

KRANKENVERSICHERUNG

- > Herausforderungen Gesundheitspolitik
- > Krankenhausrechnungsprüfung 2022
- > Herz-Hirn-Allianz
- > Prävention mit PiNA
- > Qigong und Tai Chi
- > Neu und Nützlich:
Herodikos-App

Ausgabe 1-2 | 2022

Sonderveröffentlichung des Beitrages

Manuela Martin, Philipp Schuh, Corinne Möller & Katharina Becker:
"Neue Normalität" für Krankenversicherungen
Die Krankenhausrechnungsprüfung ab 2022

McKinsey & Company

www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde

Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers

Roland Engehausen

Ulf Fink

Birgit Fischer

Dr. Rainer Hess

Dr. Gerald Gaß

Dr. Marc-Pierre Möll

Claus Moldenhauer

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Dr. Robert Paquet

Dr. Uwe K. Preusker

Dr. Mani Rafii

Prof. Dr. Herbert Rebscher

Dr. Florian Reuther

Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt



Hauptsache gesund! Die Zeit ist reif, Schritte nach vorn zu machen

Die globalen Grußroutinen, virtuell wie analog, haben sich in den letzten zwei Jahren deutlich verändert. Weder die „freundlichen“ oder „herzlichen Grüße“ noch ein heftiges Umarmen beim leibhaftigen Begrüßen sind hinreichend und opportun. Weltweit obligat ist „bleibe gesund“ hinzugekommen, eine neue globale Grußroutine, die zuvor eher den Geburtstagswünschen vorbehalten war.

„Hauptsache Gesund“, so ist auch der neue Gastbeitrag von Birgit Fischer in diesem Heft überschrieben und dies angesichts der Etablierung der neuen „Ampel-Koalition“ mit Blick auf Gestaltungsperspektiven nicht von ungefähr. Wer könnte berufener sein, mit Blick auf Historisches und künftig Anliegendes die gesundheitspolitischen Anforderungen und Notwendigkeiten ins Visier zu nehmen, als Birgit Fischer, hat sie doch alle denkbaren Gestaltungs- und Interessenfelder in unserem Gesundheitswesen in verantwortlichen Rollen und Funktionen durchlaufen: Als Gesundheitsministerin, als Kassenchefin und als Industrievertreterin.

Ihr Blick zurück nach vorn skizziert historische Entwicklungen, Veränderungen und Verwerfungen, um daraus abzuleiten, wieso die Forderung „Gesundheit neu denken“ ihre Berechtigung hat und zum neuen Standard wird. Die Game-Changer und Katalysatoren werden benannt, die notwendige Veränderungsprozesse in der Gesundheitswirtschaft zwangsläufig anstoßen und beschleunigen. Daraus ergeben sich Chancen, Potentiale und Wege für eine „gute gesundheitliche Versorgung für alle“, die auf Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Innovationsfähigkeit abzielen. Fischers dichtes Gestaltungskompendium setzt auf viele Initiativen, Konzepte und Lösungsvorschläge auf, die in diesen Pandemie-Zeiten und parallel zu Wahlkämpfen, Regierungswechsel und Koalitionsvertrag das Licht der Welt erblickt haben, auch in dieser Zeitschrift und in diesem Verlag z. B. mit der Publikation „Zukunft Gesundheit“. Es ist nur zu hoffen, dass die Gesundheitspolitik die erforderlichen Rahmenbedingungen alsbald schaffen wird und nicht wegen des Managements der Corona-Politik weiterhin mit monothematischem Tunnelblick unterwegs ist, ohne damit das Thema klein zu reden. Ganz im Gegenteil, gerade Corona hat deutlich gemacht, dass

„Hauptsache Gesund“ mit Schritten nach vorn verbunden sein muss, die differenzierte, digitalisierte, regional vernetzte, datentransparente und patientenzentrierte Weiterentwicklung dringend erfordern.

