

D. Lindner/ C. Köhnen/ M. Louis

### Die neue PrüfvV – Was ändert sich in 2022?

#### Neuerungen und Auswirkungen

Nun ist es amtlich: Nach diversen Ergänzungen und Fortschreibungen der „alten“ Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) aus 2016, ist im Schlichtungsverfahren nun ein Ergebnis erzielt worden, das für alle Neuaufnahmen im Krankenhaus ab dem 01.01.2022 gilt und letztlich die Streitpunkte im MD-Ablauf ohne Kompromisslösungen hinterlässt.

Die PrüfvV regelt die für Krankenkassen verpflichtende Prüfung der abgerechneten Krankenhausleistungen auf Korrektheit und Wirtschaftlichkeit, sowie die ebenfalls verpflichtende Mitwirkung der Krankenhäuser. Doch was sind die wichtigsten Neuerungen und welche Auswirkungen haben diese auf die Erlössicherungsprozesse der Krankenhäuser?

#### Kommunikationspflicht

Die neue PrüfvV nimmt sowohl Krankenhäuser als auch Kostenträger hinsichtlich einer verbindlichen Kommunikation in die Pflicht. So muss in einem MD-Prüfverfahren zukünftig sichergestellt und beweisbar sein, dass die Patientendokumentation vollständig und fristgerecht innerhalb von 8 Wochen nach Eingang der Prüfanzeige an den MD übermittelt wurde. Eine Nachlieferung ohne offizielle Fristverlängerung (3 Wochen) und Zahlung von 300 € ist weder im neuen Erörterungsverfahren noch im Klageverfahren zulässig. Die Bewertung des Prüfgegenstandes, der ebenso wie die angeforderten Dokumente klar benannt sein muss, erfolgt ausschließlich auf Basis der eingereichten Unterlagen, entweder vor Ort oder schriftlich. Eine selektive Unterlagenlieferung durch die Krankenhäuser könnte folglich zu entscheidenden Nachteilen im Prüfgeschehen führen. Dies sollten Krankenhäuser ab 2022 beachten und ggf. eine Volllieferung in Erwägung ziehen.

#### Neue (Ausschluss)Fristen

Nach Einleitung eines Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können beide Seiten zu einem Falldialog auffordern, der innerhalb von 2 Wochen von der Gegenseite anzunehmen oder abzulehnen und innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist abzuschließen ist.

Es bleibt grundsätzlich bei der 4-Monatsfrist bzgl. der Einleitung des Prüfverfahrens. Übermittelt das Krankenhaus keine Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Prüfanzeige, gilt der Fall als erörtert. Desgleichen, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 9 Monaten eine Leistungsentscheidung kommuniziert. Dies sind nur einige von mehreren Ausschlussfristen der neuen PrüfvV. Um kein Geld zu verschenken und alle Fristen einhalten zu können, sind effektive Prozesse in einem Krankenhaus wichtiger denn je.



**⚠ Neben einer schärferen Fristenregelung und der Umkehr des Prozessrisikos zu Ungunsten der Kostenträger sind die Etablierung eines Erörterungsverfahrens, das Aufrechnungsverbot der Krankenkassen sowie das Rechnungskorrekturverbot der Krankenhäuser wesentliche Neuerungen.**

#### Erörterungsverfahren

Um Sozialgerichte zukünftig zu entlasten, ist das sogenannte Erörterungsverfahren zur Klärung von Abrechnungsstreitigkeiten als neue Zulassungsvoraussetzung für ein eventuell anschließendes Klageverfahren vorgesehen. Nachdem das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nach §8 PrüfvV innerhalb von 6 Wochen begründet bestreitet, werden der Krankenkasse weitere 6 Wochen eingeräumt, dem Bestreiten des Krankenhauses stattzugeben oder abzulehnen. Findet keine Einigung statt, ist das sogenannte Erörterungsverfahren innerhalb von 12 Wochen durchzuführen. Dieses ist umfassend nach §10 PrüfvV zu dokumentieren.

#### Verbot von Aufrechnung und Rechnungskorrektur

Ab 2022 werden die Vorgaben des MDK-Reformgesetzes nun auch von den Selbstverwaltungspartnern in die Praxis umgesetzt. Somit ist eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus nur noch innerhalb von 4 Wochen unter bestimmten Voraussetzungen gem. §11 PrüfvV zulässig. Die alte BSG-Rechtsprechung (Rechnungskorrektur bis Ende des nachfolgenden Kalenderjahres) findet ab 2023 keine Anwendung mehr. Für Abrechnungsfälle mit Neuaufnahme im Jahr 2021 gilt noch die derzeitige PrüfvV. Diese dürfen folglich noch bis Ende 2022 retrospektiv revidiert und die dazugehörigen Rechnungen korrigiert werden. Ebenfalls nicht mehr gültig sind ab nächstem Jahr Aufrechnungen von Seite der Krankenkasse mit strittigen Leistungsansprüchen.

#### Umkehr des Prozessrisikos

Sofern das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse fristgerecht bestreitet (§8 Abs.1), ergibt sich durch das Aufrechnungsverbot von in Dissens befindlichen Erstattungsforderungen eine Klageumkehr zu Ungunsten der Krankenkasse. Wird im Erörterungsverfahren keine Einigung erzielt, steht nun der Krankenkasse mit allen einhergehenden Risiken der Rechtsweg offen, um Erstattungsansprüche geltend zu machen. Dies ist ein auf beiden Seiten bisher wenig beachteter Paradigmenwechsel im Klageprozess der zum einen erhebliche Auswirkungen auf die Liquidität aller Beteiligten haben und zum anderen weitreichende Neuimplementierungen von Prozessen nach sich ziehen wird.

#### DRG Express Check

Krankenhäuser können im Jahr 2022 letztmals das Datenjahr 2021 retrospektiv prüfen und Rechnungen korrigieren.

Spätestens im Jahr 2022 muss für aktuelle Fälle ein Prüfsystem vor Abrechnung implementiert sein, das sowohl vor Erlösverlust als auch vor Strafzahlungen und hohen Prüfquoten schützt. Vor diesem Hintergrund bietet das Privatinstitut für Klinikmanagement (PKM) eine laufende Begleitung und externe Prüfung Ihrer Kodierung (DRG Express Check) – mittels intelligenter Software und menschlicher Expertise. Weitere Informationen erhalten Sie telefonisch unter 0221/204 279 71 oder unter [www.pk-management.de](http://www.pk-management.de).