



Dachverband

KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG

Warum wir die Krankenhausabrechnungsprüfung im Einzelfall weiterhin brauchen

vom 12.04.2024

Abrechnungsprüfung im Einzelfall garantiert Wirtschaftlichkeit und Qualität

Ein solidarisches und beitragsfinanziertes Gesundheitssystem lebt vom verantwortungsvollen Handeln aller Beteiligten. Leistungen zu erbringen, abzurechnen und zu prüfen, ist in allen Ausgabenbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eng miteinander verknüpft und an das Gebot der Wirtschaftlichkeit gebunden. Es soll nicht notwendige oder auch qualitativ minderwertige Leistungen verhindern und einen angemessenen Ressourceneinsatz garantieren. Versicherte, Krankenhäuser und Krankenkassen sind daran gebunden. Nur Leistungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, sind durch die GKV zu vergüten. Dabei müssen die Leistungen zielgenau an den Bedarf des Patienten im Einzelfall ausgerichtet sein. Hier setzt die Einzelfallprüfung der Krankenhausabrechnung an. Sie ist die einzige Möglichkeit der Krankenkassen, im Sinne des einzelnen Versicherten zu prüfen, ob Krankenhäuser nur medizinisch notwendige Leistungen erbracht, diese nachvollziehbar dokumentiert und korrekt abgerechnet haben. Die Hoheit über die leistungsrechtliche Entscheidung im Einzelfall liegt bei den Kostenträgern und muss dort auch immer bleiben.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall sorgt für einen verantwortungsvollen Umgang mit Beitragsgeldern

Die Krankenkassen wenden jährlich inzwischen mehr als 90 Mrd. Euro - etwa ein Drittel aller GKV-Ausgaben - für Krankenhausleistungen auf, finanziert von den Versicherten und deren Arbeitgebern. Dabei haben die Beitragszahlenden Anspruch auf einen verantwortlichen, wirtschaftlichen und effizienten Einsatz von Beitragsgeldern - auch bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen.

Die Vergütung von Krankenhausleistungen darf daher zukünftig kein beliebiger, unbeachteter und durchlaufender Posten werden, sondern bedarf weiterhin einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung. Ohne Plausibilisierung der Abrechnungen der Krankenhäuser werden die Ausgaben im stationären Bereich weiter ansteigen. Zuerst, weil ganz konkrete Leistungen nicht korrekt vergütet würden. Perspektivisch wird die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser durch den fehlenden Kontrollmechanismus unabsichtlich oder absichtlich sinken. Ausgabensteigerungen, und demzufolge Beitragssatzsteigerungen zu Lasten der Versicherten sind die direkte Folge.

Die Betriebskrankenkassen verstehen die Krankenhausabrechnungsprüfung im Einzelfall daher als ein grundsätzliches Erfordernis, das es zwar zu vereinfachen, aber auf jeden Fall zu erhalten gilt.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall leistet mehr, als es eine Stichprobenprüfung vermag

Eine Stichprobenprüfung, wie sie mit dem Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) geplant ist, wird den zahlreichen Ansprüchen an eine Abrechnungsprüfung nicht gerecht:

Einzelfallprüfungen tragen maßgeblich zu einer hohen Datenqualität bei!

Indem beanstandete Rechnungen nach sachlich-rechnerischer Prüfung durch die Krankenkassen und medizinisch-inhaltlicher Prüfung durch die Medizinischen Dienste im Einzelfall korrigiert werden, wird die Datenqualität im Einzelfall sichergestellt. Gleichzeitig setzt ein funktionierender Prüfmechanismus einen generellen Anreiz für eine hohe Datenqualität bei den Krankenhäusern.

Eine gute Qualität von Dokumentation, Kodierung und Abrechnung ist unverzichtbar für die Kalkulation der Fallpauschalen und (Weiter-)Entwicklung der Entgeltsysteme, wie sie alljährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgenommen wird.

Ebenso werden korrekte Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für Forschungszwecke gebraucht, z. B. für durch den G-BA geförderte Innovationsfondsprojekte. Aber auch zahlreiche Evaluationsaufträge an die gemeinsame Selbstverwaltung basieren darauf. Zuletzt braucht es einen korrekten und umfassenden Abrechnungsdatensatz, um zu wissen, was in der Patientenversorgung in jedem einzelnen Krankenhaus wirklich passiert.

Eine Stichprobenprüfung kann dies nicht leisten, denn wenn über eine wie auch immer ausgestaltete Hochrechnung lediglich ein allgemeiner monetärer Ausgleich erfolgt, werden die nicht korrekten Rechnung weder vollständig identifiziert, noch die Falldaten im Einzelfall oder in der Summe korrigiert.

Einzelfallprüfungen sorgen für die gerechte Berechnung von Vorhaldebudgets!

Im Entwurf des KHVVG ist vorgesehen, dass die abgerechneten Fälle aus dem Vorjahr als Grundlage für die Ermittlung der Vorhaldebudgets dienen sollen. Auch dafür muss die Datengrundlage umfassend und korrekt sein. Nicht korrekte Abrechnungen hätten die Folge, dass zur Auszahlung kommende Vorhaltevolumina im Folgejahr nicht richtig berechnet und an die Krankenhäuser verteilt werden können. Dies setzt Fehlanreize, um als Krankenhaus durch angepasste Kodierung das eigene Vorhaldebudget zu optimieren. Dies kann und muss durch die Rechnungsprüfung unterbunden werden – im Sinne eines gerechten Systems!

