

Saarbrücken, 28. März 2012

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

---

### **Krankenhäuser wehren sich gegen erneute Vorwürfe der Falschabrechnung**

Erneut sehen sich die Krankenhäuser mit Vorwürfen wegen angeblich systematisch und flächendeckend vorgenommener „Falschabrechnungen“ konfrontiert. Eine Gesetzesinitiative der CDU-/CSU-Fraktion sieht aktuell vor, dass fehlerhafte Krankenhaus-Rechnungen künftig mit einer Geldbuße belegt werden sollen. Hiernach sollen die Kliniken nicht nur wie bislang die – vermeintlich – zu hoch abgerechnete Summe erstatten, sondern zusätzlich noch die Hälfte des strittigen Betrages.

Zudem befasst sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages am 28.03.2012 in einer öffentlichen Anhörung mit dem Thema „Korruption im Gesundheitswesen“. Nach dem Willen der SPD-Fraktion sollen systematische Falschabrechnungen von Krankenhäusern künftig mit „spürbaren Sanktionen“ belegt werden. Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützt die SPD-Fraktion mit diesem Antrag die seit 2010 verstärkt vom Spitzenverband der Krankenkassen – insbesondere über die Medien – veranstaltete Kampagne gegen die Krankenhäuser, in der ihnen vorgeworfen wird, flächendeckend mehr oder weniger bewusst vorgenommene Falschabrechnungen vorzunehmen. Diese Vorwürfe gipfeln in der Behauptung, jede zweite Krankenhausrechnung sei falsch und der Schaden für die Versicherungsgemeinschaft beliefe sich auf 1,5 Milliarden Euro. Die DKG weist dies als unwahr zurück. Die von den Krankenkassen ermittelten Zahlen und angeblichen Schadenssummen seien mit Hilfe von wissenschaftlich fragwürdigen Methoden ermittelt worden und wesentlich zu hoch angesetzt.

„Die wiederholte Behauptung der Krankenkassen, wegen angeblich falscher Abrechnungen entstände ein Gesamtschaden von insgesamt 1,5 Milliarden Euro ist schlichtweg falsch und unverschämte“, so Hans-Joachim Backes, Vorsitzender der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG), dem Dachverband der saarländischen Kliniken. Ein von der renommierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstelltes Gutachten, das bereits im November 2011 vorlag, widerlege dies.

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Motivation der Krankenkassen offensichtlich darin liegt, Kosten einzusparen. Vollständig durchgeführte Krankenhausbehandlungen innerhalb der durch das Abrechnungssystem (DRG's) vorgesehenen Liegedauern werden durch die Krankenkassen rückwirkend 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. „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“, so Backes. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stelle rückblickend - nachdem alle Untersuchungsergebnisse vorliegen und der Krankenhausaufenthalt längst beendet ist - die stationäre Behandlung in Frage und komme zu dem Ergebnis, dass ein stationärer Aufenthalt nicht medizinisch notwendig gewesen sei, sondern dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Backes betont weiter, dass es bei den Abrechnungsprüfungen höchst selten um die Rechnung als Ganzes geht, sondern um Interpretationen von Details der Abrechnung (z. B. einzelne Diagnosen oder Tage des Aufenthaltes). Gegenstand der Auseinandersetzungen sind meist Streitfragen vor medizinischem Hintergrund, die oftmals mehrere Auslegungsmöglichkeiten bieten. Wird diese medizinische Streitfrage zu Lasten des Krankenhauses entschieden und kommt es in deren Folge zu einer Rechnungsminderung, kann man – so die Auffassung der SKG - keinesfalls von einer vorsätzlichen Falschabrechnung, noch nicht einmal von einer vorsätzlich fehlerhaften Abrechnung sprechen. Vorsatz im Sinne einer bewussten und gewollten Manipulation des Abrechnungsbetrages zu Lasten der Krankenkasse existiert daher in der Regel nicht.

Laut SKG prüfen die Krankenkassen im Saarland derzeit ca. 13 % aller Krankenhausrechnungen. 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. „Die Prüfungsbürokratie bindet Personal in den Krankenhäusern, dass zur Patientenversorgung besser eingesetzt wäre“, so Backes.

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 Backes. Bisher 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.



Für Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:

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

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