



Bremen, den 11.08. 2011

## Mitteilung für die Presse

### **Krankenhäuser im Land Bremen weisen Vorwurf der Falschabrechnung zurück !**

- **99,9 % aller Rechnungen sind korrekt -**
- **99,6 % der Kosten werden nicht beanstandet -**

Zum Vorwurf der Falschabrechnung durch die hkk erklärt die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. (HBKG): „Die Mitgliedskrankenhäuser der HBKG rechnen zu 99,9 % korrekt ab!“

Der Vorstandsvorsitzende der hkk hatte behauptet, dass die Krankenhäuser zunehmend falsch abrechnen. Diesen Vorwurf weist die HBKG entschieden zurück. „Die Abrechnung zwischen unseren Krankenhäusern und der hkk läuft völlig korrekt. Die Rechnungen selbst sind ebenfalls zu nahezu 100% richtig“, erklärt Uwe Zimmer, der Geschäftsführer der HBKG.

„Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) stellt jedoch zunehmend und in immer zweifelhafterer Weise die erbrachten Leistungen in Frage“, so Zimmer weiter.

Der Streit nach der Entlassung, um die Frage, ob ein Patient einen Tag schneller hätte entlassen werden können, hat zugenommen, weil die Krankenkassen an dieser Stelle Geld sparen wollen.

„Das hat nichts mit falscher Abrechnung zu tun, sondern mit den bürokratischen Prüfverfahren des MDK und der zunehmenden Konkurrenz der Krankenkassen“, schätzt Zimmer die Situation ein.

Auch der Vorwurf das Abrechnungssystem sei zu kompliziert, gehe fehl. Vielmehr seien die gesetzlichen Bestimmungen zum Prüfungsverfahren lückenhaft und böte den Krankenkassen die Gelegenheit selbst nach vier Jahren noch bereits abgerechnete Fälle wieder in Frage zu stellen. Hier sieht die HBKG auch dringenden Handlungsbedarf.

„Wir haben der hkk schon vor Jahren angeboten, einen neuen Vertrag über das Prüfungsverfahren abzuschließen, dass eine Prüfung der MDK-Ärzte vor Ort in den Krankenhäusern sicherstellt und verbindliche Fristen dafür für beide Seiten vorgibt. Bis heute ohne Erfolg“, ergänzt er abschließend.



Bremen, den 11.08. 2011

Die HBKG verweist zu diesem Thema auch auf die Pressemitteilung vom 20.04.2011, die unverändert gilt.

**Für Rückfragen** steht Ihnen unser Geschäftsführer Uwe Zimmer zur Verfügung:

Handy: 0178 – 8234422, Tel.: 0421-241020, Fax: 0421-2410222.

*Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. (HBKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Bremen. Sie vertritt die Interessen von 14 öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Land Bremen. Jährlich versorgen Bremens Kliniken stationär ca. 210.000 Patienten, auch aus dem niedersächsischen Umland. Mit einem Bruttokostenvolumen von 853 Millionen Euro und 12.000 Beschäftigten sind die Krankenhäuser einer der größten Arbeitgeber.*



Bremen, den 20.04. 2011

## Mitteilung für die Presse

### **Krankenhäuser im Land Bremen weisen Vorwürfe der systematischen Falschabrechnung zurück!**

- **96 % aller Rechnungen werden nicht korrigiert -**
- **99,6 % der Kosten werden nicht beanstandet -**

In den letzten Monaten häufen sich in den Medien mit großer Regelmäßigkeit Meldungen über angebliche Falschabrechnungen der Krankenhäuser, die zu hohen Verlusten bei den Krankenkassen führen sollen. Dabei werden Behauptungen aufgestellt wie, „jede dritte Rechnung falsch“ oder „Milliardenverluste für die Krankenkassen“.

Die HBKG hat die Fakten für das Land Bremen noch einmal aktuell untersucht und dargestellt (siehe Anlage zu dieser Presseerklärung) und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen:

1. Es werden 96 % aller abgerechneten Fälle selbst nach intensiver Prüfung durch Krankenkassen und den Medizinischen Dienst (MDK) nicht beanstandet. Bei Kürzungen werden überwiegend nicht alle tatsächlich erbrachten Behandlungstage anerkannt.
2. Bei den erfolgreich beanstandenden Rechnungen verliert ein Krankenhaus im Durchschnitt etwa 440 Euro pro Rechnung.
3. Bei 8.400 beanstandeten Fällen sind das etwa 3,7 Mio. Euro, die die Krankenhäuser im Land Bremen auf diese Weise verlieren.
4. Bei Gesamtkosten im Land Bremen von 853 Mio. Euro p.a. entspricht das 0,4 % der Gesamtkosten, d.h. 99,6 % der Kosten wurden selbst nach Meinung der Krankenkassen richtig abgerechnet.

