



Spitzenverband



## **Anreize für die Krankenhausabrechnung - einfach korrekt abrechnen!**

Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes  
zur Krankenhausabrechnungsprüfung



### **Impressum**

Herausgeber:  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin

#### Verantwortlich:

Abteilung Krankenhäuser – Das Argumentationspapier wurde in Kooperation mit der AG Abrechnungsprüfung der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung von Krankenkassen, Verbänden und Abrechnungszentren erstellt.

#### Gestaltung:

BBGK Berliner Botschaft  
Gesellschaft für Kommunikation mbH

#### Fotonachweis:

Titel links: Rido/AdobeStock, Titel rechts: ArLawKa/AdobeStock

Stand: 26. April 2024

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

# **Anreize für die Krankenhausabrechnung - einfach korrekt abrechnen!**

Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes  
zur Krankenhausabrechnungsprüfung



# Inhalt

<b>Fehlentwicklungen korrigieren</b> .....	<b>6</b>
<b>Forderungen: Effiziente Einzelfallprüfungen</b> .....	<b>7</b>
1. Einheitliche Quotierung der Abrechnungsprüfung .....	7
2. Kein neues Experiment in Form der Stichprobenprüfung .....	7
3. Das Vorverfahren stärken .....	7
4. Einheitliche Sanktionierung .....	7
5. Umgang mit der Vorhaltefinanzierung .....	8
Fazit: Weniger Aufwand für alle Beteiligten .....	8
<b>Anhang - Status quo Einzelfallprüfung</b> .....	<b>9</b>
Prüfverfahren .....	9
Abrechnungsqualität und Prüfquoten .....	10
Vorverfahren .....	11
Sanktionen für falsche Abrechnungen .....	12

# Fehlentwicklungen korrigieren

## **Korrekte Abrechnungen sind ein Muss für Beitragssatzstabilität**

Bei dem Ausgabevolumen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von über 90 Milliarden Euro<sup>1</sup> für Krankenhausleistungen wirken sich Vergütung, Abrechnung und Prüfung auf die Verwendung von Beitragsmitteln aus und berühren zugleich auch die Verteilungsgerechtigkeit zwischen Krankenhäusern. Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen ist kein Selbstzweck, sondern notwendiger Bestandteil des Finanzierungssystems und Ausdruck des übergeordneten, zwingenden Wirtschaftlichkeitsgebotes. Nur mit einer korrekten Datengrundlage ist die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung realisierbar.

## **Prüfverbote und Sanktionsfreiheit sind der falsche Weg**

Man stelle sich vor, Rechnungen für die Errichtung von Wohnhäusern wären innerhalb von fünf Tagen zu bezahlen und es dürften von einhundert Rechnungen nur zehn geprüft werden. Waren von diesen zehn Rechnungen vier falsch, muss der Unternehmer lediglich die überhöhten Beträge aus diesen Rechnungen zurückzahlen. Für die sechs richtigen Rechnungen bezahlt der Kunde eine Strafbüße an den Unternehmer. Erst wenn mehr als fünf Rechnungen nicht in Ordnung waren, muss der Unternehmer neben der Rückzahlung auch eine Strafbüße zahlen. Unvorstellbar? Für die GKV ist das bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen Realität – ein absurdes Alleinstellungsmerkmal!

## **Fehlanreize und unnötigen Prüfaufwand effizient vermeiden**

Das derzeit anzuwendende quartalsbezogene Prüfquotensystem erzeugt einen überhöhten Ressourcenverbrauch. Quartalsbezüge und gestaffelte Quoten schmälern die an sich effizienten Einzelfallprüfungen. Bereits mit wenigen Maßnahmen lassen sich Fehlanreize und unnötiger Prüfaufwand vermeiden. Der mit der Krankenhausreform intendierte Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen ist ein Irrweg. Leistungsbezogene Vergütung erfordert leistungsbezogene Prüfungen – auch in Zukunft. Es müssen klare Anreize für korrektes Abrechnen gesetzt werden.