Das wollen wir auch am 28. April im Rahmen unseres 5. Heidelberger Forums Gesundheitsversorgung noch einmal mit vielen bekannten Gesichtern aus den maßgeblich zu vernetzenden Gestaltungsfeldern aufgreifen. Unter dem anspruchsvollen Titel „Systemtransformation, ergebnisbezogen: Von der Krankheitszentrierung zur Gesundheitsversorgung“ werden bekannte Persönlichkeiten aus der ambulanten und stationären Versorgung, aus Krankenkassen, Industrie, Gebietskörperschaften und Politik Ihre Perspektiven-Vorstellungen mit uns erörtern. Heidelberg wird eine Reise wert sein. Schauen Sie einmal rein unter <https://www.heidelbergerforum-gesundheitsversorgung.de>. Ich würde mich freuen, wenn wir uns dort wiedersehen.

Ich selbst habe gleich Anfang des Jahres erfahren können, dass es einen gewaltigen Unterschied macht, das Gesundheitswesen sachverständig von außen, vom grünen Tisch aus zu betrachten oder es leibhaftig als Patient zu erleben. Ich musste mich eines länger schon geplanten Routine-Eingriffs unterziehen, an dem im Ergebnis 5 bis 6 Behandlungsstationen von Hausarzt bis nuklearmedizinisches Zentrum, von Facharzt über externes Labor bis Klinik und Pflege beteiligt waren. Das Einzige, was aus meiner Warte einen hohen integrativen Standard aufwies, waren die Interventionsprofessionen rund um die OP. Dass ich als Patient z. B. den klinischen Arztbrief meinem Haus- und Facharzt einscannen und überreichen musste, damit dieser rechtzeitig zur Nachsorge vorlag, empfinde ich in diesen Zeiten als Zumutung. Augen zu und durch: Hauptsache gesund! Und: Die Zeit ist mehr als reif, deutliche Schritte nach vorn zu machen.

Herzliche Grüße
Ihr Rolf Stuppardt

Inhalt

1 Editorial: Hauptsache gesund! Die Zeit ist reif, Schritte nach vorn zu machen

Anknüpfend an den Gastbeitrag von *Birgit Fischer* plädiert Herausgeber *Rolf Stuppardt* für das alsbaldige Schaffen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für differenzierte, digitalisierte, regional vernetzte, datentransparente und patientenzentrierte Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen und weist auf das 5. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung am 28. April hin, das die einschlägigen Themen aufgreifen wird.

4 Hauptsache gesund – Herausforderungen an eine moderne Gesundheitspolitik

In fünf Schritten beschreibt und analysiert *Birgit Fischer* Geschichte, Entwicklung und Perspektiven einer modernen Gesundheitspolitik und stellt eine gute Versorgung für alle in den Vordergrund. Handlungsoptionen, die insgesamt auf Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Innovationsfähigkeit im Gesundheitswesen abzielen, sind ihr wichtig.

8 Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland: Herz-Hirn-Allianz mit richtungsweisendem Ziel

Mit dem strategischen Ziel, durch bessere Prävention bis zum Jahr 2030 deren Krankheitslast um 30 % zu reduzieren, schlossen sich führende Akteure des Gesundheitswesens zur Herz-Hirn-Allianz zusammen. *Dr. Stefan Sauer* und *Dennis Oswald* erläutern uns, was es damit auf sich hat.

11 Prävention attraktiver machen – Inanspruchnahme steigern mit „PiNA“, einem Projekt der Deutschen Rentenversicherung

Zu einer hochwertigen sektorenübergreifenden regionalen Versorgung gehört auch die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten. Dieses Ziel soll mit einem niedrigschwelligen Zugang zu bedarfsgerechter Prävention und Rehabilitation erreicht werden. Das Projekt stellen *Susann Huthmann*, *Deborah Amoha* und *Dr. Betje Schwarz* vor.

15 „Neue Normalität“ für Krankenkassen – die Krankenhausrechnungsprüfung ab 2022

Eine zügige Umsetzung und kreative Ausnutzung des neuen regulatorischen Rahmens können dazu beitragen, neue Effizienzen und Potenziale für die Krankenkassen zu heben. Dies diskutieren *Manuela Martin*, *Phillip Schuh*, *Corinne Möller* und *Katharina Becker* von McKinsey.

19 Qigong und Tai Chi – raus aus der Eso-Ecke

Sabine Josten und *Urte Zahn* vom Netzwerk QiLabs zeigen auf Basis von empirischen Ergebnissen für vielfältige Krankheitsbilder nachweisliche tertiärpräventive Wirkungen durch Qigong und Tai Chi auf.