Deshalb tritt die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. (HBKG) undifferenzierten Behauptungen und verzerrten Darstellungen entgegen.

„Seit Monaten werden die Krankenhäuser von den Medien mit übertriebenen und völlig überzogenen Berichten an den Pranger gestellt. Einer sachlichen Prüfung halten diese Vorwürfe jedoch nicht stand,“ meint Uwe Zimmer, Geschäftsführer der HBKG.



Bremen, den 20.04. 2011

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft kommt zu ähnlichen Ergebnissen, die in der beigefügten Anlage: „Fehlabrechnungen in Krankenhäusern – Behauptungen und Wahrheit“ aufgezeigt werden.

Die HBKG macht seit Jahren konstruktive Vorschläge, wie die Bürokratie im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen zum Vorteil aller Beteiligten (MDK, Krankenkassen und Krankenhäuser) reduziert werden kann, bislang ohne Erfolg.

„Hier werden die Tatsachen oft einseitig dargestellt und das ist für uns inakzeptabel,“ kommentiert Uwe Zimmer die Vorwürfe auf Bundesebene.

„Wir stehen jedoch für eine sachliche Diskussion und konstruktive und faire Lösungen jederzeit zur Verfügung“, sagt Jürgen Scholz, der Vorsitzende der HBKG.

**Für Rückfragen** steht Ihnen unser Geschäftsführer Uwe Zimmer zur Verfügung:

Handy: 0178 – 8234422, Tel.: 0421-241020, Fax: 0421-2410222.

*Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. (HBKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Bremen. Sie vertritt die Interessen von 14 öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Land Bremen. Jährlich versorgen Bremens Kliniken stationär ca. 210.000 Patienten, auch aus dem niedersächsischen Umland. Mit einem Bruttokostenvolumen von 853 Millionen Euro und 12.000 Beschäftigten sind die Krankenhäuser einer der größten Arbeitgeber.*



## **Anlage zur Presseerklärung der HBKG vom 20.04.2011:**

### **Abrechnung aus der Perspektive der Krankenhäuser:**

Die HBKG hat die Fakten für das Land Bremen noch einmal aktuell untersucht:

Das Abrechnungssystem zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland ist eines der bürokratischsten und perfektesten der Welt. In der somatischen Medizin werden auf der Basis von 13.315 Einzeldiagnosen und etwa 27.000 klassifizierter medizinischer Behandlungen jährlich rund 17.000.000 Krankenhausfälle voll elektronisch abgerechnet.

Die Mediziner in den Krankenhäusern müssen diese etwa 40.000 Codes, die ihre Leistungen beschreiben, kennen und die Patientinnen und Patienten in die richtigen Codes einstufen. Dazu gibt es entsprechende Richtlinien, die jährlich genauso geändert werden, wie die Codes. Damit nicht genug, werden auch die Abrechnungsregeln zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen jedes Jahr angepasst.

Schließlich führen diese Codes, die elektronisch eingetragen werden, zur Einstufung der Patienten in bestimmte Fallpauschalen. Auch die Zuordnung der Codes zu den Fallpauschalen wird jedes Jahr aktualisiert und angepasst.

Für diese Bürokratie haben die Deutschen Krankenhäuser bislang keinen Euro an Kostendeckung bekommen. Bis zu drei Stunden am Tag sind die Krankenhausärzte in den Krankenhäusern mit Bürokratie beschäftigt. Zeit, die den Patienten fehlt.

**Alle** 17 Mio. Abrechnungsfälle werden als Dateien elektronisch an die Krankenkassen übermittelt. Sie enthalten neben den personenbezogenen Daten alle relevanten Diagnosen und Behandlungen jedes Behandlungsfalls. Damit haben die Krankenkassen zeitnah die volle Transparenz über die im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten entstandenen Leistungen.

Die Krankenkassen prüfen in der Regel **alle** abgerechneten Fälle auf Fehler und setzen dazu spezielle Prüfsoftware ein. Etwa 90 % dieser Abrechnungen werden nicht beanstandet.

Die verbleibenden 10 % werden nach bestimmten Kriterien der Prüfsoftware immer als medizinisch auffällig eingestuft. Das liegt aber nicht daran, dass 10 % der Fälle Fehler enthalten, sondern dass die Software so eingestellt ist, dass etwa 10 % als auffällig eingestuft werden.

