

Krankenhausabrechnungsprüfung - einfach erklärt

26. April 2024

Wirtschaftlichkeitsgebot schreibt effizienten Ressourceneinsatz vor

Ein solidarisches und beitragsfinanziertes Gesundheitssystem kann nur erhalten bleiben, wenn alle Beteiligten verantwortungsvoll handeln. 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 qualitativ minderwertige Leistungen verhindern und ausufernde Kosten vermeiden. Versicherte, Krankenhäuser und Krankenkassen sind daran gebunden. Nur Leistungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, sind durch die GKV zu vergüten. Hier setzt die Abrechnungsprüfung an. Sie ist die einzige Möglichkeit der Krankenkassen, im Sinne der Versicherten zu prüfen, ob Krankenhäuser nur medizinisch notwendige Leistungen erbringen und diese nachvollziehbar dokumentieren und abrechnen. Abrechnungen der Krankenhäuser stehen besonders im Fokus, da sie den größten Ausgabenbereich der GKV ausmachen. Die Prüfung hat daher eine hohe Bedeutung und Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes.

Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Rechnungen zu prüfen

Für Krankenkassen gilt bei der Abrechnungsprüfung ein klarer Rechtsrahmen. Sie unterliegen der Kontrolle des Bundesamtes für Soziale Sicherung, des Bundesrechnungshofes und der Länder. Hier handelt es sich um eine Verantwortungskette, die die wirtschaftliche Verwendung der Beiträge von Versicherten und Arbeitgebenden gewährleisten soll. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den gesetzlichen Auftrag zur Abrechnungsprüfung zu erfüllen und müssen in bestimmten Fällen sogar ein Gutachten des unabhängigen Medizinischen Dienstes (MD) einholen. Dies kann der Fall sein bei lang andauernden oder schweren Erkrankungen, aber auch bei Auffälligkeiten in der Abrechnung.

Beispielhafter Ablauf einer Abrechnungsprüfung

Eine Patientin bzw. ein Patient wird im Krankenhaus stationär behandelt. Das Krankenhaus rechnet für die erbrachte Leistung eine Fallpauschale bei der Krankenkasse ab. Die Krankenkasse überprüft die Abrechnung. Stellt sie dabei Auffälligkeiten fest, hat sie mehrere Optionen: Sie kann Kontakt zum Krankenhaus aufnehmen und versuchen, die Unklarheiten in einem „Falldialog“ zu klären. Gelingt dies nicht, beauftragt sie den MD. Sie kann diesen aber auch direkt mit einer Fallprüfung beauftragen. Mögliche Fragestellungen können sein, ob das Krankenhaus die richtigen Diagnosen und Prozeduren angegeben hat, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes notwendig war oder die Behandlung hätte ambulant erfolgen können. Der MD fordert die relevanten Fallunterlagen beim Krankenhaus an, prüft sie und erstellt ein Gutachten. Beanstandet der MD die Abrechnung, fordert die Krankenkasse die zu viel gezahlte Vergütung vom Krankenhaus zurück (Erstattungsbeiträge). Stellt der MD fest, dass die Rechnung des Krankenhauses doch richtig war, muss die Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro je Prüfung an das Krankenhaus zahlen.

MDK-Reformgesetz macht Abrechnungsprüfung aufwendiger und komplexer

Abrechnungsprüfung klingt zwar einfach, aber in der Praxis erweist sie sich als komplex und aufwendig. Die Komplexität ist mit dem MDK-Reformgesetz noch weiter gestiegen. Die Prüfungen durch den MD wurden ab dem Jahr 2020 durch die Einführung einer Prüfquote grundlegend verändert. Die Prüfrechte der Krankenkassen sind damit eingeschränkt. Seit dem Jahr 2022 gilt ein gestuftes System mit Prüfquoten von maximal 5 %, 10 % und 15 %. Die zulässige Prüfquote hängt in jedem Quartal davon ab, wie gut ein Krankenhaus im vorletzten Quartal abgerechnet hat, also von der Abrechnungsgüte des Krankenhauses. Hat ein Krankenhaus eine Abrechnungsgüte von mindestens 60 %, darf die Krankenkasse nur 5 % der Rechnungen prüfen lassen. Übersetzt heißt das: Bei einer Fehlerquote von bis zu 40 % gilt die Klinik als gut abrechnendes Krankenhaus und wird für fehlerhafte Abrechnungen gar nicht sanktioniert. Hat ein Krankenhaus eine Abrechnungsgüte unter 60 % oder sogar unter 40 %, darf die Krankenkasse mehr Rechnungen prüfen (10 % oder 15 %), und festgestellte falsche Abrechnungen werden sanktioniert.

Um die Abrechnungsgüte jedes Krankenhauses festzustellen, müssen alle Krankenkassen für jedes Quartal und jedes Krankenhaus Daten an den GKV-Spitzenverband übermitteln. Sie müssen sich dabei an genaue Festlegungen halten, damit die Daten

einheitlich erhoben und gemeldet werden. Diese Daten führt der GKV-Spitzenverband zusammen, wertet sie aus, ermittelt und veröffentlicht die zulässige quartalsbezogene Prüfquote für jedes Krankenhaus.

Intention der gesetzlichen Neuregelungen

Beabsichtigt war mit dem MDK-Reformgesetz, die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu stärken. So soll eine hohe Abrechnungsgüte zu weniger Prüfungen und weniger Aufwand für Krankenhaus, Krankenkasse und MD führen. Krankenhäuser sollen zu besserer Abrechnungsqualität motiviert werden. Ist die Abrechnungsgüte niedriger, erfolgen mehr MD-Prüfungen. Liegt sie unter 60 %, wird für fehlerhafte Rechnungen die Sanktion ausgelöst.

Klageverfahren zu Abrechnungsprüfungen sollen reduziert werden. Deshalb müssen sich Krankenhäuser und Krankenkassen vor einem Klageverfahren an einen Tisch setzen, um strittige Fälle doch noch zu klären. Dafür bekommt die Krankenkasse medizinische Unterlagen, die sonst nur der MD vom Krankenhaus erhält. Zu diesem Zeitpunkt begegnen sich Krankenhaus und Krankenkasse erstmals auf Augenhöhe. Ist trotz der Erörterung keine Lösung möglich, muss die Krankenkasse entscheiden, ob sie den zu viel gezahlten Betrag einklagt.

Auswirkung der Reform der Abrechnungsprüfung seit 2020

Die GKV fordert in ihrem aktuellen Argumentationspapier, Fehlentwicklungen zu korrigieren, damit die Krankenhausabrechnungsprüfung kurzfristig wieder vereinfacht wird. Die Komplexität des gestuften Prüfquotensystems ist nicht erforderlich, denn die Abrechnungsgüte hat sich bei bundesweiter Betrachtung nicht deutlich verbessert. Die Überprüfung der Abrechnungen ist jedoch unverzichtbar zum Schutz der Versicherten-gelder. Nachjustierungen der derzeitigen gesetzlichen Regelungen sind daher notwendig. Die Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen zu ersetzen, würde jedoch eine Vielzahl neuer Probleme aufwerfen und letztlich zu mehr Rechtsunsicherheit führen. Es ist Augenmaß gefordert, um gleichermaßen die Ziele korrekte Abrechnung und Aufwandsreduzierung zu erreichen. Bei unzureichend geprüften Abrechnungen gehen der Versichertengemeinschaft nicht nur Rückzahlungen aus überhöhten Abrechnungen verloren, sondern es wären noch mehr überhöhte Abrechnungen zu erwarten, und die korrekt abrechnenden Krankenhäuser würden benachteiligt.