



Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Pressemitteilung

Über 96 Prozent der Krankenhausrechnungen korrekt

VKD fordert neutrales Prüfinstitut

Berlin, d. 21. März 2019. „Das unrühmliche Treiben von Krankenkassen und ihren Medizinischen Diensten verursacht in den Krankenhäusern mittlerweile Schäden in Milliardenhöhe. Besonders betroffene Kliniken werden an den Rand der Insolvenz gedrängt. Es kann nicht sein, dass ein Zusatzspieler getarnt als Schiedsrichter für die Tore sorgt. Wir fordern ein neutrales Prüfinstitut“, so VKD-Präsident Dr. Josef Düllings. Die im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) zusammengeschlossenen kaufmännischen Führungskräfte deutscher Krankenhäuser fordern Politik und Selbstverwaltung auf, diese Fehlentwicklungen zu korrigieren.

Eine Analyse von kürzlich veröffentlichten Daten des MDK Nordrhein durch Kaysers Consilium* hat ergeben, dass nicht jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung falsch ist, wie vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen behauptet, sondern 3,6 Prozent.

2018 wurden 17 Prozent der Krankenhaufälle geprüft. Rund die Hälfte davon, genauer: 8,6 Prozent, wurden zugunsten der Krankenkassen gekürzt, wobei von diesen wiederum knapp 60 Prozent, das sind insgesamt 5 Prozent aller Krankenhaufälle, deswegen gekürzt wurden, weil der Patient nicht ambulant versorgt wurde oder zu lange im Krankenhaus blieb. Für diese 5 Prozent lag somit keine Falschabrechnung vor, sondern eine aus Sicht des MDK falsche Versorgungsform.

„Diese Zahlen lassen den aktuell ausufernden Aktionismus der Krankenkassen in einem völlig neuen Licht erscheinen. Insbesondere auch dann, wenn nach neuesten Erhebungen** rund 70 Prozent der Prüfungen sich nur auf zwei Gründe konzentrieren, nämlich untere Grenzverweildauer und obere Grenzverweildauer. Also genau da, wo sich aus Sicht der Kassen Zahlungsverweigerungen lohnen, also Geld zu holen ist“, so Düllings.

Die Krankenhäuser beobachten seit Jahren im ambulanten Bereich eine vermehrte Entlastung auf Kosten der Krankenhäuser. Ambulante Notfallpatienten suchen von selbst oder nach Empfehlung des niedergelassenen Arztes die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf. Ebenso werden Patienten zur Diagnostik, zum Beispiel bei MRT-Untersuchungen, eingewiesen, weil im niedergelassenen Bereich lange Wartezeiten bestehen sowie Praxissitze nicht nachbesetzt werden können. Würden auch die Krankenhäuser nur Dienst nach Vorschrift machen, würden die Patienten auf der

Strecke bleiben. Inwieweit das gerade verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hier weiterhilft, bleibt abzuwarten.

Im nachstationären Bereich bezieht sich die Mehrzahl der als Fehlbelegung titulierten Fälle auf Patienten, die wegen fehlender ambulanter oder häuslicher Versorgung länger im Krankenhaus bleiben müssen. Das Umfeld spielt hier für die Krankenkasse keine Rolle. Lebt derjenige allein – wie heute häufig in Städten? Kann ein ambulanter Pflegedienst Betreuungsleistungen für einen alten Patienten übernehmen? Gibt es einen niedergelassenen Haus- oder Facharzt in der Umgebung? Das ist vor allem in ländlichen Gegenden heute nicht mehr selbstverständlich.

Es ist nicht nur gesetzliche, sondern auch ethische Pflicht für ein Krankenhaus, die Nachsorge zu sichern. Das wichtige Umfeld wird aber bei den Prüfungen nicht berücksichtigt. Der Vorwurf: Der Patient hätte auch ambulant behandelt werden können – etwa OP und Entlassung am selben Tag – oder er lag einen Tag zu lange im Krankenhaus. Fazit: falsch abgerechnet, Rechnungskürzung oder Zahlungsverweigerung.

Insgesamt wurden weniger als vier Prozent der stationär behandelten Fälle falsch kodiert. Und auch diese nicht einmal vier Prozent waren in ihrer Mehrzahl keine bewussten Falsch- sondern Fehlkodierungen. Sie beruhten auf unklaren Regelungen und Definitionen. Der Mangel klarer Definitionen und Regelungen öffnet also Tür und Tor für alle möglichen Interpretationen.