25 Blended Care als effektives Versorgungsmodell für muskuloskeletale Schmerzen mit der Herodikos-App stellen wir unter Neu + Nützlich vor

28 Leistungs- und Vertragswelt

28 Recht und Gesetz

30 Europa und Internationales

31 Köpfe, Karrieren, Funktionen

32 Impressum



Manuela Martin,
Partnerin, McKinsey &
Company, Berlin



Philipp Schuh,
Partner, McKinsey &
Company, Düsseldorf



Corinne Möller,
Associate Partnerin,
McKinsey & Company,
Hamburg

Die Krankenhausrechnungsprüfung hat sich in den vergangenen zwei Jahren regulatorisch massiv verändert. Seit Anfang 2020 gilt das Reformgesetz der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK-Reformgesetz), dessen zahlreiche Rege-

„Neue Normalität“ für Krankenver- sicherungen

Die Krankenhausrechnungsprüfung ab 2022

Eine Reihe von aktuell in Kraft getretener Regelwerke stellt die gesetzlichen Krankenkassen mit Blick auf die Krankenhausrechnungsprüfung vor finanzielle, prozesstechnische aber auch personelle Herausforderungen. Unsere Autor*innen sprechen von einer „neuen Normalität“, die den Krankenkassen wohl vor allem eine deutliche Anpassung ihrer finanziellen Ambitionen abverlangen wird. Lediglich eine zügige Umsetzung und kreative Ausnutzung des neu vorgegebenen regulatorischen Rahmens kann dazu beitragen, die benannten Herausforderungen zu überwinden sowie neue Effizienzen und Potenziale für die Krankenkassen und damit letztlich auch für die Versichertengemeinschaft zu heben. Wie das im Konkreten aussieht, wird im Folgenden dargestellt.



Katharina Becker,
Senior Associate, McKinsey &
Company, Berlin

lungen bis 2022 sukzessive in Kraft getreten sind. Hinzu kommt die ebenfalls im ersten Corona-Jahr in Kraft getretene Ausgliederung des Pflegebudgets (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz) sowie das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, das die wirtschaftlichen Folgen

der Pandemie für Krankenhäuser und Vertragsärzte auffangen soll.

Für die Krankenkassen führten die neuen Regelwerke in eine Phase des Umbruchs und der Volatilität, die sich auch finanziell ausgewirkt hat: Die Kürzungssummen reduzierten sich in dieser Zeit teilweise auf bis zu 40% des Niveaus von 2019. Tiefgreifende Effekte auf den Prozess der Rechnungsprüfung hat auch die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV) zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die seit Jahresbeginn umgesetzt wird.

Die Regularien bedeuten vor allem eins: Ab 2022 müssen sich die deutschen Krankenkassen auf eine „neue Normalität“ einstellen: mit krankenhaushausindividuellen und quartalsflexiblen Prüfquoten, Sanktionsaufschlägen bei zu geringer Rechnungsqualität, einzel-

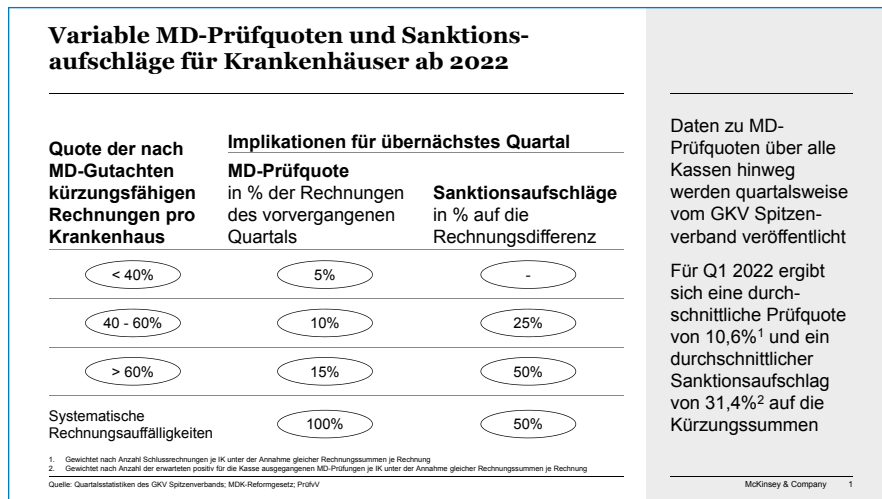


Schaubild 1: Variable MD-Prüfungen und Sanktionsaufschläge ab 2022, eigene Darstellung

