



Frühen im Brutkasten
„Böse Macken im System“

sei den Beitragszahlern deshalb im vergangenen Jahr entstanden. Es geht um Rechnungen für Medikamente, die angeblich nie verabreicht wurden, für Untersuchungen, die kein Arzt je durchgeführt hat, und für Klinikübernachtungen, die kein Patient mehr gebraucht hätte. Noch nie habe man so viele falsche Abrechnungen aufgedeckt wie 2010, heißt es beim Spitzenverband der Krankenkassen.

Kliniken gegen Kassen – das ist neuerdings die wüsteste Schlacht, die im deutschen Gesundheitswesen tobt, und sie lässt keinen der Kontrahenten gut aussehen. Als „widerwärtiges Katz-und-Maus-Spiel“ beschreibt ein Facharzt für Chirurgie das Geschehen in der Leserbriefspalte des „Bayerischen Ärzteblattes“. Ein anderer schimpft, die Patienten seien zu „Spielbällen des Systems“ geworden.

Mit anderen Worten: Wer ins Krankenhaus eingewiesen wird, muss befürchten, weniger nach medizinischen als nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten behandelt zu werden.

Rund zehn Prozent der Krankenhäuser gelten nach einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung als in ihrer Existenz bedroht. Manche sind einfach schlecht geführt, andere werden von den ständig steigenden Kosten für medizinisches Gerät erdrückt.

Die Krankenkassen wiederum schauen schärfer als je zuvor auf ihre Ausgaben, damit sie ihren Patienten keine Zusatzbeiträge auferlegen müssen. Kassen wie der DAK laufen die Mitglieder in Scharen davon, seitdem der neue monatliche Obolus fällig wird.

„Der Druck auf die Prüfer, Ergebnisse zu liefern, ist deutlich gestiegen“, sagt ein ehemaliger Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Er hat deshalb im vergangenen Jahr seinen Job gekündigt.

Früher hätten sich die Gutachter noch mit den Klinikärzten an einen Tisch gesetzt, sagt er, um über strittige Fälle zu beraten. Nun sind die MDK-Prüfer in Bayern von den Kassen angewiesen, nur noch die schriftlichen Akten durchzuarbeiten. „Wenn man keinem Arzt in die Augen schauen muss, wird es natürlich leichter, Rechnungen einfach abzulehnen“, klagt der ehemalige MDK-Mann.

Auch von der Moral der Krankenhäuser hält er nicht viel. „Da wird unglaublich viel gedreht und getrickst“, sagt er. Schuld seien „böse Macken im System der Fallpauschalen“, die zu Missbrauch geradezu einladen würden.

Das ist das Prinzip, nach dem die Kliniken honoriert werden. Es setzt für jede Behandlung einen

GESUNDHEIT

Die Rechnung, bitte!

Überflüssige Operationen, zu hohe Kosten, voreilige Entlassungen? Kassen und Kliniken liefern sich neuerdings Schlammschlachten – zum Nachteil der Patienten.

Sechs Stunden dauerte die Operation im Klinikum Nürnberg. Die Ärzte öffneten die Brusthöhle des 68-Jährigen, um die Speiseröhre zu entfernen. Dann formten sie aus Teilen des Magens einen Ersatz. Es war ein Eingriff mit „hohem Risiko“, wie der Nürnberger Mediziner Alfred Estelmann sagt.

Der Kranke erholte sich rasch und konnte zwölf Tage später wieder nach Hause fahren. Die Klinik jedoch beschäftigt der Fall noch immer, juristisch wie finanziell. Denn die Krankenkasse des Patienten möchte nicht für den gesamten Aufenthalt aufkommen, sondern nur für neun Tage.

Länger hätte der Mann laut eines Gutachters der Versicherung nicht in der Klinik bleiben müssen. Der Betrag in Höhe von rund 1300 Euro für die restliche Zeit wird deshalb zurückgefordert.

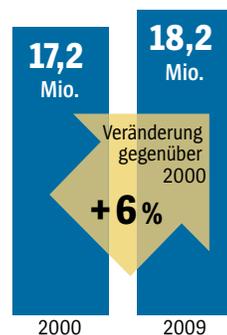
„Völlig ungerechtfertigt“, sagt Klinikleiter Estelmann. „Es wäre unverantwortlich gewesen, den Mann früher nach Hause zu schicken.“ Der Streitfall ist nur einer von unzähligen, die Estelmann mittlerweile in seinen Ordnern gesammelt hat.

Manchmal kann die Klinik beweisen, dass sie richtig gehandelt hat. Nicht jedes Mal gelingt ihr das.