## **Transparenz muss mehr sein als ein Slogan**

Entbürokratisierung, Behandlungsqualität und Transparenz zählen zu den Schlüsselbegriffen der geplanten Krankenhausreform. Dabei ist mangelnde Behandlungsqualität ebenso wenig tragbar wie fehlerhaftes Abrechnen oder die Vergütung von stationären Leistungen, die ambulant hätten erbracht werden können. Abrechnungsprüfung und Qualitätssicherung mit Bürokratie gleichzusetzen, ist ein Fehler. Krankenhäuser, die über die notwendigen Strukturen verfügen, Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert behandeln und die Leistung korrekt abrechnen, halten auch der Abrechnungsprüfung stand. Stattdessen schützt Intransparenz lediglich die unzulängliche Qualität und Abrechnungsfehler.

<sup>1</sup> Amtliche Statistiken KJ 1 2022: 88,11 Mrd. Euro, KV 45 1.-2. Quartal 2023: 46,12 Mrd. Euro.

# Forderungen: Effiziente Einzelfallprüfungen

## 1. Einheitliche Quotierung der Abrechnungsprüfung

Die gesetzliche Einschränkung von Prüfungen durch das MDK-Reformgesetz führte zu einer erheblichen Reduzierung geprüfter Fälle und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als eine Milliarde Euro. Die derzeitige Quotierung der Prüfungen schadet daher der Versichertengemeinschaft und hat Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes. Die künstliche quartalsweise Taktung mit quartalsbezogenen Datenmeldungen, Veröffentlichungen und dem Monitoring der gestuften Prüfquoten ist hochaufwendig. Sie ist abzuschaffen oder zumindest durch eine angemessene einheitliche Prüfquote zu ersetzen. Medizinische Dienste (MD), Krankenhäuser und Krankenkassen werden so von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet. Berichtspflichten werden bereinigt, Informationen ausschließlich jahresbezogen erhoben und transparent gemacht.

## 2. Kein neues Experiment in Form der Stichprobenprüfung

Es gilt, Einzelfallprüfungen wieder effizient werden zu lassen und sie nicht durch aufwendige, ineffiziente Regelungen, wie neu zu erfindende Stichprobenprüfungen, zu ersetzen. Obwohl die Evaluierung der Regelungen des MDK-Reformgesetzes im Jahr 2025 vorliegen wird, soll bereits jetzt ein neues Prüfinstrument per Gesetz vorgegeben werden. Die Stichprobenprüfung soll Aufwandsreduzierungen bewirken, die jedoch an keiner Stelle begründet werden. Weder ein Konzept noch eine Folgenabschätzung liegen vor. Aufwandsreduzierung entsteht nicht durch die Abkehr von der gezielten Prüfung auffälliger Rechnungen hin zu einem Mix korrekter und falscher Abrechnungen in einer Stichprobe. Die Wiedereinführung der wegen Wirkungslosigkeit und endloser Rechtsstreite im Jahr 2013 durch das Beitragsschuldengesetz abgeschafften und vorher weitgehend ungenutzten Stichprobenprüfung nach § 17c wird konsequent abgelehnt. Es stellt sich auch die Frage nach good governance, wenn

eine mit dem Argument der Entbürokratisierung abgeschaffte, nachweislich wirkungslose Regelung nach zehn Jahren wiedereingeführt werden soll. Die erforderliche Einhaltung des gesetzlich verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots durch die Krankenkassen scheint zudem ebenso wenig bedacht wie die zu erwartenden Auswirkungen auf die Krankenkassenfinanzen inklusive Risikostrukturausgleich.

## 3. Das Vorverfahren stärken

Vorverfahren ohne Einschaltung des MD vermeiden MD-Prüfungen. Der sogenannte „Fall-dialog“ ist zu stärken. Die Zahl der Vorverfahren und der Anteil der im Vorverfahren gelösten Fälle steigen. Im Jahr 2022 wurde zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in 85 % der Vorverfahren eine Einigung erzielt. Für eine weitere Stärkung des Vorverfahrens bedarf es neuer Impulse. So sollte die Vorlage der medizinischen Fallunterlagen bereits zu diesem frühen Zeitpunkt ermöglicht werden. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, sinkt der Prüfaufwand. Nur komplexere Prüffälle bedürften noch der Einschaltung des MD.