fallbezogenen Erörterungsverfahren und beschränkten Aufrechnungsmöglichkeiten bei strittigen Forderungen. Dies alles wird die Krankenhausrechnungsprüfung in den kommenden Jahren grundlegend beeinflussen: ihre Prozesse, ihre Algorithmen, ihre IT-Systeme und nicht zuletzt die mit den Neuerungen verbundenen Anforderungen an das Personal.

Welche Änderungen sich konkret abzeichnen und wie sie sich auf die Arbeit und die finanzielle Situation der Krankenkassen auswirken, hat McKinsey in verschiedenen Analysen ermittelt. Die wesentlichen Resultate aus diesen Untersuchungen und die Handlungsempfehlungen, die daraus ableiten lassen, finden sich nachfolgend im Einzelnen dargestellt.

Die Neuerungen im Prüfverfahren und die Erfolgsfaktoren für die Kassen

Effektiver und konsensorientierter: Das sind die Ziele der neuen PrüfV, die Anfang 2022 in Kraft getreten ist¹ und der MDK-Reform, die ihre volle Wirkung mit diesem Jahr entfaltet². Einerseits birgt die Vereinbarung für die Krankenkassen so manche Herausforderung. Andererseits gibt es durchaus wirksame Hebel, das volle Potenzial zu realisieren, das in den Neuerungen steckt.

Variable MD-Prüfquoten

Während 2019 noch 17–20 % aller Krankenhausrechnungen von den Krankenkassen beim MDK als fehlerhaft beanstandet wurden³, galten nach Inkrafttreten der MDK-Reform und des COVID-

19-Krankenhausentlastungsgesetzes feste Prüfquoten von 5 % in 2020 und 12,5 % in 2021. Dies ändert sich nun: Seit Jahresanfang gelten variable Prüfquoten zwischen 5 % und 15 % pro Krankenhaus und Quartal. Welche Quote jeweils zur Anwendung kommt, ist abhängig von der jeweiligen historischen Rechnungsqualität, also dem Anteil der Rechnungen, die im MD-Gutachten als unkorrekt beurteilt werden⁴. Für das erste Quartal 2022 ist auf Basis der vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Daten zur Krankenhaus-Rechnungsprüfung⁵ mit einer zulässigen Prüfquote von 10,6 % zu rechnen (Schaubild 1).

Regulatorisches Ziel der neuen Prüfquotenregelung ist es, die Rechnungsqualität in den Krankenhäusern zu fördern, Mängel gezielt zu bestrafen und so den Verwaltungsaufwand der Prüfungsprozesse für beide Seiten – Kliniken und Kassen – möglichst gering zu halten. Ziel der Krankenkassen wiederum sollte es sein, die jeweiligen Quoten pro Krankenhaus und Quartal weitestgehend auszuschöpfen, um die Rechnungsqualität sicherzustellen.

Die Praxis sieht indessen anders aus: Die vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Daten zeigen, dass von den 12,5 % MD-Prüfungen, die Krankenkassen laut Quote 2021 hätten vornehmen können, im ersten Quartal nur 10,4 %, im zweiten nur 10,3 % und im dritten nur 10,9 % tatsächlich durchgeführt wurden. Damit liegt der Ausschöpfungsgrad bei nur maximal 87 %. Im ersten Quartal 2022 mit einer zulässigen MD-Prüfquote von 10,6 % würden bei einer Ausschöpfung von 87 % effektiv

also nur 9,2 % der Schlussrechnungen geprüft.

