

Das SGB V regelt die „Gesetzliche Krankenversicherung“ und damit auch das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Hier finden sich folgerichtig die wesentlichen Normen für den Hintergrund einer Rechnungsprüfung. Zwei der wichtigsten Normen sind im Folgenden in verkürzter Form dargestellt:

§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung

Krankenkassen sind zur Prüfung verpflichtet, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erfor-

1 Hohmann, Wege aus der Dunkelheit, KU Special Medizincontrolling September 2015, S. 5–7

derlich ist. Sie prüfen dann Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten die ordnungsgemäße Abrechnung.

Eine solche Prüfung muss durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erfolgen.

Hier ist also eine Prüfpflicht begründet, die mit „Auffälligkeiten“ verknüpft ist. Welcher Art diese Auffälligkeiten sein können, lässt das Gesetz offen. Der Gesetzgeber gibt in der Begründung unterschiedlicher Gesetze zu erkennen, dass eine ungezielte Einleitung von Prüfungen verhindert werden soll. Mit „Auffälligkeit“ ist wohl ein begründeter Anfangsverdacht gemeint:

„Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100 Euro eingeführt.“²

„Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden kann. Das Verfahren wird ausdrücklich begrenzt auf Fälle, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben.“³

Letztlich hat das Bundessozialgericht einige Urteile zu der Thematik getroffen, die u.a. die folgenden Kernaussagen enthalten:

- Eine systematische Prüfung einer bestimmten Fallkonstellation (etwa: untere Grenzverweildauer gerade eben überschritten) ist den Kassen nicht erlaubt. Es muss ein Anfangsverdacht nachvollziehbar sein.⁴
- Eine Entlassung an einem Montag stellt eine Auffälligkeit dar.⁵
- Die Wiederaufnahme am Tag nach einer Entlassung stellt eine Auffälligkeit dar.⁶
- Die stationäre Durchführung eines Eingriffes aus dem AOP-Katalog ist auffällig.⁷

2 BT-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006

3 BT-Drucksache 14/7862 vom 13.12.2001

4 BSG, Urteil vom 16.05.2013, Az.: B 3 KR 32/12 R

5 BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KN 3/08 KR R

6 BSG, Urteil vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 24/11 R

7 BSG, Urteil vom 21.03.2014, Az.: B 3 KR 28/12 R

Der 1. Senat hat die Diskussion schließlich im Dezember 2013 beendet⁸: Die Kassen haben das Wirtschaftlichkeitsgebot zu achten; diese Pflichterfüllung darf nicht durch eine Diskussion über Auffälligkeiten eingeschränkt werden. Theoretisch muss auch aus der Sicht des BSG eine Auffälligkeit/ein Anfangsverdacht gegeben sein; praktisch ist ein Krankenhaus dennoch nicht gut beraten, die Prüfung bei Fehlen einer nachvollziehbaren Auffälligkeit zu verweigern.

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

Leistungen der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Diese Norm wird vom Bundessozialgericht als höchstes Prinzip für die Beurteilung von Krankenhausleistungen verwendet. Die Notwendigkeit einer Leistung, wobei die Leistung nicht mehr als „ausreichend“ sein darf, ist das Maß der Dinge.

Dass gerade dieser Paragraph (und nicht z.B. § 70, der neben Wirtschaftlichkeit auch Qualität und Humanität der Leistungserbringung thematisiert) zur goldenen Regel wurde, liegt in einem Beschluss des Großen Senats des BSG aus 2007⁹ begründet: *„Was das Erfordernis der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anbelangt, will der 1. Senat allein auf den Gesundheitszustand des Patienten abstellen und danach entscheiden, ob dieser, losgelöst von sonstigen persönlichen Umständen, eine stationäre Versorgung mit den Mitteln eines Krankenhauses erfordert.“*

Das Gericht hat hier der Rechtsprechung des 3. Senats widersprochen, die die Erfordernisse des Patienten in seinem organisatorischen/sozialen Umfeld in den Mittelpunkt stellte. Außerdem wurde die Amtsermittlungspflicht erweitert: *„Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen.“*

Das heißt, dass es nicht ausreicht, dass der behandelnde Arzt seine Entscheidungen so getroffen hat; sie müssen auch nachvollziehbar begründet sein. Auch an diesem Punkt verfolgte der 3. Senat vor 2007 eine andere Rechtsauffassung.

