

Saarbrücken, 11. Oktober 2011

P R E S S E M I T T E I L U N G

Krankenhäuser wehren sich gegen Vorwurf der Falschabrechnung

Die Krankenhäuser sehen sich immer wieder mit Vorwürfen der Krankenkassen wegen angeblich systematisch und flächendeckend vorgenommenen „Falschabrechnungen“ konfrontiert. Behauptungen, dass nahezu die Hälfte aller Krankenhausrechnungen falsch sei, hat die Krankenhauseite stets zurückgewiesen. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein „Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens“ bei einer renommierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse dieses Gutachtens wurden heute im Rahmen einer Informationsveranstaltung in Berlin vorgestellt. Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Motivation der Krankenkassen offensichtlich darin liegt, Kosten einzusparen. Vollständig durchgeführte Krankenhausbehandlungen innerhalb der durch das DRG-System vorgesehenen Liegedauern werden durch die Krankenkassen retrospektiv gekürzt, so dass sie zu einem minimalen Aufwand abgerechnet werden. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen die Leistungen nicht entsprechend dem Aufwand und den Leistungen, die ihre Versicherten empfangen haben, vergüten.

Im Einzelnen kommt das Gutachten weiter zu dem Ergebnis, dass es sich nicht um „Falschabrechnung“, sondern darum handelt, dass

- Unterschiedliche Bewertungen aufgrund der Betrachtungszeitpunkte vorliegen:

Der Krankenhausarzt hat während des Krankenhausaufenthaltes zu entscheiden, der Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK/SMD) Monate später. Während es dem MDK darum geht, einzelne Tage z. B. am Ende der Behandlung zu kürzen, berücksichtigt der Krankenhausarzt zum Zeitpunkt der Entlassung beispielsweise, ob für einen älteren Patienten, für den eine Anschlussrehabilitation erforderlich ist, die notwendige Betreuung im häuslichen Umfeld bis zur Verfügbarkeit eines Reha-Platzes sichergestellt ist.

Ähnlich verhält es sich bei der Entscheidung, ob der Patient stationär aufgenommen werden soll oder ob eine ambulante Behandlung möglich ist. So stellen die Krankenkassen beispielsweise die stationäre Behandlung eines

chronisch lungenkranken Patienten in Frage, der mit akuter Atemnot und sehr schlechtem Allgemeinzustand das Krankenhaus notfallmäßig aufsucht. Der MDK stellt rückblickend - nachdem alle Untersuchungsergebnisse vorliegen - die stationäre Behandlung in Frage und kommt zu dem Ergebnis, dass der stationäre Aufenthalt nicht medizinisch notwendig gewesen sei, sondern dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

- Abrechnungsregularien streitig sind:

Es kommt aufgrund der Vielzahl der Vorgaben in den Kodierrichtlinien - so z. B. zur Berechnung der Beatmungsdauer - regelmäßig zu Auseinandersetzungen mit den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK/SMD).

- Medizinische Auslegungsfälle streitig sind:

Bei älteren Patienten ist es oft kaum beurteilbar, ob sie die unbedingte Anforderung befolgen, nüchtern und unter Absetzen der eigenen Medikamente ins Krankenhaus zu kommen. Um eine reibungslose Behandlung zu gewährleisten, ist es daher aus ärztlicher Sicht oft erforderlich, den Patienten bereits einen Tag vor der Operation stationär aufzunehmen, um die Voraussetzungen zur Durchführung des geplanten Eingriffes zu überwachen. Dieser Tag wird von Seiten der Krankenkassen oft nachträglich gestrichen. Ebenso werden Tage gestrichen, wenn ein Platz in einer Rehabilitationseinrichtung - bei zunächst abgelehnter Reha - oder einem Pflegeheim erst später zur Verfügung steht, aber der Patient zwischenzeitlich nicht entlassfähig war. Die Zeitverzögerung soll zu Lasten des Krankenhauses gehen.

Auch die saarländischen Krankenhäuser wurden und werden immer wieder mit dem Vorwurf der „Falschabrechnung“ konfrontiert. Sie wehren sich vehement gegen die Behauptung, sie würden den Krankenkassen überhöhte Rechnungen stellen.

Die Saarländische Krankenhausgesellschaft (SKG) bezeichnet die Darstellung, dass eine Vielzahl von Krankenhausrechnungen falsch sei, als unwahr und kränkend. SKG-Geschäftsführer Günter Möcks weist darauf hin, dass die Krankenkassen im Saarland derzeit ca. 13 % aller Krankenhausrechnungen nachprüfen. Die geprüften Fälle resultieren bereits aus einer Vorauswahl, die ergebnisorientiert von den Krankenkassen vorgenommen wird. Bei mehr als einer Viertelmillion Krankenhauspatienten jährlich bedeuten diese Prüfungen einen extrem hohen Personalaufwand für die Krankenhäuser.

Mehr als 93 % aller Krankenhausrechnungen werden nicht beanstandet. Die Behauptung, eine Vielzahl der Rechnungen sei falsch, ist deshalb abwegig. „Die Krankenhäuser sind überzeugt, dass auch noch ein erheblicher Teil dieser Beanstandungen zu Unrecht erfolgt“, so SKG-Geschäftsführer Günter Möcks. Bislang hätten viele Kliniken den zeit- und kostenaufwendigen Weg gerichtlicher Auseinandersetzungen vermieden, da es sich oft nur um einen geringfügigen Teil der Gesamtrechnung handelt, der von den Krankenkassen bestritten wird. Zukünftig werde man die Ansprüche auf dem Rechtswege verstärkt durchsetzen.

Als irreführend bezeichnet die SKG die Darstellung der Krankenkassen, dass die Komplexität des Abrechnungssystems häufigster Anlass für fehlerhafte Rechnungen sei. Das komplexe Vergütungssystem hätten die Krankenkassen bei ihren Prüfaufträgen gar nicht im Blick, betont Möcks. Vielmehr würden sie Monate nach der Akutbehandlung die Notwendigkeit der im Krankenhaus erbrachten Leistungen in Abrede stellen oder versuchen, einzelne, erbrachte Abrechnungstage zu ihren Gunsten zu streichen. Nicht „Falschabrechnung“, sondern „systembedingte Rechnungskorrektur“ sei hierfür die zutreffende Bezeichnung.

Besonders belastend für die Krankenhäuser ist es, dass bei den Rechnungsprüfungen die Vorgabe der Krankenkassen, ihre Ausgaben zu minimieren, dominiert und medizinische Erfordernisse sowie die sozialmedizinischen Bedürfnisse des Patienten immer mehr in den Hintergrund geraten.

„Den ins Feld geführten monetären Argumenten der Krankenkassen können die Kliniken oft medizinisch nicht folgen und gegenüber ihren Patienten nicht verantworten“, so Möcks. „Im Interesse ihrer Patienten bleibt den Krankenhäusern als letzter Ausweg nur, verstärkt die Sozialgerichte anzurufen, um die Praxis der Krankenkassen zu unterbinden“.

Für Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:

Geschäftsführer Günter Möcks, Tel.: 0681 / 9 26 11 - 0

Pressereferentin Patricia Guckelmuß, Tel.: 0681 / 9 26 11 – 12