



Pressemitteilung

VKD: Bundesrechnungshof arbeitet mit Halbwissen über Krankenhausabrechnungen

Mehr als 96 Prozent der Rechnungen sind korrekt

Berlin, d. 21. Mai 2019. „Wie oft müssen wir noch nachweisen, dass die Krankenhäuser nicht massiv falsch abrechnen? Erneut sehen wir uns dem Vorwurf der bewussten Falschabrechnung ausgesetzt und werden damit wieder einmal kriminalisiert. Auch das neue Papier des Bundesrechnungshofs, das von der „Welt“ heute ausführlich thematisiert wird, versteht offenbar nicht, wie die Zahlen zustande kommen. Bevor solche Bewertungen rausgehauen werden, sollte die Redlichkeit doch gebieten, sich sachkundig zu machen“, so der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Josef Düllings.

Was auch im Papier des Bundesrechnungshofs offenbar fehlt, ist die Unterscheidung zwischen Falschabrechnung und strittiger Versorgungsform. Das sind zwei Paar Schuhe. Die aus der fehlenden Differenzierung abgeleitete Behauptung, 50 Prozent der Abrechnungen seien falsch, stimmt somit nicht. Eine Analyse der Daten des MDK Nordrhein durch Kaysers Consilium hat ergeben, dass über 96 Prozent der Abrechnungen korrekt sind. Was als Falschabrechnung behauptet wird, sind korrekte Abrechnungen von Leistungen, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung als falsche Versorgungsform einstuft.

Bei diesem Vorgehen von Krankenkassen und MDK handelt sich um eine vom VKD seit langem kritisierte Fehlentwicklung der Prüfpraxis, die korrigiert werden muss, sonst wird sich die Situation für die Kliniken immer weiter verschärfen. Viele von ihnen werden schon heute durch die exzessiven Kontrollen des MDK an den Rand der Insolvenz gedrängt. Düllings: „Die eigentlich richtige Zielsetzung der Rechnungsprüfung wurde von vielen Krankenkassen zweckentfremdet und zur Zwangsrabattierung missbraucht.“

Unglaublich, aber der Bundesrechnungshof will nun noch mehr Kontrollen sowie Sanktionen, ohne das Problem verstanden zu haben. „Dieses Problem besteht maßgeblich in einer Verquickung der Interessen von Krankenkassen und MDK. 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 oft langjährige Klageverfahren und die Möglichkeit, strittige Beträge mit unstrittigen Beträgen zu verrechnen, vorenthalten. Der VKD fordert daher seit längerem eine Umwandlung des Medizinischen Dienstes in ein unabhängiges Prüfinstitut. Und das ist übrigens auch die Zielsetzung des jetzt von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgelegten Referentenentwurfs für eine MDK-Reform“, so Dr. Düllings.

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V. 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

Hintergrund:

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.

Nach neuesten Erhebungen* konzentrieren sich rund 70 Prozent der Prüfungen nur auf zwei Gründe - die untere Grenzverweildauer und die obere Grenzverweildauer.

Im nachstationären Bereich zum Beispiel 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. Es ist aber nicht nur gesetzliche, sondern auch ethische Pflicht für ein Krankenhaus, die Nachsorge zu sichern. 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.

Falsch kodiert wurden dagegen insgesamt weniger als vier Prozent der stationär behandelten Fälle. Und auch diese waren in ihrer Mehrzahl keine bewussten Falsch- sondern Fehlkodierungen. Sie beruhten auf unklaren Regelungen und Definitionen. Wenn es keine eindeutigen Abrechnungsregelungen gebe, kann auch nicht eindeutig über falsch oder richtig von Rechnungen geurteilt werden.

* *Thieme, Michael 2018: Herbstumfrage 2018 Krankenhausrechnungsprüfung vom 05.10.2018, www.medinfoweb.de.*

* *Kaysers, Heinz-Georg; Andreas Stockmanns und Jürgen Freitag 2019: Mehr als 96 Prozent aller Krankenhausrechnungen sind korrekt kodiert! Kaysers-Consilium: Pressemitteilung vom 14.03.2019, www.kaysers-consilium.de*

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 (VKD) e.V. 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