

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

(Einzelplan 15)

5 Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen

(Kapitel 1501 Titel 636 06)

Zusammenfassung

Über Jahre kamen verschiedene Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Pflicht zur Prüfung der Krankenhausabrechnungen nicht nach. Sie hatten individuelle Vereinbarungen mit Krankenhäusern über pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe geschlossen und im Gegenzug auf Abrechnungsprüfungen verzichtet. Damit unterblieben auch die für bestimmte Fälle gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Der Bundesrechnungshof hält die Vereinbarungen für rechtswidrig. Sie ermöglichen es Krankenhäusern, sich von Prüfungen durch die Krankenkassen „freizukaufen“. Die Krankenhäuser könnten Abzüge im Vorfeld einkalkuliert und überhöhte Rechnungen ausgestellt haben. Unterbleibt die Korrektur fehlerhafter Krankenhausabrechnungen, hat dies auch Auswirkungen auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Denn die Abrechnungsdaten bilden neben anderen Daten die Grundlage für diese Zuweisungen. In den Gesundheitsfonds fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen und der Bundeszuschuss aus Steuermitteln.

Das Bundesversicherungsamt strebte bei Tagungen der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Mai 2017 und 2018 an, auf die Beendigung dieser Vereinbarungen hinzuwirken. Da ein entsprechender Beschlussvorschlag keine Mehrheit fand, sah das Bundesversicherungsamt von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen ab. Erst auf den Entwurf dieses Bemerkungsbeitrags hin bestätigten das Bundesversicherungsamt und die Aufsichtsbehörden der Länder im November 2018 die Rechtswidrigkeit der Vereinba-

rungen und kündigten an, falls notwendig, aufsichtsrechtliche Maßnahmen einzuleiten.

Der Bundesrechnungshof hält dies angesichts der langjährigen Vereinbarungspraxis und der zähen Widerstände, diese zu unterbinden, für nicht ausreichend. Er empfiehlt, die in Rede stehenden Vereinbarungen gesetzlich zu verbieten. Das BMG sollte eine entsprechende gesetzliche Regelung in die Wege leiten.

5.1 Prüfungsfeststellungen

Pflicht zur Prüfung der Krankenhausabrechnungen

Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt ihrer Versicherten haben die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) den Krankenhäusern die Behandlung zu vergüten. Die Leistungen des Krankenhauses müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (sog. Wirtschaftlichkeitsgebot). Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen Krankenkassen nicht vergüten. Die Vergütung der Krankenhausleistungen richtet sich nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG). Dabei werden Krankenhausfälle hinsichtlich ihrer Diagnosen und Behandlungen in Fallgruppen zusammengefasst und mit einer Fallpauschale nach ihrem wirtschaftlichen Aufwand bewertet. Für jeden Behandlungsfall erhalten die Krankenhäuser eine Vergütung in Form dieser Pauschale.

Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Um diese Fälle festzustellen, haben sie Krankenhausabrechnungen zu überprüfen. Der Medizinische Dienst untersucht die Leistungserbringung und geht Auffälligkeiten bei der Abrechnung nach.

Die Krankenkassen erheben aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser u. a. die Diagnosen und Leistungsausgaben ihrer Versicherten. Diese Daten bilden neben anderen die Grundlage für die Zuweisungen aus dem Gesund-

heitsfonds. In diesen Fonds fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen und der Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Die Krankenkassen erhalten daraus Zuweisungen, die sich u. a. am Krankheitszustand ihrer Versicherten orientieren. Dies soll dafür sorgen, dass Unterschiede in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen zu keinen ungleichen Wettbewerbschancen führen.

Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

Der Bundesrechnungshof stellte bei verschiedenen Krankenkassen fest, dass sie seit Jahren individuelle Vereinbarungen mit Krankenhäusern zur pauschalen Rechnungskürzung geschlossen hatten. Im Gegenzug verzichteten die Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern auf Abrechnungsprüfungen und stellten z. B. die stationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht infrage. Damit vermieden sie gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes.