Die Zahlen belegen, dass es zumindest einigen Krankenkassen mit ihren aktuellen Systemen offenbar schwerfällt, die Prüfquoten optimal auszunutzen. Gerade dies aber wird zum wesentlichen Erfolgsfaktor, um einerseits die Qualität von Krankenhausrechnungen zu sichern, andererseits aber auch die zu erreichenden Kürzungen der Kassen zu optimieren: Denn die Anzahl der Rechnungsprüfungen ist nicht zuletzt ein wesentlicher Treiber der erzielbaren Kürzungssummen und möglicher Sanktionsaufschläge.

Weitere Einbußen drohen den Kassen durch die Fallauswahl pro Krankenhaus. Während vor der MDK-Reform Rechnungen aller Krankenhäuser gegeneinander priorisiert wurden, geht es seit 2020 und umso mehr mit der Einführung der variablen Prüfquoten darum, für jedes Krankenhaus die Rechnungen mit den größten Auffälligkeiten herauszufiltern. Für diese Priorisierung sollten Krankenkassen ihre Modelle und Algorithmen zur Priorisierung von Rechnungsprüfungen – soweit noch nicht geschehen – mit Krankenhaus-individuellem Bezug ausstatten.

Gestaffelte Sanktionsaufschläge für Krankenhäuser

Zum Ausgleich für die teilweise auffällig schlechte Rechnungsqualität einiger Krankenhäuser können Krankenkassen ab 2022 erstmals Sanktionsaufschläge für solche Rechnungen geltend machen, die sich in der MD-Prüfung als unkorrekt oder überhöht erweisen. Analog zur Prüfquote ist auch die Höhe der Sanktionszahlungen abhängig von der Rechnungsqualität eines Krankenhauses und somit vom Anteil der laut MD-

1 Die PrüfV wurde am 22.6.2021 durch Beschluss der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG festgelegt.

2 Einige Regelungen des MDK-Reformgesetzes traten bereits zum 1.1.2020 in Kraft, variable Prüfquoten und Sanktionsaufschläge gelten aber erst ab 2022.

3 Presseinformation des MDK Nordrhein vom 13.02.2019, Herbstumfrage von medinfoweb.de 2018.

4 In Ausnahmefällen sogar 100 %, wenn entweder systematische Rechnungsüberhöhungen vorliegen oder der Anteil unbeanstandeter Rechnungen unter 20 % liegt.

5 https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/kh_pruefung_statistik/pruefquoten_und_statistik.jsp

Gutachten kürzungsfähigen Rechnungen: Liegt dieser unter 40 %, bleiben die Krankenhäuser sanktionsfrei. Liegt er darüber, beträgt der Aufschlag 25 % des Differenzbetrags; ab einem Anteil von mehr als 60% kürzungsfähiger Rechnungen werden 50 % Aufschlag fällig.

Für das erste Quartal 2022 ist (auf Basis der MD-Ergebnisse aus Q3 2021) mit einer durchschnittlichen Sanktionsaufschlagsquote von 31,4% zu rechnen (Schaubild 1). Dies versetzt die Kassen in die Lage, einen signifikanten Teil der durch die Reformen verlorenen Kürzungssummen wieder zurückzugewinnen. Gerade die empfindlichen Aufschläge dürften bei den Krankenhäusern jedoch gleichzeitig einen starken Anreiz für eine möglichst korrekte Rechnungslegung schaffen und so dem regulatorischen Ziel der Vermeidung von „Upcoding“ genüge tun.

Gerade regionale und große Kassen haben durch die Staffelung die Möglichkeit, gezielte Prüfstrategien für solche Krankenhäuser einzusetzen, die an der Schwelle zu einer höheren Auffälligkeits- und somit Sanktionsaufschlagsquote stehen. Konkret könnten die beim MD einzureichenden Rechnungen nicht nur nach der erwarteten Kürzungssumme priorisiert werden, sondern vor allem nach der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Beanstandung beim MD. Auch im Falldialog mit einzelnen Krankenhäusern, in dem vor einer anstehenden MD-Prüfung mögliche Streitpunkte zu Rechnungen einvernehmlich geklärt werden können, ergeben sich für Krankenkassen neue Verhandlungsstrategien. So könnten Krankenhäuser vor allem dann ein vermehrtes Interesse an Einigungen haben, wenn die Gefahr eines negativen Prüfungsergebnisses besonders hoch ist. Erfolgt eine Einigung bereits im Falldialog, haben die Krankenkassen den Vorteil, dass die betroffenen Fälle die MD-Prüfquote nun nicht mehr belasten.