## 4. Einheitliche Sanktionierung

Die Sanktionierung fehlerhafter Abrechnungen ist notwendig und muss einheitlich für jede falsche Rechnung gesetzlich vorgegeben werden. Durch eine einheitliche Sanktion hat die Qualität der Abrechnung direkte Konsequenzen. Wer viel falsch abrechnet, zahlt auch viel Strafe. Korrekt abrechnende Krankenhäuser zahlen nur wenig bzw. keine Strafe. Die tatsächliche Sanktionshöhe liegt gemäß der Jahresstatistik<sup>2</sup> im Durchschnitt bei ca. 400 Euro. Hingegen wird die Prüfung einer auffälligen, aber unbeanstandeten Rechnung derzeit durch die sogenannte „Aufwandspauschale“ bestraft. Die Aufwandspauschale ist ersatzlos zu streichen, da bereits durch die Quotierung ungezielte und übermäßige Prüfungen vermieden werden.

## 5. Umgang mit der Vorhaltefinanzierung

Mit der Krankenhausreform soll die Aufteilung der Finanzierung in einen reduzierten DRG-Anteil und die Vorhaltefinanzierung erfolgen. Ergebnisse aus MD-Prüfungen müssen weiter umgesetzt werden. Die Prüfergebnisse müssen sich auf alle, auch auf die fallzahlunabhängigen Bestandteile der Vergütung auswirken. Ist Ambulantisierung gewollt, dürfen beispielsweise Prüfungen zu primärer und sekundärer Fehlbelegung nicht abgeschwächt werden. Nachweisliche Fehlbelegungen müssen auch zu einer Reduzierung der fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung führen.

## Fazit: Weniger Aufwand für alle Beteiligten

Das komplexe Regelungsgefüge muss reduziert werden. Wenige, aber effiziente Regelungen reichen aus. Einzelfallprüfungen sind ein unverzichtbares Prüfinstrument. Mit der Streichung des Prüfquotensystems, einem verbesserten Vorverfahren und einer einheitlichen Sanktionierung fehlerhafter Abrechnungen wird korrekte Abrechnung zur besten Option eines Krankenhauses. Die geforderten Änderungen bewirken deutliche Aufwandsreduzierungen bei allen Beteiligten.

Tabelle 1: Aufwandsreduzierung je Änderungsvorschlag

Geforderte Änderungen	Reduzierung von Aufwand bei				
	Medizinischer Dienst	Krankenkasse	Krankenhaus	GKV-Spitzenverband	Sozialgericht
einheitliche Prüfquote	✓	✓	✓	✓	✓
kein Quartalsbezug	✓	✓	✓	✓	✓
keine Festlegung Quartalsstatistik	✓	✓	✓	✓	✓
einheitliche Sanktion		✓	✓	✓	✓
keine Aufwandspauschale		✓	✓		✓
Vorverfahren mit medizinischer Fallinformation	✓	✓	✓		✓