8 BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 14/13 R

9 BSG, Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06

Private Kassen

Alle Behandlungen, die keine gesetzlich versicherten Patienten betreffen, werden nach den Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) abgerechnet. Rechnungsprüfungen folgen auch den Normen des BGB.

2.2 Einleiten einer Rechnungsprüfung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat das Recht und manchmal auch die Pflicht, eine Krankenhausrechnung zu prüfen. Grundlage dafür ist das SGB V (siehe Kap. 2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus), für Selbstzahler/Privatversicherte gelten die Regeln des BGB.

Die Prüfanzeige muss gemäß der PrüfV von der Kasse oder vom MDK übermittelt werden und den Prüfgegenstand so konkret wie möglich benennen:

- Fehlbelegung (primär oder sekundär)
- Kodierprüfung unter Benennung der zu prüfenden ICD bzw. des zu prüfenden OPS
- Fragen zu Voraussetzungen für Leistungen (z.B. NUB, Off-Label-Use)

Auch das Bundessozialgericht ist großzügig, wenn es darum geht, wer eine Prüfanzeige abzugeben hat: Kasse, MDK oder andere.¹⁰ Es können auch andere Gründe oder mehrere Gründe genannt werden. Im Prinzip muss das Krankenhaus jede Prüfanzeige akzeptieren. Es gibt nur eine einzige Ausnahme: Wenn überhaupt kein Prüfgegenstand benannt wird, ist die Prüfanzeige ungültig (PrüfV § 4 Satz 4).

6-Wochen-Frist

Für die Einleitung einer Prüfung gilt eine gesetzliche Frist von sechs Wochen nach Zugang der Rechnung. Die gesetzliche Grundlage dieser Frist ist § 275 Abs. 1c SGB V: *„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. (...)“*

¹⁰ BSG, Urteil vom 27.11.2014, Az.: B 3 KR 7/13 R

Andererseits wiederholt und modifiziert die PrüfvV die Frist. Für ein sogenanntes Vorverfahren (zunächst) ohne Beteiligung des MDK gilt: *„Erkennt die Krankenkasse (...) Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung (...) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den (...) Prüfgegenstand innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der (...) Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen.“*

Wenn die Kasse den MDK ohne Vorverfahren direkt beauftragen möchte, „(...) erfolgt die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V (Direktbeauftragung)“.

Anfang der Frist

Die 6-Wochen-Frist fängt mit der Übermittlung der Schlussrechnung zu laufen an. Die Übermittlung geschieht per DTA (Datenträgeraustausch). Daher ist das Übermittlungsdatum mit dem Eingangsdatum gleichzusetzen.

Es kommt vor, dass Kassen die Annahme einer Rechnung „verweigern“ wollen. Das geschieht beispielsweise, wenn eine Behandlung schon bei Rechnungseingang als ambulant zu erbringen beurteilt wird. Da eine solche Zurückweisung im DTA-Verfahren nicht vorgesehen ist, verwenden Kassen dazu in der Regel (zu Unrecht) Fehlersegmente. Die Rechnungen weisen jedoch keine formalen, sondern vermeintlich inhaltlichen Fehler auf. Entsprechend ist das Fehlerverfahren im DTA nicht zu verwenden.¹¹ Die Folge der unberechtigten Zurückweisung ist, dass der Datensatz bei der Kasse wieder gelöscht wird. Entsprechend „muss“ die Rechnung später erneut übertragen werden.

Entgegen der Auffassung mancher Krankenkasse und, wie sich herausstellt, auch manches Sozialgerichtes, führt diese erneute Übertragung nicht zu einem Neustart der 6-Wochen-Frist. Die Rechnung hat der Kasse vorgelegen und hätte beispielsweise in einem Vorverfahren erörtert werden können. Stattdessen wurde der Datensatz „mutwillig“ vernichtet. Das darf nicht zu Lasten des Krankenhauses gehen. Ähnlich ist die Situation, wenn ein geringfügiger Betrag von wenigen Euro als Nachtragsrechnung berechnet wird. Die Kasse kennt bereits die begründenden Daten für die Rechnungslegung (Entlassdatensatz). Eine Nachtragsrechnung eröffnet dem Kostenträger keine neuen Erkenntnisse.

11 Anlage 4 zur § 301-Vereinbarung, Kapitel 6 Fehlerverfahren (<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>)