Komplexes Erörterungsverfahren

Zur Vermeidung von Klagen und gerichtlichen Auseinandersetzungen sieht die neue PrüfVv in Konfliktfällen ein einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor. Diese Fälle treten dann auf, wenn ein MD-Gutachten eine Krankenhausrechnung als überhöht beurteilt und das Krankenhaus mit der Kürzungssumme, die von der Kasse gefordert

Einführung des komplexen Erörterungsverfahrens und daraus entstehende neue Anforderungen an die Rechnungsprüfung

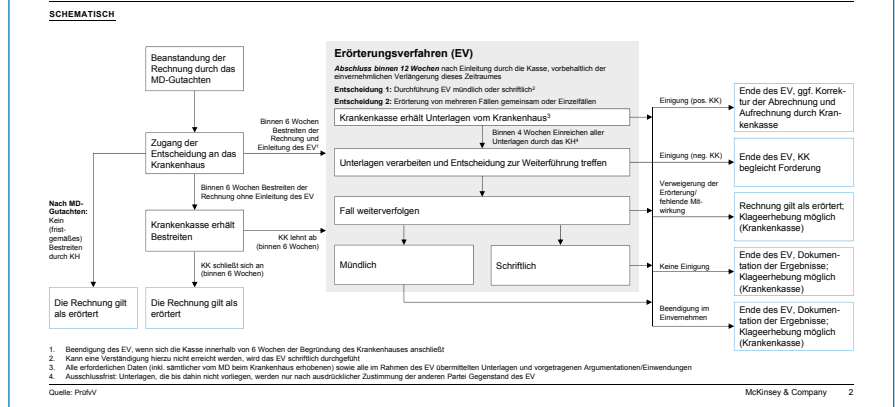


Schaubild 2 : Schema komplexes Erörterungsverfahren, eigene Darstellung

Auswirkungen der Regelungen ab 2020 auf die MD-Kürzungsquote

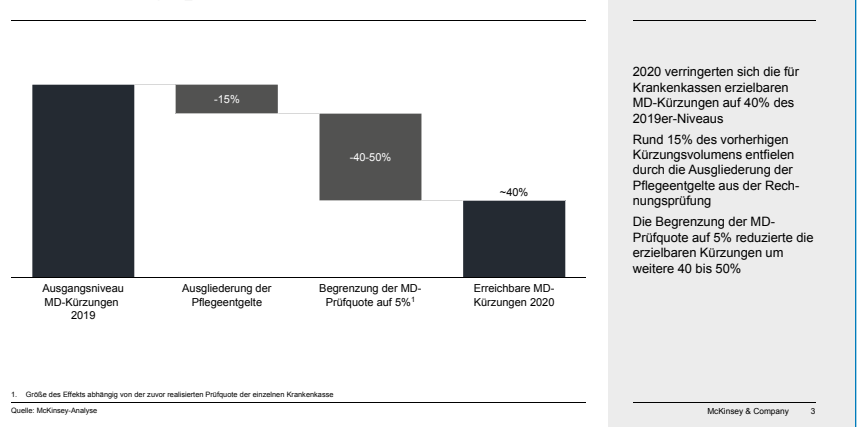


Schaubild 3 : Auswirkungen der Pandemie-Regelung auf MD-Kürzungsquote 2020, eigene Darstellung

wird, nicht einverstanden ist. Als Verhandlungsgrundlage dienen alle dem MD vom Krankenhaus vorgelegten (und gegebenenfalls weitere) Unterlagen zum Fall. Dokumente oder Argumentationen hingegen, die im Erörterungsverfahren nicht vorgelegt bzw. vorgebracht werden, sind von einer späteren Nutzung vor Gericht ausgeschlossen (präkludiert).

Solche einzelfallbasierten Erörterungsverfahren stellen besondere Anforderungen an die Krankenkassen (Schaubild 2). Denn sie verlangen zahlreiche prozessuale und IT-seitige Anpassungen und, wenn sie zu einem für die Kasse positiven Ergebnis führen sollen, ein hohes Maß an medizinischer Argumentationsfähigkeit.