Einzelfallprüfungen tragen zu einem korrekten Risikostrukturausgleich bei!

Korrekt kodierte und abgerechnete Diagnosen bilden die Grundlage für die Meldungen durch die Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich. Dieser bestimmt die Mittelverteilung des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Würden Rechnungen im Einzelfall nicht geprüft und damit auch nicht korrigiert, führen fehlende oder zu Unrecht übermittelte Diagnosen zu einer verzerrten Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich und im Risikopool.

Einzelfallprüfungen sorgen für eine konsequente Umsetzung der Ambulantisierung!

Nach wie vor wird in Deutschland im internationalen Vergleich zu viel vollstationär und zu wenig ambulant operiert und behandelt. Die vom Gesetzgeber jetzt forcierte Ambulantisierung ist deshalb der richtige Weg. Lässt der Gesetzgeber jedoch nur noch Stichprobenprüfungen zu und schränkt damit auch die Fehlbelegungsprüfungen ein, so werden die Krankenhäuser weiterhin zugunsten der stationären Erlöse die ambulante Leistungserbringung umgehen, eine „Glaskugel“ braucht es für dieses Szenario nicht!

Abrechnungsprüfung im Einzelfall etabliert – Stichprobenprüfungen schaffen neue Komplexität und Anforderungen, insbesondere beim Medizinischen Dienst

Auch wenn der Gesetzgeber im Entwurf des KHVVG fordert, dass bei einer Stichprobenprüfung eine so hohe Zielgenauigkeit wie im jetzigen Prüfsystem erreicht werden soll, ist es völlig unklar, wie dies überhaupt gelingen soll. Ebenfalls unklar ist, wie die MD die in der Krankenhausreform für sie vorgesehenen Aufgaben ohne einen massiven Aufbau an Personal stemmen sollen, denn vorgesehen sind neben der Durchführung von Stichprobenprüfungen auch Prüfungen der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen und Qualitätskriterien. Das Ziel kann nicht sein, noch weiter Personal aus der Patientenversorgung abzuziehen und beim MD einzusetzen.

Klar ist, die Krankenkassen haben das Know-How, was beim MD für diese Aufgabe in der Form nicht vorhanden ist. Sie verfügen über lang erprobte, weiterentwickelte und gute Instrumente, um besonders auffällige Rechnungen zu identifizieren. Für eine Stichprobenprüfung müssten dagegen ganz neue Instrumente und Strukturen mit hohem Aufwand beim MD geschaffen und implementiert werden.

Es ist vorhersehbar, dass Stichprobenprüfungen nach dem KHVVG – wie auch immer das Konzept dafür aussehen wird – zu zusätzlicher Komplexität, Unklarheiten, neuen Streitfeldern und neuen Fehlanreizen führt. Eine bessere Akzeptanz der Prüfergebnisse nach Stichprobenprüfungen durch die Krankenhäuser ist kaum zu erwarten. Im Gegenteil, einzelne Fälle der Stichprobe hätten zukünftig eine enorme finanzielle Bedeutung, sodass zahlreiche gerichtliche Überprüfungen absehbar sind.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall heißt auch nur Prüfung von wenigen Einzelfällen

Die Krankenkassen geben bei Weitem nicht alle auffälligen Rechnungen zur Prüfung an den Medizinischen Dienst. Dafür sorgt nicht nur die mit dem MDK-Reformgesetz ab 2020 eingeführte Prüfquote, sondern auch das Augenmaß der Krankenkassen. Im Jahr 2023 lag nämlich die tatsächlich realisierte Prüfquote im Durchschnitt bei rund 8 Prozent¹. Das heißt ca. 8 von 100 Abrechnungsfälle werden tatsächlich von den Medizinischen Diensten in Abstimmung mit den Krankenkassen einer Prüfung unterzogen. Eine Prüfverfahrensvereinbarung regelt dabei einheitlich Prozess, Fristen und Aufgaben der Beteiligten. Die dafür benötigten elektronischen Meldewege sind eingerichtet

Abrechnungsprüfung im Einzelfall - vereinfachen ja, abschaffen nein!

Das MDK-Reformgesetz wirkt: Die Abrechnungsqualität steigt langsam aber stetig, die Anzahl der Sozialgerichtsverfahren sinken fortlaufend und personelle Ressourcen werden reduziert. Dennoch sehen die Betriebskrankenkassen folgende Potentiale zur Verbesserung der Zusammenarbeit und zur Vereinfachung des Prüfverfahrens:

- Komplexes Prüfquotensystem durch einheitliche Prüfquote ersetzen.
- Sanktionszahlungen für Krankenhäuser und Krankenkassen gleichzeitig abschaffen.
- Dialogverfahren auf Augenhöhe zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor Prüfung durch den Medizinischen Dienst einführen.

Damit kann auf dem bisher Erreichten aufgebaut werden und zwar durch einfach umsetzbare und praxisnahe Weiterentwicklungen der Regelungen aus dem MDK-Reformgesetz und nicht durch ein neues Experiment „Stichprobenprüfung“.

¹ [Statistische Auswertungen nach § 275c Abs. 4 SGB V, Quartale I-IV 2023.](#)



HABEN SIE FRAGEN? WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt

Stephanie Bosch
Politik und Kommunikation
TEL: +49 30 2700 406 - 300
FAX: +49 30 2700 406 - 222
Mail: Stephanie.Bosch@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de