

## Pressemitteilung

### DKG zu den Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes zu Abrechnungen im Krankenhaus

## Krankenhäuser fordern dringend Reform der Abrechnungsprüfung

Berlin, 2. Mai 2019 – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert, das Abrechnungssystem in den deutschen Kliniken einfacher und transparenter zu gestalten. Zudem dürfen Rechnungskürzungen nicht weiter als Instrument im Wettbewerb der Krankenkassen zur Generierung von Überschüssen missbraucht werden.

„Wenn die Kassen davon sprechen, dass jede zweite geprüfte Rechnung einen Fehler enthielte, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass bei einer Prüfquote von 15 Prozent weit über 90 Prozent der Rechnungen korrekt sind. Bei den beanstandeten Rechnungen handelt es sich massenhaft um medizinische Einschätzungsunterschiede und formale Kriterien, die von den Krankenkassen zur Rechnungskürzung genutzt werden. Wollen sich die Krankenhäuser gegen diese Willkür wehren, müssten sie langwierige und kostspielige Gerichtsverfahren durchführen. Aus diesem Grund handelt es sich bei den genannten 2,8 Milliarden Euro zu einem großen Teil um Resignationsmasse, weil die Kliniken den Klageweg nicht beschreiten.“

Die ständigen wissentlich falschen Behauptungen, dass es sich bei Rechnungskürzung um Falschabrechnungen handelt, sind unerträglich. Wir haben ein Abrechnungssystem, das auf rund 35.000 OPS und 1.300 DRGs basiert. Vielfach sind die so genannten fehlerhaften Abrechnungen Ergebnis der Interpretation dieser Codes. Das weiß der GKV-Spitzenverband ganz genau. Wenn er nun wieder davon spricht, dass man eine ‚schwarze Liste‘ mit falsch abrechnenden Krankenhäusern haben will, ist das populistischer Unsinn und macht deutlich, dass es ihm nicht um seriöse Vorschläge zur Verbesserung der Abrechnung geht, sondern nur um billige Polemik“, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.

---

#### PRESSESTELLE

Joachim **Odenbach**  
Telefon +49 30 39801-1020

Holger **Mages**  
Telefon +49 30 39801-1022

Dr. Jörn **Wegner**  
Telefon +49 30 39801-1023

Rike **Stähler**  
Telefon +49 30 39801-1024

SEKRETARIAT  
Stephanie **Gervers**  
Telefon +49 30 39801-1021  
Fax +49 30 39801-3021  
E-Mail [pressestelle@dkgev.de](mailto:pressestelle@dkgev.de)

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)  
[www.facebook.com/dkgev](https://www.facebook.com/dkgev)  
[www.twitter.com/dkgev](https://www.twitter.com/dkgev)  
[www.dkgev.de/rss2.php](http://www.dkgev.de/rss2.php)  
[www.youtube.com/user/dkgev](https://www.youtube.com/user/dkgev)

Die Krankenkassen behalten Gelder einfach ein, egal ob eine Leistung korrekt oder nicht korrekt erbracht wurde. Das schlimmste Beispiel, sowohl der Lüge von den angeblichen Falschabrechnungen als auch der willkürlichen Rechnungskürzungen, war die Vorgehensweise bei der Schlaganfallversorgung. Kassen nutzten eine Rechtsunsicherheit aus, um die Sozialgerichte mit Klagen zu überschwemmen und Gelder einzubehalten. „Das Vorgehen war so unglaublich, dass selbst der GKV-Spitzenverband im Herbst beim Bundesgesundheitsminister versprechen musste, darauf hinzuwirken, dass die Klagen der Kassen gegen Abrechnungen bei der Schlaganfallversorgung zurückgezogen werden. Doch das ist nicht der Fall. Diese nicht berechtigten Klagen und das einbehaltene Geld gehen in die Berechnungen ein. Alleine dies macht deutlich, wie wenig seriös die Vorgehensweise der Kassen ist“, sagte Baum.

Grundsätzlich braucht es eine schnelle Reform der Abrechnungsprüfungen. Zuvorderst braucht es das Verbot der Verrechnung für die Krankenkassen. Außerdem muss Schluss sein mit der Prüfung einzelner formaler Kriterien in Komplexcodes. Entscheidend muss der Erfolg der Behandlung sein und nicht das Fehlen einer Unterschrift in der Dokumentation. Das Prüfgeschehen muss auf Einzelfallprüfungen mit konkreten Anhaltspunkten begrenzt sein, die computergestützte Suche nach Prüfmöglichkeit möglichst kleiner Dokumentationsfehler muss ein Ende haben. Des Weiteren sollte der MDK unabhängig gestaltet werden.

Grundsätzlich ist die Unterstellung des GKV-Spitzenverbandes, Krankenhäuser würden in betrügerischer Absicht handeln, zurückzuweisen. Belegt ist hingegen, nicht zuletzt durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung, dass Krankenkassen im Rahmen des Morbi-RSA Falschkodierungen einforderten und betrogen haben. „Der Gipfel der Dreistigkeit ist es ja eigentlich, dass die Krankenkassen Leistungserbringer zur Falschcodierung animieren und bei Abrechnungen sanktionieren – ein seltsames Rechtsverständnis“, so Baum.

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundes- und EU-Politik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 1.942 Krankenhäuser versorgen jährlich 19,5 Millionen stationäre Patienten und rund 20 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 97 Milliarden Euro Jahresumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.