



Spitzenverband

PRESSEMITTEILUNG

18. August 2011

Krankenhäuser 2010: 45,6 Prozent aller geprüften Abrechnungen sind falsch

Durch falsche Krankenhausabrechnungen entstand den gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr ein Schaden von bis zu 1,5 Milliarden Euro. Bezahlen mussten dies die Versicherten und die Arbeitgeber über ihre Beiträge. Nachdem vor einiger Zeit die Ergebnisse des Bundesrechnungshofes, die sich auf das Jahr 2007 bezogen hatten, veröffentlicht wurden, liegen nun erstmals die bundesweiten Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen für das Jahr 2010 vor.

In zwei Schritten zur Abrechnungsprüfung

Die Krankenkassen prüfen die Krankenhausabrechnungen in einem zweistufigen Verfahren. Dabei werden die Abrechnungen in einem ersten Schritt auf Anzeichen möglicher Fehler durchgesehen. Dies können z. B. zu lange Liegezeiten bei einer leichten Erkrankung sein. In einem zweiten Schritt werden bundesweit rund elf bis zwölf Prozent aller Abrechnungen einer genauen Prüfung unterzogen. Im vergangenen Jahr hat sich gezeigt, dass bundesweit 45,6 Prozent aller so im zweiten Schritt geprüften Krankenhausabrechnungen nicht richtig waren.

„Im vergangenen Jahr war der Anteil der entdeckten fehlerhaften Krankenhausabrechnungen so hoch wie noch nie. Das könnte entweder daran liegen, dass die Prüfungen der Krankenkassen besser werden, oder daran, dass die Qualität der Krankenhausabrechnungen schlechter wird. Das Ergebnis bleibt aber gleich: Viel zu viele Abrechnungen sind falsch. Ein Gesamtschaden für die Beitragszahler von bis zu 1,5 Milliarden Euro ist nicht hinnehmbar. Die Politik muss baldmöglichst dafür sorgen, dass die Krankenhäuser endlich einen echten Anreiz haben, korrekt abzurechnen. Die Vorschläge der Krankenkassen liegen auf dem Tisch“, so Johann-Magnus v. Stackelberg, stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands.

Anreize für richtige Abrechnungen setzen

Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass die Krankenkassen die Krankenhausabrechnungen prüfen müssen. Wenn eine Krankenkasse ihrer gesetzlichen Prüfpflicht nachkommt und eine geprüfte Krankenhausrechnung richtig ist, dann muss die Krankenkasse dem Krankenhaus eine „Aufwandspauschale“ in Höhe von 300 Euro

Kontakt:
Florian Lanz
Pressestelle

Tel.: 030 206288-4200
Fax: 030 206288-84201

presse@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

zahlen. Wenn die Prüfung aber ergibt, dass die Rechnung falsch war und zugunsten der Krankenkasse korrigiert werden muss, dann passiert nichts! Das Krankenhaus muss nur den zu viel erhaltenen Betrag zurückzahlen.

„Angesichts dieser Regelung kann man nur ungläubig den Kopf schütteln. Das ist ja so, als müsste der Verkehrspolizist nach einer Alkoholkontrolle dem Autofahrer 50 Euro bezahlen, weil er nüchtern gefahren ist! Eigentlich müsste es genau umgekehrt sein – eine Strafzahlung für Falschabrechnungen. Mindestens muss bei den Krankenhäusern ebenso eine Sanktionierung erfolgen. Wir gehen davon aus, dass dadurch die Qualität der Krankenhausabrechnungen deutlich besser würde und Beitragsgelder gespart werden könnten“, so v. Stackelberg.

Beispiele

Das Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbands mit konkreten Beispielen für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de im Internet.

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 153 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber der Politik, gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern. Er übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.