Da die Krankenkassen keine medizinischen Fragestellungen beurteilen dürfen, werden die nach dieser 10 %-Regel aussortierten Fälle an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung übergeben.

Von diesen Fällen werden etwa 40 % vom MDK erfolgreich gegenüber den Krankenhäusern beanstandet. Bezogen auf alle abgerechneten Fälle sind also selbst bei dieser intensiven Prüfung durch Krankenkassen und MDK etwa 96 % aller Fälle nicht zu beanstanden!



## **Anlage zur Presseerklärung der HBKG vom 20.04.2011:**

Nun wird behauptet, dass die strittigen Fälle, also 4 von 100, in denen der MDK erfolgreich geprüft hat, falsch abgerechnet worden seien.

Im Land Bremen wären das etwa 8.400 von 210.000 Fällen.

Auch diese Behauptung hält jedoch einer näheren Betrachtung so pauschal nicht stand. Die mit Abstand häufigste Beanstandung bezieht sich auf die Verweildauer. So beziehen sich 65 bis 90 % aller Beanstandungen auf diesen Sachverhalt.

Dabei gibt es meist einen Dissens zwischen den Medizinern des MDK und den behandelnden Krankenhausärzten, ob der Versicherte meist einen (manchmal auch mehrere) Tag(e) zu lange im Krankenhaus gelegen hat oder nicht.

Hintergrund ist, dass die Streichung dieses Belegungstages meist reicht, um einen Rechnungsabschlag auf die abgerechnete Pauschale zu rechtfertigen.

Der MDK stützt sich dabei auf die Angaben in der Rechnung. Der Krankenhausarzt kennt den Patienten und die komplette Patientenakte. Insofern sollte man denken, dass der Krankenhausarzt leicht die Bedenken des MDK Mediziners aufklären kann. Allerdings erfährt der Krankenhausarzt oft erst Wochen nach dem Aufenthalt des Patienten von den Beanstandungen. Inzwischen hat er schon eine ganze Menge weiterer Patienten behandelt.

Warum nun dieser Patient ein Tag mehr oder weniger im Krankenhaus bleiben musste, erschließt sich ihm nicht mehr aus dem Gedächtnis. Er muss die Patientenakte zu Rate ziehen, sich vielleicht mit anderen Kollegen noch einmal beraten, ... usw.

Es gibt auch Krankenkassen, die erst nach Jahren den MDK mit der Prüfung beauftragen.

Was auf den ersten Blick einfach aussieht, erweist sich so meist als zeitaufwendig. Diese Zeit wird in den Krankenhäusern dringend für die Patientenversorgung gebraucht und diese Zeit kostet Geld. Hinzu kommt, dass selbst bei klaren Gegenargumenten viele Krankenkassen nicht gleich einlenken, sondern erst einmal die Rechnung kürzen und das Verfahren weiter betreiben.

Je länger das Verfahren dauert und je geringer der Streitwert ist, desto eher wird sich ein Krankenhaus mit der Korrektur der Rechnung einverstanden erklären:

### **So kommt die „Erfolgsquote“ der Krankenkassen zustande.**

Im Durchschnitt verliert das Krankenhaus etwa 440 Euro pro Rechnung.

Bei 8.400 Fällen sind das etwa 3,7 Mio. Euro, die die Krankenhäuser im Land Bremen auf diese Weise verlieren.



## **Anlage zur Presseerklärung der HBKG vom 20.04.2011:**

Bei Gesamtkosten von 853 Mio. Euro p.a. entspricht das 0,4 % der Gesamtkosten. D.h. aber auch: **99,6 % der Kosten wurden selbst nach Meinung der Krankenkassen richtig abgerechnet!**

Seit Jahren gibt es darüber hinaus eine Fülle von gesetzlichen Regelungslücken in der Abrechnung. So ist im Sozialrecht nicht geregelt, wie lange die Krankenkassen alte Rechnungen noch prüfen dürfen (manche Krankenkassen kommen noch nach fast vier Jahren nach Entlassung des Patienten auf die Idee, eine Prüfung durchzuführen). Es fehlt an einer klaren Definition, wie das Prüfverfahren laufen soll, wann das Verfahren endet, wer welche Prüfrechte hat,... usw., usw.

Die Krankenhäuser haben diese Defizite schon mehrfach an die Politik herangetragen. Bislang ohne Erfolg.

Die Krankenhäuser im Land Bremen bieten den hier vertretenen Krankenkassen jedoch weiter an, konstruktive und bürokratiearme Lösungen zu finden und diese auch fair vertraglich zu vereinbaren.

**Gez., 20.04.2011**  
**Uwe Zimmer**  
**Geschäftsführer HBKG**