

# Ringen um die Krankenhausabrechnungen

Von Hans-Jürgen Müller

Die Prüfung von Krankenhausrechnungen steht seit längerer Zeit auf der politischen Agenda. Nach Angaben der Krankenkassen war 2017 etwa jede zweite geprüfte Krankenhausabrechnung (56 %) fehlerhaft. Im Zuge des geplanten MDK-Reformgesetzes<sup>1</sup> soll es gesetzliche Änderungen bei den Prüfverfahren geben. Werden die Probleme damit gelöst?

In Folge fehlerhafter Krankenhausabrechnungen mussten die Kliniken 2017 etwa 2,8 Mrd. Euro an die Krankenkassen zurückzahlen. Aus Perspektive der Beitragszahler – d. h. der Versicherten und Arbeitgeber – würde dieser Betrag in der Versorgung fehlen. Der Bundesrechnungshof (BRH) unterstützt das Vorgehen der Kassen, kritisiert aber, dass diese den mit der Prüfung beauftragten Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) hierfür nicht die nötigen Ressourcen zur Verfügung stellten.<sup>2</sup> Dagegen beklagen Krankenhäuser und auch Politikvertreter die hohe Quote der Prüfungen, aktuell liegt diese bei 17,2 %. Die Krankenhäuser werfen den Kassen vor, durch übertriebene Prüfanforderungen ihre Finanzen sanieren zu wollen.

Richtig ist, dass die Prüfquote über die letzten Jahre stetig gestiegen ist und mehr personelle wie finanzielle Kapazitäten in den Kliniken, aber auch bei den Kassen und den Medizinischen Diensten bindet. Richtig ist aber auch, dass Krankenhausbehandlungen den größten Posten im Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darstellen und die Ausgaben steigen, zuletzt lagen sie bei 75,6 Mrd. Euro in 2017 (2018: 77,9 Mrd. Euro).<sup>3</sup>

Bei den Krankenhausabrechnungen ist eine Vielzahl von Regelungen und Anforderungen zu beachten. Das begünstigt die Fehleranfälligkeit von Abrechnungen. Bisher ist jedoch die Konsequenz einer fehlerhaften Abrechnung für die Krankenhäuser lediglich ein Ausgleich des (zu viel gezahlten) fehlerhaften Betrages. Es gibt keine Strafzahlungen. Auf der anderen Seite müssen Kassen für eine Prüfung der Rechnung, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, nach § 275 Abs. 1c SGB V eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenhäuser zahlen. Das ist widersinnig und setzt keinen Anreiz, das Abrechnungsverfahren zu verbessern.<sup>4</sup>

Die Krankenhäuser in Deutschland sind nicht nur Versorger, sondern auch Kostenmanager. Wie die Kassen stehen auch sie im Wettbewerb zueinander. Die Krankenkassen sind ihrerseits verpflichtet, den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu wahren. Nur Leistungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, ordnungsgemäß erbracht und abgerechnet wurden, sind zu vergüten. Ansonsten droht ein Aufsichtsverfahren. Das macht eine konsequente Überprüfung der Abrechnungen zwingend notwendig. Und je höher die festgestellte Fehlerquote ist, umso mehr muss man prüfen. Das bestätigte jetzt auch der BRH in seinem jüngsten Gutachten: »Solange die Korrekturquote trotz Ausweitung der Abrechnungsprüfung konstant bleibt oder sogar steigt, handeln die Krankenkassen wirtschaftlich, wenn sie weitere Prüfungen durchführen.«<sup>5</sup>

Dagegen sind die Krankenhäuser durch die fehlende Investitionskostenfinanzierung unter Druck, zusätzliche Eigenmittel zu erwirtschaften. Die Investitionsquote der Länder ist in den Keller gesunken und beträgt gerade noch 3 %.<sup>6</sup> Das heißt, die Länder zahlen im Schnitt nur noch 2,8 Mrd. Euro für die Investition in die Infrastruktur. Die gesetzlich geregelte »duale Finanzierung« (Bundesländer: Investitionskosten; Kassen: Betriebskosten) erweist sich als Schimäre. Da hilft auch die Beteuerung im aktuellen Koalitionsvertrag der Großen Koalition nichts, dass es bei der Finanzverantwortung der Länder bleibe.<sup>7</sup> Die Folge: Nach-Kodierung (nachträgliche Erhöhung des Rechnungsbetrages) und Up-Kodierung (möglichst hohe Kodierung innerhalb der Gegebenheit der diagnosebezogenen Fallgruppen/DRGs). Der Bundesrechnungshof attestiert: »Die Krankenhäuser schöpfen Interpretationsspielräume im System für erlösorientiertes Abrechnen konsequent aus. Die Aufwandspauschale der Krankenkassen verschafft ihnen dabei zusätzliche Einnahmen.«<sup>8</sup>

## Eingriffe des BMG tariieren das System nicht aus

Der Bundesrechnungshof (BRH) bescheinigte, dass die Ziele des zum 1. August 2013 in Kraft getretenen Beitragsschuldengesetzes nicht erreicht wurden.<sup>9</sup> Damals hatte die Politik die Abrechnungsprüfung reformiert. Die Änderungen waren darauf ausgerichtet, Konflikte zwischen den Vertragspartnern zu vermeiden, die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen, um auch gerichtliche Auseinandersetzungen zu verhindern und so Bürokratie abzubauen.