Die Höhe der pauschalen Rechnungskürzung lag bei den geprüften Krankenkassen zwischen 1 und 50 %. Eine Krankenkasse hatte mit einem Krankenhaus sogar Rechnungskürzungen bis zu 100 % vereinbart: Abrechnungsgemäß kürzte sie die 1. bis 285. Abrechnung um 22 % und die 286. bis 350. Abrechnung um 50 %. Ab der 351. Abrechnung zahlte die Krankenkasse grundsätzlich keine Vergütung mehr.

Bei den geprüften Krankenkassen führten die Vereinbarungen zu Kürzungen in Millionenhöhe. Eine Krankenkasse hatte beispielsweise für das Jahr 2016 mit 127 Krankenhäusern Vereinbarungen geschlossen und damit Rechnungen um 12,6 Mio. Euro gekürzt. In den Jahren 2013 bis 2015 lagen die Kürzungen bei 30,8 Mio. Euro. Die pauschalen Rechnungskürzungen bewegten sich bei dieser Krankenkasse zwischen 1,9 und 20 %. Eine andere Krankenkasse hatte über Jahre pauschale Rechnungskürzungen von jährlich über 7,5 Mio. Euro vereinbart. Sie hatte die Rechnungen um 1 bis 22 % gekürzt.

Die Krankenkassen beabsichtigten, durch die Vereinbarungen u. a. Ausgaben für Krankenhausleistungen zu sparen und aufwendige Abrechnungsprüfungen zu vermeiden. Dies entspreche dem Wirtschaftlichkeitsgebot und

schone die Kapazitäten des Medizinischen Dienstes. Gesetzliche Regelungen stünden den Vereinbarungen ihres Erachtens nicht entgegen.

Verhalten der Aufsichtsbehörden

Aufsichtsbehörde für bundesunmittelbare Krankenkassen ist das Bundesversicherungsamt (BVA). Bundesunmittelbar sind die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Die Aufsicht über landesunmittelbare Krankenkassen führen Behörden der jeweiligen Länder.

Das BVA hatte bei seinen Prüfungen ebenfalls individuelle Vereinbarungen über pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe festgestellt. Im Jahr 2016 informierte es darüber das BMG. Das BMG sah die Vereinbarungen kritisch und empfahl dem BVA, die Thematik auf der Aufsichtsbehördentagung zu erörtern.

Bei der Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Mai 2017 trug das BVA seine Feststellungen vor. Es wollte einen Beschluss herbeiführen, nach dem die getroffenen Vereinbarungen aufsichtsrechtlich wegen fehlender Rechtsgrundlage beanstandet werden. Die Aufsichtsbehörden konnten sich indes auf keinen Beschluss einigen. Das BVA sah deshalb von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen ab. Auf Nachfrage des Bundesrechnungshofes teilte es mit, dass es sich um ein wettbewerbsrelevantes Thema handele und eine einheitliche Vorgehensweise der Aufsichtsbehörden erforderlich sei. Ein alleiniges Handeln des BVA könne zu einer Benachteiligung der bundesunmittelbaren Krankenkassen gegenüber den landesunmittelbaren Krankenkassen führen.

Das BVA thematisierte die Angelegenheit erneut bei der Aufsichtsbehördentagung im Mai 2018. Auch hier konnte es keinen Beschluss erreichen.

5.2 Würdigung

Krankenkassen verstoßen gegen Prüfpflicht

Der Bundesrechnungshof hat die in Rede stehenden Vereinbarungen bemängelt. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Krankenhausabrechnungen zu überprüfen. Verzichten sie darauf pauschal durch Vereinbarung, bleiben Fälle unerkannt, in denen der Medizinische Dienst eingeschaltet werden müsste. Die Prüfverpflichtung wird damit umgangen. Ob die in Rechnung gestellten Beträge auf tatsächlich erbrachten und wirtschaftlichen Leistungen beruhen, bleibt ungewiss. Krankenhäuser dürfen sich nicht von gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen „freikaufen“.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot und ein hoher Aufwand rechtfertigen es nicht, von Pflichtprüfungen abzusehen. Das spezielle Gesetz, das die Prüfung verbindlich vorschreibt, ist vorrangig gegenüber dem allgemeinen Gesetz, das Krankenkassen zum wirtschaftlichen Handeln verpflichtet. Ob die Krankenkassen durch die Vereinbarungen Kosten sparten, ist zudem ungewiss. Die Krankenhäuser könnten die pauschalen Abzüge im Vorfeld einkalkuliert und überhöhte Rechnungen ausgestellt haben. Dies bliebe unentdeckt.