# Anhang - Status quo Einzelfallprüfung

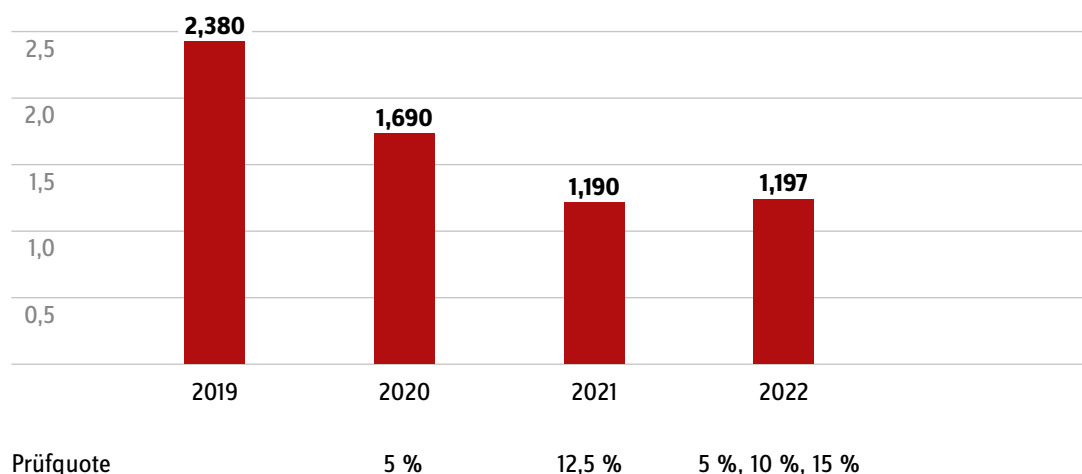
## Prüfverfahren

Einzelfallprüfungen sind unverzichtbares Instrument der Abrechnungsprüfung. Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass sich beispielsweise Stichprobenprüfungen als unzulänglich sowohl im Ansatz als auch in der konkreten Ausgestaltung erweisen. Mit der Einführung von Prüfquoten wurden die Einzelfallprüfungen unnötig verkompliziert. Krankenkassen haben auch ohne Prüfquoten zielgerichtet korrekt abrechnende Krankenhäuser weniger und gehäuft falsch abrechnende Krankenhäuser mehr geprüft (vergleiche Argumentationspapier vom 16.08.2011). Einzelfallprüfungen gewährleisteten stets auch den Rückfluss aus überhöhten Abrechnungen an die Versichertengemeinschaft. Seit dem Jahr 2020 begrenzen Prüfquoten die Einzelfallprüfungen, mit denen Krankenkassen den MD beauftragen können. Eine erhebliche Reduzierung

der Prüfungen ist die Folge. Dies spiegelt sich in der Halbierung der Erstattungsbeträge wider, die nach fehlerhafter Abrechnung von Krankenhäusern an die Krankenkassen fließen müssen (vgl. Abbildung 1).

Beträge aus überhöhten bzw. falsch gestellten Abrechnungen verbleiben ungeprüft bei den Krankenhäusern, wenn die Krankenkassen keine weitere MD-Prüfung mehr veranlassen dürfen. Schon bei einer einzigen Krankenkasse mit mehr als 500.000 Versicherten und ca. 125.000 DRG-Fällen belief sich infolge 6.700 nicht prüfbarer Fälle für das Jahr 2022 der Schaden auf etwa sechs Millionen Euro.<sup>3</sup> Für private Krankenversicherungen gelten im Übrigen keine Prüfquoten, es können alle Rechnungen eingehend geprüft werden.

Abb. 1 Erstattungsbeträge nach MD-Prüfungen von Krankenhäusern an Krankenkassen in Mrd. Euro



Anmerkung: Die Erstattungssumme im Jahr 2020 ist infolge nachlaufender Prüfergebnisse aus 2019 noch relativ hoch. Die ab 2020 geltenden Prüfquoten schlagen sich monetär erst zeitversetzt nieder.

Eigene Berechnung, Quelle: Jahresstatistik 2022 gemäß § 17c Abs. 6 KHG

<sup>3</sup> Berechnung mit 50 %-Erfolgsquote und durchschnittlichem Differenzbetrag lt. Jahresstatistik 2022.