Beides gilt es aufzubauen: Personal braucht es Fachleute mit besonderen Qualifikationen sowohl auf medizinischer als auch auf verhandlungstechnischer Ebene. Während im früheren

Nachverfahren zumeist keine weiteren medizinischen Unterlagen einbezogen wurden, müssen diese nun evaluiert und darauf aufbauend Argumentationen entwickelt werden. Gegebenenfalls ist also über neue Anforderungsprofile oder ergänzende Schulungen für das bestehende Personal nachzudenken. Prozessual geht es darum, die zahlreichen Verfahrensschritte mit ihren unterschiedlichen Fristenregelungen digital adäquat umzusetzen und die erforderlichen Dokumentationen und Prozessschritte ergebnisorientiert zu steuern. Hier geht es beispielweise um die Frage, in welchen Fällen Falldialoge angeregt, einzelfallbezogene Erörterungsverfahren betrieben und gegebenenfalls Klagen eingereicht werden sollen. Auf Grund der Einschränkung der Aufrechnungsmöglichkeiten werden Klagen in Zukunft weniger von Krankenhäusern und überwiegend von Kassen zu erheben sein. Nur so lassen sich auch im Erörterungsverfahren zumeist keine weiteren

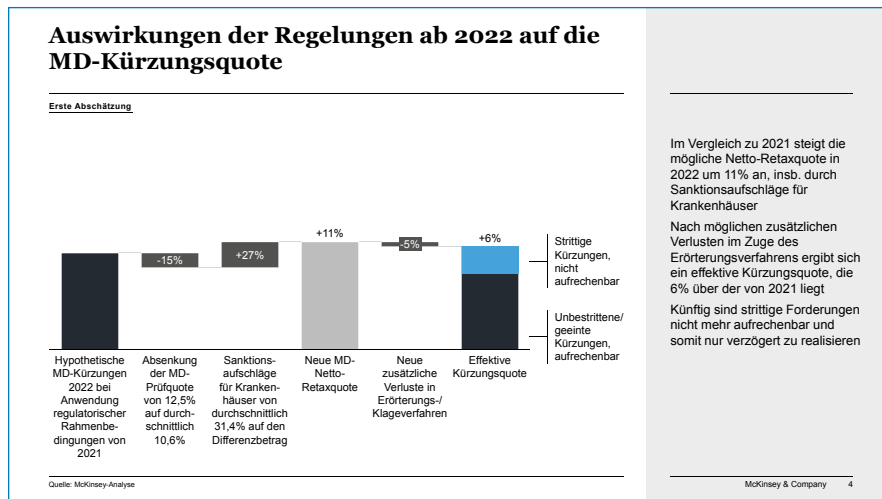


Schaubild 4: Regelungs-Auswirkungen ab 2022 auf MD-Kürzungsquote, eigene Darstellung

rungsverfahren Erfolge erzielen und Kürzungssummen zuverlässig sichern.

Für die umfangreichen Anpassungen, die durch das neue Erörterungsverfahren notwendig werden, haben Krankenkassen noch etwas Zeit: Denn die PrüfV kommt erst für Fälle mit Krankenhausentlassung ab dem 1. Januar 2022 zur Anwendung. Mit dem Großteil einzelfallbezogener Verfahren ist daher erst gegen Ende des Jahres zu rechnen, da die Frist für die ersten MD-Prüfungen nicht vor dem Frühjahr abläuft und die Bearbeitung durch den MD in der Regel mehrere Monate dauert.

Beschränkung der Aufrechnungsmöglichkeit

Seit diesem Jahr dürfen Krankenkassen nach der neuen PrüfV im Konfliktfall mögliche Rückforderungen ihrerseits nicht mehr gegen die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aufrechnen. Die neue Aufrechnungsbeschränkung bezieht sich ausschließlich auf ungeeinte Fälle, also solche, bei denen zwischen Kasse und Klinik auch nach Abschluss eines Prüf- und/oder Erörterungsverfahrens keine Einigkeit über die Forderung besteht.