Umgehen der Vergütungssystematik

Die Vereinbarungen der Krankenkassen widersprechen der gesetzlichen Vergütungssystematik. Das DRG-System sieht für die Abrechnung und Vergütung von stationären Leistungen bestimmte Fallpauschalen vor. Das Krankenhausentgeltgesetz, der Fallpauschalen-Katalog und sonstige Abrechnungsbestimmungen lassen für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen keine Abweichungen zu. Pauschale Rechnungskürzungen umgehen das DRG-System und die hiermit beabsichtigten Bewertungen von Krankenhausleistungen. Krankenhäuser erhalten für gleiche Leistungen unterschiedliche Vergütungen.

Zudem stört diese Verfahrensweise die Datengrundlage, die für die Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an Krankenkassen erforderlich ist. Die Daten müssen zuverlässig sein.

Dies setzt voraus, dass die Krankenkassen Fehler in Abrechnungen aufdecken und korrigieren.

Der Bundesrechnungshof hat das BMG aufgefordert, die rechtswidrige Vereinbarungspraxis zu unterbinden. Dazu hat er eine gesetzliche Klarstellung angeregt.

5.3 Stellungnahme

Das BMG hat sich der Einschätzung des Bundesrechnungshofes angeschlossen, dass die individuellen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Rechnungskürzungen gegen die Vorschriften zur Abrechnung von Krankenhausleistungen verstoßen. Es hätte deshalb das Thema zur Tagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im November 2018 angemeldet. Dort sei der Beschluss gefasst worden, dass die Vereinbarungen rechtswidrig seien. Das BVA und die Aufsichtsbehörden der Länder würden die jeweiligen Krankenkassen – sofern noch nicht geschehen – entsprechend informieren und ggf. aufsichtsrechtliche Maßnahmen einleiten. Eine gesetzliche Klarstellung hat das BMG nicht in die Wege geleitet.

5.4 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof hält die Zusage des BMG für nicht ausreichend. Seit dem Jahr 2016 gelang es dem BMG nicht, den Abschluss der als unzulässig erkannten Vereinbarungen zu unterbinden. Die Krankenkassen hielten über Jahre an ihnen fest. Der Versuch, eine Einigung der Aufsichtsbehörden zu erzielen, scheiterte wiederholt. Erst nachdem der Bundesrechnungshof eine Bemerkung angekündigt hatte, fassten die Aufsichtsbehörden den geforderten Beschluss. Dies deutet darauf hin, dass nicht alle Aufsichtsbehörden die rechtliche Bewertung uneingeschränkt teilen. In diesem Fall bleibt fraglich, ob die Aufsichtsbehörden die in Aussicht gestellten aufsichtsrechtlichen Maßnahmen konsequent ergreifen und die Krankenkassen von derartigen Vereinbarungen künftig absehen bzw. bestehende Vereinbarungen kündigen werden.

Angesichts der langjährigen Vereinbarungspraxis und der zähen Widerstände, diese zu unterbinden, hält es der Bundesrechnungshof für notwendig, den Rechtsrahmen möglichst eindeutig zu gestalten und etwaige Auslegungsspielräume auszuschließen. Die in Rede stehenden Vereinbarungen sollten dazu gesetzlich verboten werden. Der Bundesrechnungshof empfiehlt eine gesetzliche Klarstellung in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz. Darin sind Maßnahmen für eine ordnungsgemäße Abrechnung der Krankenhausleistungen durch die Krankenhäuser und die Krankenkassen bestimmt.