### Abrechnungsqualität und Prüfquoten

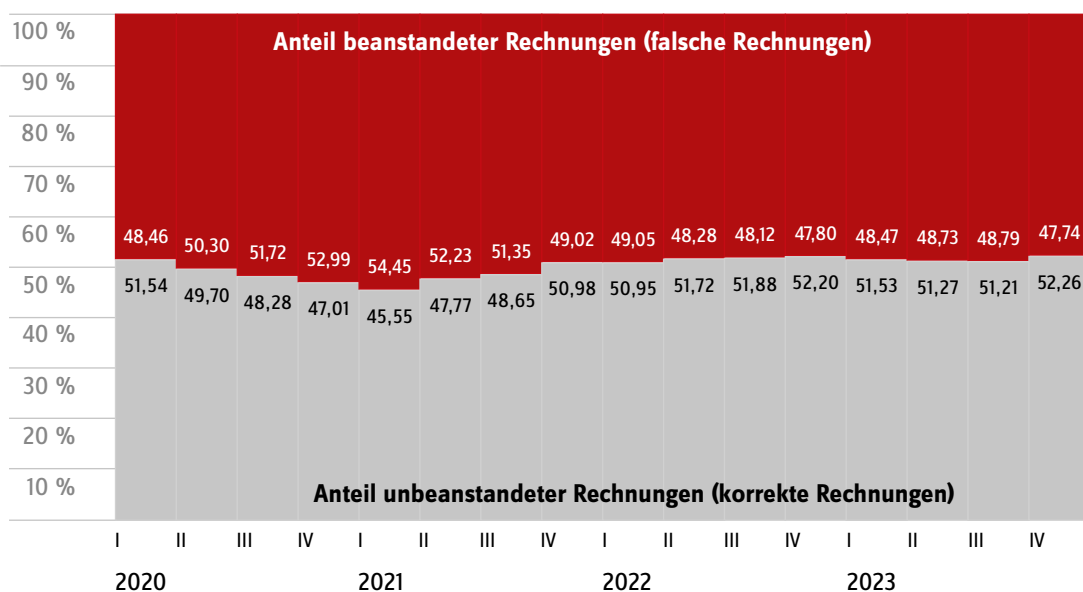
Für die Einstufung von Krankenhäusern in zulässige Prüfquoten von 5 %, 10 % oder 15 % ist ihr Anteil korrekter Abrechnungen nach erfolgter MD-Prüfung ausschlaggebend. Gegenüber dem Ausgangszustand im ersten Quartal 2020 kann die Entwicklung nicht als Durchbruch im Sinne korrekter Abrechnung bewertet werden. Das Prüfquotensystem verfehlt die beabsichtigte Wirkung. Allein aus der zeitweisen Einstufung von Krankenhäusern in eine niedrige Prüfquote schon eine positive Entwicklung abzuleiten, trägt in der Gesamtschau nicht.

Potenziell viermal jährlich unterschiedliche – auf das einzelne Krankenhaus bezogene – Prüfquoten mögen „Prüfgerechtigkeit“ suggerieren, führen jedoch bislang zu keinem besseren Ergebnis als vor dem Jahr 2020. Bundesweit betrachtet lag der Anteil korrekter Abrechnungen zu Beginn der Quotierung von MD-Prüfungen bei 51,54%, im vierten Quartal 2023 bei 52,26 %. Inwieweit sich der insgesamt zu verzeichnende leichte Anstieg

verstetigt, bleibt abzuwarten. Vorerst gilt auch im vierten Jahr der Prüfquotierung, dass nahezu jede zweite MD-geprüfte Abrechnung beanstandet wird (vgl. Abbildung 2).

Die Prüfquotensystematik verleitet zu der Annahme, durch komplexe und aufwendige Regelungen sei eine Situationsverbesserung entstanden. Mag sich für das einzelne Krankenhaus eine positive Entwicklung abbilden, die Entwicklung insgesamt ist ernüchternd. Für dieses wenig ermutigende Ergebnis musste unverhältnismäßig hoher Aufwand betrieben werden: Um die Datengrundlage für die Einstufung der Krankenhäuser in Prüfquoten zu gewährleisten, müssen Krankenkassen für jedes Krankenhaus und für jedes Quartal Datenlieferungen tätigen. Krankenhausbezogene Prüfquoten müssen veröffentlicht und durch die MD überwacht werden. Auch Krankenhäuser müssen mit den wechselnden Quoten und Aufschlägen umgehen, können diese überprüfen und Rechtsmittel einlegen.