In diesen Streitfällen kommt es für die Krankenkassen durch die deutlich verzögerte Realisierung ihrer Forderungen zu einem signifikanten Verzug – 20–25% können nach ersten Abschätzungen hiervon betroffen sein. Dies könnte kassenseitig zu herausfordernden Liquiditätsempässen führen, auch wenn diese durch die bis Mitte 2022 verlängerte Frist für Zahlungen an Krankenhäuser auf Prä-COVID-Niveau zunächst abgemildert

werden. Doch die Beschränkung der Aufrechnungsmöglichkeit erfordert gleichwohl Anpassungen im Controlling und in den Forderungsprozessen. So müssen beispielsweise Klagen nach erfolglosem Erörterungsverfahren in Zukunft statt von den Krankenhäusern von den Krankenkassen erhoben werden, da diese ihre Forderungen mangels Aufrechnungsmöglichkeit sonst nicht durchsetzen können.

Finanzielle Effekte

Die GKVen werden ihre finanziellen Ambitionen im Bereich der Krankenhaus-Rechnungsprüfung an die „neue Normalität“ anpassen müssen. Kürzungssummen, wie sie noch in Prä-COVID-Zeiten erzielt wurden, gehören bis auf Weiteres der Vergangenheit an. Zwar waren die herben Einbrüche von bis zu 60% in den letzten beiden Jahren vor allem pandemiebedingten Sonderregelungen geschuldet (Schaubild 3). Doch auch 2022 dürften die Kürzungssummen erst rund 75% des Vorkrisenniveaus erreichen.

Hinzu kommt ein Anteil von rund 20–25%, der erst verspätet realisiert werden kann. Grund ist, dass sämtliche strittigen Forderungen von den Krankenkassen nicht mehr aufgerechnet werden dürfen, bis der Fall abschließend geklärt ist. Je nachdem, ob dies im Falldialog, nach MD-Gutachten, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren oder erst durch Urteil nach einer Klage geschieht, verzögert sich die Realisierung der Forderung um Wochen bis hin zu mehreren Jahren.

Gemessen am Vorjahr aber beeinflussen die neuen Regularien ab 2022 die Kürzungsquote der Kassen zunächst einmal positiv (Schaubild 4). Allein die MD-Retaxquote, also der Anteil der vom MD als gerechtfertigt beurteilten Kürzungssummen steigt um rund 11% – vor allem getrieben durch die flexiblen Regelungen zu den Sanktionsaufschlägen der Krankenhäuser. Unterm Strich erhöht sich die effektive Kürzungsquote nach Abzug möglicher Verluste im neuen Erörterungsverfahren um etwa 6%.

Fazit: Engeren Rahmen bestmöglich nutzen

Die jetzt in Kraft tretende Regulatorik setzt der Krankenhausrechnungsprüfung engere Grenzen, was das Erzielen hoher Kürzungssummen und die Durchsetzung von Forderungen betrifft. Gleichzeitig zwingen die flexibilisierten Prüfquoten und das neue Erörterungsverfahren zu stärker formalisierten und komplexeren Prozessen, die hohe Ansprüche an die fachlichen und technischen Ressourcen in den GKVen stellen.

Für die Krankenkassen wird es daher jetzt vor allem darauf ankommen, den vorgegebenen Rahmen bestmöglich zu nutzen. Dazu gehört, Algorithmen, Prozesse und Personal optimal auszurichten auf die maximale Ausschöpfung der Prüfquote, die Auswahl der geeignetsten Fälle sowie auf eine möglichst hohe Erfolgsquote im Erörterungsverfahren. Auch eine kooperative Gestaltung der Prozesse mit Krankenhäusern, beispielsweise im Falldialog und im Erörterungsverfahren, kann dazu dienen, Prozesseffizienzen zu optimieren und die wirtschaftlich besten Ergebnisse für die Versicherten zu erzielen.

Mit den neuen Beschränkungen gewinnen im Krankenhausbereich neben der Rechnungsprüfung zugleich weitere Hebel an Bedeutung, allen voran versichertenbezogene Maßnahmen wie das Versorgungsmanagement. Hier sollten Krankenkassen klare Konzepte zur optimierten Versorgung vorlegen, um die Gesundheit der Versicherten bestmöglich zu fördern und kostspielige Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit zu verkürzen oder ganz zu vermeiden.