

Beschluss der Schiedsstelle zur neuen PrüfvV

Mit Beschluss vom 22.06.2021 setzte die Schiedsstelle eine neue Prüfverfahrensvereinbarung fest, die für die Überprüfung bei Patienten mit Aufnahme ab dem 01.01.2022 gilt („PrüfvV 2022“). Gegen die Entscheidung können die DKG oder der GKV-Spitzenverband innerhalb eines Monats Klage erheben.

Hier das Wichtigste in Kürze:

- **Geltungsbereich (§ 2 PrüfvV 2022):**

Die PrüfvV gilt für das Prüfverfahren nach § 275c Abs. 1 SGB V, d.h. für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MD zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MD beim Krankenhaus erfordert. Der Geltungsbereich erstreckt sich allein auf Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V. Nicht erfasst werden Entbindungsfälle, ambulante Krankenhausbehandlungen, Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten und die Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen.

- **Prüfungsbeginn (§ 3 PrüfvV 2022):**

Vor Einleitung des Prüfverfahrens muss das Krankenhaus die zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln, d.h. den Datensatz nach § 301 SGB V und ggf. ergänzende Daten nach den landesvertraglichen Regelungen. Die Prüfung beginnt erst nach Abschluss des vorgelagerten Übermittlungsverfahrens nach § 301 Abs. 3 SGB V.

- **Frist zur Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 PrüfvV 2022):**

Die Absicht der Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung muss dem Krankenhaus unter Angabe des Prüfungsgegenstandes innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen mitgeteilt werden.

- **Falldialog (§ 5 PrüfvV)**

Für Krankenkasse und Krankenhaus besteht (unverändert) die Möglichkeit, nach Einleitung des Prüfverfahrens auf freiwilliger Basis vor Einschaltung des MD einen Falldialog durchzuführen. Der Falldialog ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist (d.h. 6 Monate nach Zugang der zahlungsbegründenden Unterlagen) abzuschließen. Die Frist kann einvernehmlich verlängert werden.

- **Frist zur Beauftragung des MD (§ 6 PrüfvV 2022)**

Bei einer Beauftragung des MD nach Durchführung eines Falldialogs gilt grundsätzlich eine Frist von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens.

Erfolgt die Beauftragung ohne Falldialog (sog. Direktbeauftragung), muss diese innerhalb der 4-Monats-Frist des § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V erfolgen.

- **Unterlagenübermittlung an den MD**

Bei einer Prüfung durch den MD im schriftlichen Verfahren muss das Krankenhaus die vom MD konkret benannten Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MD übermitteln.

Die Konsequenzen fehlender bzw. unvollständiger Unterlagenübermittlung wurden durch die Schiedsstelle – abweichend zu § 7 Abs. 2 Satz 6 und 9 PrüfvV a.F. – neu geregelt:

- Bei unvollständiger Übermittlung von Unterlagen erfolgt nicht mehr eine Kürzung auf den strittigen Betrag, sondern eine Begutachtung durch den MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen (§ 7 Abs. 2 Satz 9 PrüfvV 2022).
- Für den Fall, dass gar keine Unterlagen an den MD innerhalb der Frist übermittelt werden, gilt der Fall als erörtert und das Krankenhaus ist mit etwaigen Einwendungen und Tatsachenvortrag ausgeschlossen (§ 7 Abs. 2 Satz 10 PrüfvV 2022)
- Nicht fristgerecht vorgelegte Unterlagen finden im weiteren Erörterungsverfahren (dazu sogleich) keine Berücksichtigung.

- **Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV 2022)**

Innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre leistungsrechtliche Entscheidung mitzuteilen. Nur wenn die Begutachtung von der Abrechnung der Leistung durch den Leistungserbringer abweicht, muss das MD-Gutachten an das Krankenhaus übermittelt werden. Ein Fristversäumnis führt dazu, dass das Verfahren als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert gilt.

- **Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung (§§ 9, 10 PrüfvV 2022)**

Ein Erörterungsverfahren (EV) wird nur dann durchgeführt, wenn das Krankenhaus innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung der Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse erklärt, dass das Krankenhaus mit der Entscheidung nicht einverstanden ist. Folge einer Fristversäumnis ist, dass die Entscheidung der Krankenkasse als nicht bestritten gilt.

Die Krankenkasse hat zwei Möglichkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens: Sie kann sich der Begründung des Krankenhauses entweder anschließen oder dies ablehnen. Spätestens mit der Mitteilung über die Ablehnung wird das EV eingeleitet. Das EV ist binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen und kann mündlich oder schriftlich durchgeführt werden.

Nach § 9 Abs. 6 Satz 1 PrüfvV 2022 sind Grundlage des EV sämtliche erforderliche Daten des Streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. Es können im Rahmen des EV auch noch Unterlagen / Einwendungen / Argumente vorgetragen werden, die nicht Gegenstand des MD-Prüfverfahrens waren, es sei denn, die jeweilige Partei hat in Bezug auf den eingebrachten Sachvortrag Mitwirkungspflichten verletzt. Unterlagen, die vom MD konkret angefordert und vom KH zu spät übermittelt worden sind, bleiben also ohne Berücksichtigung.

Im Rahmen des EV gilt es, eine weitere Ausschlussfrist zu beachten. Die Parteien des Erörterungsverfahrens stellen sicher, dass für die Durchführung des

Erörterungsverfahrens erforderliche Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung gemäß § 9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV 2022 der anderen Partei vorliegen (§ 9 Abs. 6 Satz 2 PrüfvV 2022). Einwendungen, Daten und Unterlagen, die nicht bis zum Ablauf dieser Ausschlussfrist der anderen Partei vorliegen, werden nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei Gegenstand des EV (§ 9 Abs. 6 Satz 4 PrüfvV 2022). Nur ausnahmsweise darf eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen werden, wenn das Fristversäumnis weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit beruht und die versäumte Handlung unverzüglich nachgeholt wird (§ 9 Abs. 7 PrüfvV 2022).

Beachte: Ab dem 01.01.2022 ist anzuraten, innerhalb der 4-Wochen-Frist genau zu prüfen, ob und welche Argumente zur Abrechnung des streitigen Falles geltend gemacht werden können und welche Unterlagen eingereicht werden müssen, um eine nachteilige Präklusionswirkung zu verhindern. Schon zu diesem Zeitpunkt ist deshalb in Erwägung zu ziehen, ggf. rechtliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

- **Rechnungskorrektur (§ 11 PrüfvV 2022)**

Eine Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus ist nur in eng umgrenzten Fällen zulässig, die in § 11 Abs. 1 und Abs. 2 PrüfvV 2022 abschließend genannt werden.

Beachte: Damit wird die bisherige Möglichkeit zur Rechnungskorrektur stark beschnitten, weshalb anzuraten ist, schon bei der Erstellung der Abrechnung genau die Richtigkeit der Kodierung zu überprüfen.

- **Aufrechnungsmöglichkeiten (§ 11 Abs. 4 PrüfvV 2022)**

Die Krankenkasse kann lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen.

Nicole Jesche/Dr. Christian Reuther