Abb. 2 Bundesweiter durchschnittlicher Anteil falscher und korrekter Rechnungen in Prozent, per Quartal



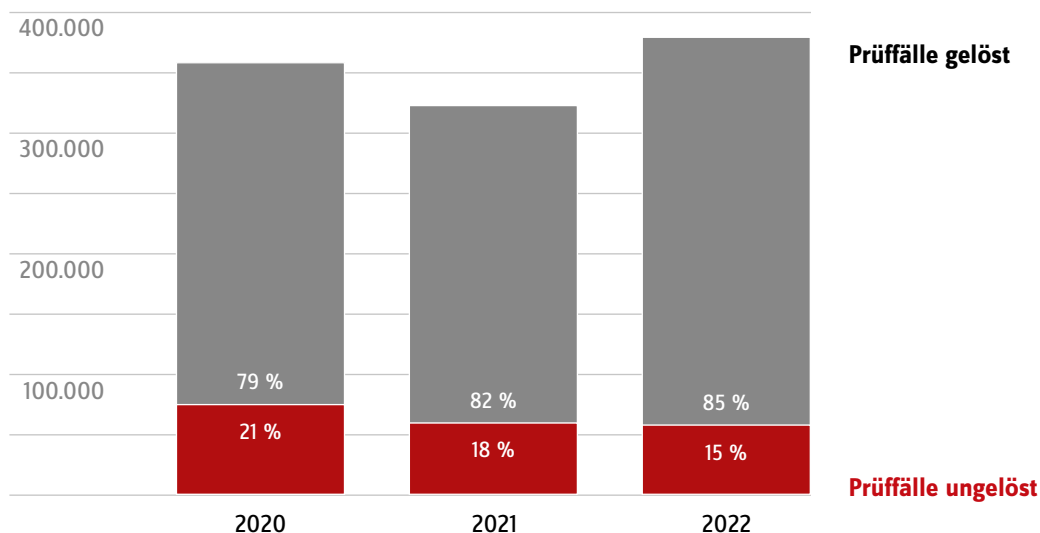
### Vorverfahren

Mit Einführung der Prüfquote sank im Vergleich zu 2019 nicht nur die Zahl der MD-Prüfungen, sondern auch die Zahl der Vorverfahren zunächst abrupt. Mittlerweile lässt sich wieder eine Zunahme der Vorverfahren sowie des Anteils der im Vorverfahren gelösten Fälle feststellen (vgl. Abbildung 3) von 79 % (2020) über 82 % (2021) auf 85 % (2022).

Die gesetzliche Regelung sieht die Übermittlung medizinischer Unterlagen des Krankenhauses durch den MD an die Krankenkasse für die einzelfallbezogene Erörterung vor. Allerdings

erfolgt dies erst nach dem Abschluss der MD-Prüfung, also ca. neun Monate später und nach entsprechend hohem Ressourcenverbrauch. Derzeit ist es Krankenkassen nicht möglich, schon für Fallbesprechungen im Vorverfahren eine aussagefähige Datengrundlage von den Krankenhäusern zu erhalten. Wer für alle Beteiligten aufwandsarme Prüfungen und korrekte Rechnungen will, kann nicht verwehren, zu einem frühen Verfahrenszeitpunkt mit dem notwendigen Kenntnisstand kostensparend Prüffälle zu klären. Entlastet werden zugleich die MD sowie die Gerichtsbarkeit.