Sechs Jahre später lässt sich feststellen, dass sich seit damals nichts an der Grundproblematik verändert hat. Um die bestehenden Probleme dauerhaft zu lösen, müssen daher Ursachen und nicht Symptome in den Blick genommen werden. Dazu trägt der nun vorliegende Entwurf des

1 vgl. dazu auch Knut Lambertin: Geplantes MDK-Reformgesetz: Tiefgreifende Veränderungen der Medizinischen Dienste, S. 294 ff. in diesem Heft

2 vgl. BRH-Bericht über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, 1.6.2017, S. 14

3 vgl. BMG-Pressemitteilung Nr. 8 vom 7.3.2019

4 vgl. ebenda, S. 13

5 ebenda, S. 41

6 vgl. GKV-Spitzenverband: Faktenblatt: stationäre Versorgung, 27.05.2019, S. 5

7 vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode, 13. März 2018, Zeile 506/507; 4598/4599

8 Bundesrechnungshof, a. a. O., S. 41

9 vgl. ebenda, S. 40

Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein MDK-Reformgesetz aber nur bedingt bei.<sup>10</sup>

Das BMG versucht, Ungleichbehandlungen und offenkundige Problemursachen anzugehen, nur die Auswahl und der Einsatz der Instrumente ist nicht stimmig: So werden Strafzahlungen ermöglicht und Konsequenzen aus dem Fehlen von bestimmten Strukturbedingungen gezogen. Damit werden zwar erstmals Anreize für eine verbesserte Abrechnungsqualität gesetzt. Leider werden aber auch bereits zu Beginn die Prüfquoten künstlich, par ordre du muf-ti, abgesenkt: Im Jahr 2020 darf eine Kasse je Quartal nur noch bis zu 10 % der bei ihr eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses prüfen lassen. Ab 2021 soll es gestafelte Prüfquoten mit 5 %, 10 % und 15 % geben. Kliniken, die anteilig mehr korrekte Rechnungen stellen, sollen mit einer niedrigeren Prüfquote belohnt werden, die anderen müssen mit einer etwas höheren Prüfquote rechnen.<sup>11</sup>

Die Qualität der Abrechnung wird aber nicht dadurch verbessert, dass man weniger prüft. Abrechnungsfehler müssen feststellbar bleiben und Konsequenzen haben, vor allem bei gehäuften Fehlern. Künstlich verringerte Prüfquoten sind der falsche Weg.

10 Im MDK-Reformgesetz wird das Thema Krankenhausabrechnungen primär im Zusammenhang mit den Aufgaben des Schlichtungsausschusses thematisiert. Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz, 2. Mai 2019, § 18b SGB-V-Entwurf (E)

11 vgl. § 275c SGB V-E

12 vgl. BSG vom 19. 9. 2013, Az.: B 3 KR 31/12 R; in Rn. 11 heißt es: »Rechtsgrundlage für die Aufrechnung von Krankenkassen zur Erfüllung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser ist § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i. V. m. §§ 387 ff. BGB.«

13 vgl. dazu auch Knut Lambertin, a. a. O., S. 297 in diesem Heft

Auch ist es nicht nachvollziehbar, dass zukünftig ein Aufrechnungsverbot für die Krankenkassen gelten soll. Zum Beispiel beurteilte das Bundessozialgericht (BSG) das bewährte, unbürokratische Verfahren als rechtmäßig.<sup>12</sup> Nun soll es ohne Not einseitig abgeschafft werden. Damit liegt zukünftig, dass Prozess-Risiko vollständig bei den Krankenkassen. Eine Klageflut bei den Sozialgerichten ist vorprogrammiert. Das ist auch deshalb unverständlich, weil die Krankenkassen zukünftig an das Ergebnis der Prüfung des Medizinischen Dienstes gebunden sein sollen. Wieso gilt das dann nicht auch für die andere Seite, die Krankenhäuser?

Als Fazit bleibt: Es sind dringende Nachbesserungen am Referentenentwurf gefordert, sonst bleibt das Themenfeld strategieanfällig und konfliktbehaftet.<sup>13</sup> Rechnungsprüfungen sind ein genuines Recht in allen Bereichen, so auch im Sozialbereich. Falschabrechnungen sind kein Kavaliersdelikt. Das gilt auch dann, wenn selbstverständlich nicht alle Abrechnungsfehler einen systematischen Betrug darstellen. Einen »Persilschein« für die Krankenhäuser darf es nicht geben, ebenso wenig wie die Schaffung von prüffreien Räumen.

Eine auf lange Sicht zielführende Lösung der Problematik wäre die flächendeckende Einführung von technischen Prüfverfahren. Sie würde den Dokumentationsaufwand reduzieren und so zur Entbürokratisierung und mehr Transparenz beitragen. ■



**Hans-Jürgen Müller,**  
Vorstandsvorsitzender des IKK e. V.,  
Vorsitzender des Verwaltungsrats der IKK  
gesund plus und Gewerkschaftssekretär  
der IG BAU