

Krankenhausabrechnungen: Argumentationspapier der Krankenkassen benennt Probleme und zeigt Lösungen auf

Berlin, 02.05.2019: Gesetzliche Krankenkassen haben den Auftrag, Krankenhausabrechnungen zu prüfen. Wie notwendig das ist, zeigen aktuelle Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017: Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 Prozent) war fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Nimmt man die Perspektive der Versicherten ein, sind dies Beitragsgelder, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Etliche Krankenhäuser und einige Politiker beklagen dagegen gerne hohe Prüfquoten der Krankenkassen.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes beschränkt sich die Diskussion um aufwändige Prüfungen von Krankenhausabrechnungen bisher gerne auf Symptome. **„Wir wollen, dass alle Krankenhausleistungen gut und fair vergütet werden. Das bedeutet aber auch, dass wir kein Geld für falsche Krankenhausabrechnungen ausgeben. Zugleich sollte der bürokratische Aufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich sein“**, so Johann-Magnus v. Stackelberg, stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Der Verband schlägt daher konkrete Änderungen vor, um die Abrechnungsqualität zu erhöhen.

Ausmaß und Umfang der Prüfungen hängen eng mit der Rechnungsgüte zusammen. Je fehlerhafter eine Rechnung ist, desto mehr Aufwand entsteht – für Krankenhäuser und Kassen. **„Wenn jedoch Leistungen im Krankenhaus richtig erbracht, dokumentiert und korrekt abgerechnet werden, lässt sich die Rechnungsprüfung auf ein Minimum begrenzen“**, so v. Stackelberg weiter.

Bunte Mischung: Von Ungenauigkeiten bis zu systematischen Fehlern

Fehler und Ungenauigkeiten finden sich in allen Teilen der Krankenhausrechnungen. Das zeigen mehrjährige Erfahrungswerte der Krankenkassen: Die übermittelten Daten sind unvollständig oder werden nach Rechnungseingang vom Krankenhaus nachträglich korrigiert. Einige Auswertungen von Krankenkassen spre-

Pressekontakt:

Florian Lanz

Ann Marini

Claudia Widmaier

Janka Hegemeister

Tel.: 030 206288-4201

Fax: 030 206 288- 84201

presse@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin



chen sogar von einer nachträglichen Änderung der Rechnung durch die Krankenhäuser von bis zu zwölf Prozent.

Oft ist auch der Rechnungsbetrag falsch oder passt nicht zur tatsächlichen Versorgung. Dies ist z. B. der Fall, wenn 19 Metallspiralen zum Verschließen von Blutgefäßen laut Dokumentation implantiert, aber 23 abgerechnet werden und für das Krankenhaus so zu einer um ca. 1.000 Euro erhöhten Rechnung führt. Oder es wird eine stationäre Patientenversorgung von bis zu ca. 1.000 Euro von einem Krankenhaus abgerechnet, obwohl der Patient nicht aufgenommen, sondern nur in der Notaufnahme versorgt wurde. Ein besonders drastisches, da kostenintensives Beispiel ist die falsche Abrechnung einer minimalinvasiv implantierten Aortenklappe. Eine erste abgebrochene Operation wurde in der Rechnung fälschlicherweise als vollständig durchgeführt gelistet, was einen Kostenunterschied von ca. 24.000 Euro ausmachte.

„Will man das Rechnungsmanagement qualitativ verbessern, ist Veränderungswille nötig. Die Gesundheitspolitik ist ebenso gefragt wie Krankenhäuser und Krankenkassen. Es erfordert Mut, das Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern transparent zu machen und diejenigen zu sanktionieren, die falsch abrechnen“, so v. Stackelberg.

Vorschläge für korrekte Rechnungen – Abrechnungsgüte steigern

Um die Qualität der Krankenhausabrechnung zu steigern, schlägt der GKV-Spitzenverband daher in einem Argumentationspapier mehrere Maßnahmen vor:

1. Der GKV-Spitzenverband regt ein Modellverfahren an. Mit seiner Hilfe sollen Instrumente entwickelt werden, um zwischen falsch und korrekt abrechnenden Krankenhäusern klar zu unterscheiden. Zugleich soll im Rahmen des Modellverfahrens die tatsächliche Abrechnungsgüte anhand von Abstufungskategorien festgestellt werden. Basis dafür wären Daten und Erkenntnisse aus den Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen.
2. Es bedarf gesetzlicher Regelungen, um Falschabrechner zu sanktionieren. Bisher zieht eine fehlerhafte Rechnungsstellung keine Konsequenzen für das Krankenhaus nach sich.
3. Eine Rechnung muss verbindlich gestellt werden und darf nicht den Charakter einer Momentaufnahme der in der Patientenakte verfügbaren Informationen haben. Der richtige Zeitpunkt für Krankenhäuser eine Rech-

nung zu stellen, ist dann gegeben, wenn der Behandlungsfall abgeschlossen ist und die für die Abrechnung relevanten Aspekte dokumentiert sind. Heute kodieren Krankenhäuser teils beliebig oft ihre Rechnung nach – dies ist künftig auszuschließen.

4. Manche Leistungen im Krankenhaus werden anhand von sogenannten Komplexkodes abgerechnet. In ihnen sind bestimmte Strukturmerkmale enthalten, die das Krankenhaus erfüllen muss. Um den Prüfaufwand bei Komplexkodes zu reduzieren, schlägt der GKV-Spitzenverband eine gesetzliche Klarstellung vor: Das Überprüfen der Strukturmerkmale wie z. B. die Anzahl und die Qualifikation beim Personal soll vorab für das Krankenhaus geklärt werden und nicht zwingend bei jedem einzelnen zu überprüfenden Fall.

Das Argumentationspapier finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes.

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 109 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der rd. 72 Millionen Versicherten und Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber der Politik, gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Er ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.