Abb. 3 Vorverfahren - gelöste und ungelöste Fälle



Eigene Berechnung, Quelle: Jahresstatistik 2022 gemäß § 17c Abs. 6 KHG

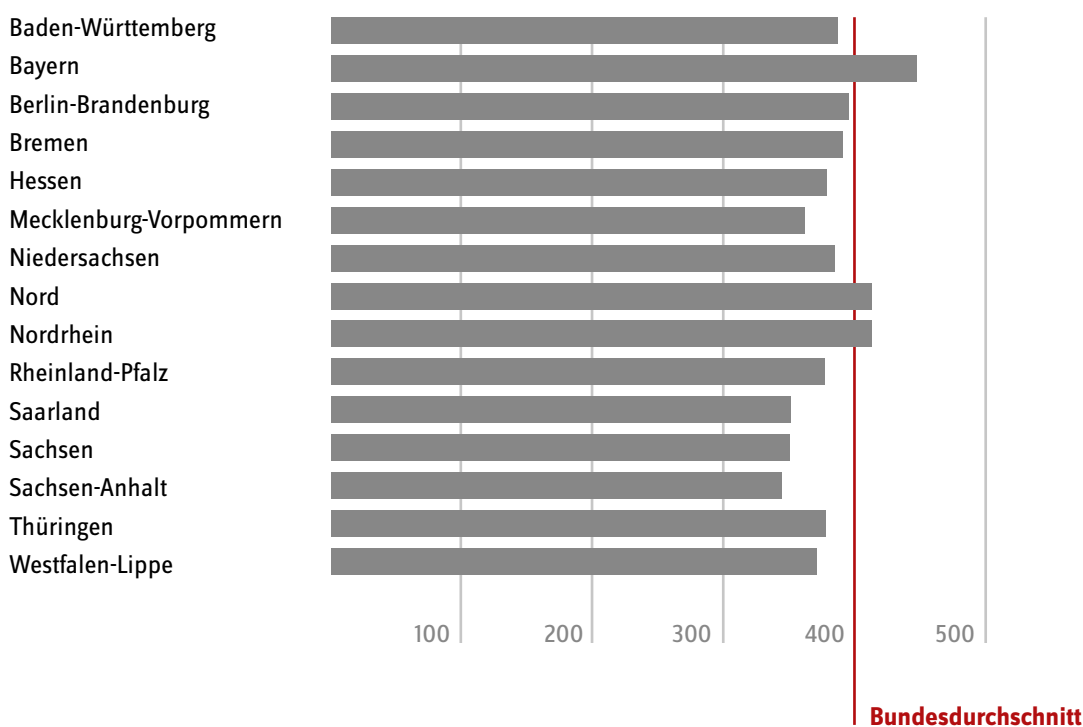
### Sanktionen für falsche Abrechnungen

Nach Einführung der Aufwandspauschale im Jahr 2007 zulasten der Krankenkassen waren erstmals per Gesetz ab dem Jahr 2020 Sanktionen für falsche Abrechnungen von Krankenhäusern vorgesehen und ab dem Jahr 2022 tatsächlich anwendbar. Inzwischen muss jedoch konstatiert werden, dass die Anreizsetzung für korrekte Abrechnung noch unzureichend und eine Situationsverbesserung nicht ablesbar ist.<sup>4</sup> Durch den Aufwand zur Geltendmachung der Sanktion wird diese zudem regelrecht konterkariert (prozentuale Höhe abhängig von der Prüfquoteneinstufung, Mindest- und Maximal-Regelungen in Anknüpfung an den Differenzbetrag der Rechnung, eventuelle Betragsänderungen im Verfahrensverlauf). Krankenhäuser mit einem Anteil korrekter Rechnungen von mindestens 60 % bleiben zudem

sanktionsfrei, auch wenn falsche Rechnungen in MD-Prüfungen nachgewiesen wurden. Die Jahresstatistik 2022 zeigt für ca. 29.000 Sanktionsfälle einen durchschnittlichen Sanktionsbetrag von ca. 400 Euro (vgl. Abbildung 4). Für 2023 wird ein Nachholeffekt erwartet, denn die anfängliche Aufschlagserhebung als Verwaltungsakt in Papierform wurde erst spät per Gesetz in elektronischer Form zugelassen.

Aus den vorliegenden Erkenntnissen leitet sich ab, dass die differenzierte Sanktionierung keine verbesserte Anreizsetzung gegenüber einer einheitlichen Sanktionierung bewirkt. Und die Sanktionsfreiheit für Krankenhäuser mit einer Prüfquote von 5 % lässt falsche Abrechnung sogar als salonfähig erscheinen.

Abb. 4 Durchschnittliche Sanktionsbeträge 2022 in Euro



Eigene Berechnung, Quelle: Jahresstatistik 2022 gemäß § 17c Abs. 6 KHG

<sup>4</sup> So ging das Bundesverfassungsgericht (Beschluss vom 26.11.2018, Az: 1 BvR 318/17 u. a., dort Rn. 43) von einer „hohen Zahl von über 40 % fehlerhafter Abrechnungen“ der Krankenhäuser aus.



**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)