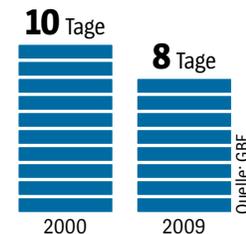
„Durch immer mehr Streitfälle versuchen uns die Kassen unter Druck zu setzen“, sagt Estelmann. „Nur damit wir die Patienten möglichst früh entlassen – ob das sinnvoll ist oder nicht.“

Die Krankenversicherer werfen den Kliniken im Gegenzug vor, überall zu tricksen, um ihren Gewinn zu maximieren. Bis zu 1,5 Milliarden Euro Schaden

Krankenhausbehandlungen in Deutschland



Verweildauer der Patienten im Krankenhaus; Durchschnitt



Festpreis an, der etwa nach Schwere des Falls und Aufwand variiert. Entsprechend groß ist die Versuchung, die Patienten so einzustufen, dass sie der Klinik den höchsten Gewinn bringen.

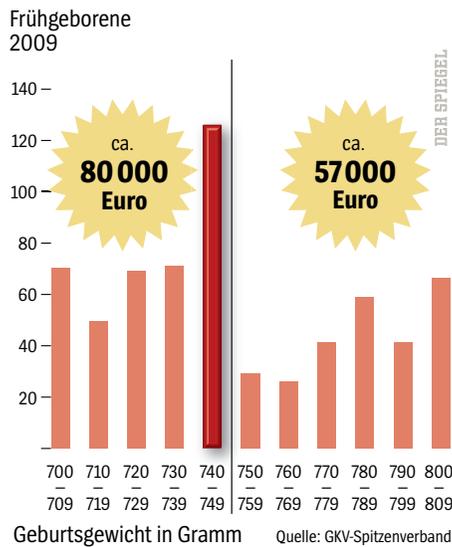
Ein absurdes Beispiel: Für die Geburt eines Frühchens, das bis zu 749 Gramm wiegt, bekommt eine Klinik rund 80 000 Euro. Wiegt es nur ein Gramm mehr, gibt es 57 000 Euro. Wundersamerweise, sagt ein Sprecher des Spitzenverbands der Krankenkassen, gebe es nun eine „statistisch nicht begründbare Häufung“ von Babys, die nur knapp über 740 Gramm wiegen würden. „Offenbar wissen schon die Frühgeborenen um die Bedeutung der richtigen Geburtsgewichtsklasse“, spottet er.

Es geht nicht nur um solche Schummeleien. Beim Expertenforum der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mainz äußerten Mediziner in diesem Jahr die Sorge, dass durch die „falschen Leistungsanreize“ manche Kliniken dazu animiert werden könnten, Frühchen auf die Welt zu bringen, obwohl es möglich gewesen wäre, die Geburt mit Medikamenten noch hinauszuzögern.

Die Frage nach der medizinischen Sinnhaftigkeit stellt sich auch bei künstlichen Hüftoperationen. Seit das System der Fallpauschalen vor einigen Jahren eingeführt

Auffällige Häufung

Ein Krankenhaus darf für die Behandlung Frühgeborener bis 749 Gramm 80 000 Euro abrechnen; über diesem Gewicht nur noch 57 000 Euro.



wurde, ist die Zahl der Eingriffe in diesem Bereich sprunghaft gestiegen. Rund 7000 Euro bekommen die Kliniken für die Operation. Auch nach Abzug aller Kosten bleibt ein ordentlicher Gewinn.

Wurde 2005 in Deutschland 194 000 Menschen eine künstliche Hüfte einge-

pflanzt, waren es 2009 bereits mehr als 213 000. Durch den demografischen Wandel der Gesellschaft allein ist dieser Zuwachs nicht zu erklären.

„Schwarze Schafe gibt es leider immer“, sagt der Nürnberger Klinikchef Estelmann. Deshalb dürfe aber nicht die ganze Branche unter Generalverdacht geraten.

Die Hospitäler in Bayern sind über die Vorwürfe der Krankenkassen so wütend, dass sie nun die Sozialgerichte mit ihren Fällen torpedieren wollen. In einer großangelegten Kampagne haben sie bereits 1400 Klagen gegen die Krankenkassen eingereicht.

Zuversichtlich stimmt die Kliniken, dass das Sozialgericht Hannover bereits zugunsten der Krankenhäuser entschieden hat. Bei dem Streit hatte sich die Krankenkasse geweigert, für die Behandlung einer schwerkranken Patientin zu bezahlen, die mit Herzbeschwerden und Atemnot eingeliefert worden war. Fünf Tage lang lag die Frau im Krankenhaus, bevor sie starb. Den MDK-Prüfern zufolge hätte die Patientin erst gar nicht aufgenommen werden dürfen. Die Ärzte hätten ihren Tod absehen müssen, um sie direkt ins Sterbehospiz zu schicken, so die Argumentation.

Diese Forderung, urteilten die Richter, sei „nicht nur inhuman, sondern geradezu verwerflich“.

KATRIN ELGER