Hier müsse auch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sich einige Fragen gefallen lassen. Die Regelungsinstrumente für die Abrechnung von Krankenhausleistungen hätten längst angepasst werden müssen. Das sei nicht passiert. Die Selbstverwaltungspartner hätten damit viele Entscheidungen den Sozialgerichten überlassen. Mit oft negativen Folgen für die Krankenhäuser. Wenn es keine eindeutigen Abrechnungsregelungen gebe, könne auch nicht eindeutig über falsch oder richtig von Rechnungen geurteilt werden.

Krankenhäuser akzeptieren viele der monierten Rechnungen und die damit verbundenen Zahlungskürzungen, weil sie ansonsten mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten rechnen und dafür gegebenenfalls erhebliche Rückstellungen bilden müssen. Mittlerweile sei das aktuelle Abrechnungsregime zum Insolvenzrisiko für Krankenhäuser geworden.

„Es geht nicht um Falschabrechnung, die es nachweislich kaum gibt, sondern wir sehen hier ein Geschäftsmodell der Krankenkassen, das sie auf dem Rücken der Krankenhäuser betreiben“, konstatiert VKD-Präsident Dr. Josef Düllings. „Rechnungsprüfung ist das strategische Instrument zur Strukturbereinigung und ein Gutwort für Insolvenztreiberei. Es ist kein Wunder, dass die Gesetzliche Krankenversicherung auch im Jahr 2018 einen Überschuss in Höhe von zwei Mrd. Euro ausweist. Inzwischen hortet sie über 21 Mrd. Euro. Permanent fünf Mrd. Euro werden den Krankenhäusern durch die oft langjährigen Klageverfahren vorenthalten.“

Der VKD erhebt folgende Forderungen:

1. Kodier- und Abrechnungsregeln müssen uneindeutig gestaltet und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Es darf möglichst keine Interpretationsspielräume geben. Hier ist die Selbstverwaltung in der Pflicht. Sie darf das nicht weiter auf die lange Bank schieben.
2. Der schon 2014 gebildete Bundesschlichtungsausschuss, der auch Vorgaben für die Abrechnung bestimmter Leistungen machen sollte, seit mindestens zweieinhalb Jahren aber nicht mehr in Erscheinung getreten ist, muss ebenfalls wieder zügig an die Arbeit gehen.
3. Irritationen und Fehlentwicklungen entstanden in der letzten Zeit auch durch widersprüchliche Urteile von Sozialgerichten, die schließlich vom Gesetzgeber dann einigermaßen geheilt werden mussten. Für qualifizierte Urteile müssen sich die Gerichte angesichts der Komplexität des Abrechnungsgeschehens der Krankenhäuser um eine angemessene Sachkompetenz bemühen.
4. Das inzwischen deutlich überkomplexe DRG-System muss als Ganzes auf den Prüfstand gestellt werden – eine Forderung, die der VKD angesichts der geplanten Herauslösung der Pflegekosten hier nochmals erhebt.
5. Und schließlich die grundsätzliche Forderung: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung muss aufgelöst werden. Er hat sich als Erfüllungsgehilfe zum Milliardengeschäft der Krankenkassen selbst ins Abseits gestellt.

** Auswertung der am 13. Februar 2019 veröffentlichten Daten des MDK Nordrhein durch Kaisers Consilium: „Mehr als 96 Prozent aller Krankenhausrechnungen sind korrekt kodiert“*

*** Medinfo.web, Herbstumfrage 2018 zu Krankenhausrechnungsprüfungen 2017*

Kontakt

VKD-Geschäftsstelle Berlin
Tel-Nr: 030-28885912
E-Mail: vkdgs@vkd-online.de

Pressesprecher Dr. Falko Milski

Geschäftsführer
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH
Tel-Nr: 03821 700100
E-Mail: f.milski@bodden-kliniken.de

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vertritt mit rund 2.250 Mitgliedern das Management fast aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Er versteht sich als Ansprechpartner insbesondere in Fragen der Krankenhauspraxis und des Klinikmanagements. www.vkd-online.de