

Abrechnungsprüfung im Krankenhaus

Schlichten statt streiten

Immer mehr Krankenhausabrechnungen weisen Mängel auf. Das geht aus einem aktuellen Papier des GKV-Spitzenverbandes hervor (siehe Seite 5). Demnach haben die Krankenhäuser allein im Jahr 2011 knapp 1,5 Milliarden Euro zu viel in Rechnung gestellt. Auch der Bundesrechnungshof wies 2010 in einem Gutachten auf das Problem der fehlerhaften Abrechnungen hin. Er forderte das Bundesgesundheitsministerium auf, einfachere Prüfregeln zu entwickeln, Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu schaffen und effektive Prüfverfahren zu etablieren. Damit ließen

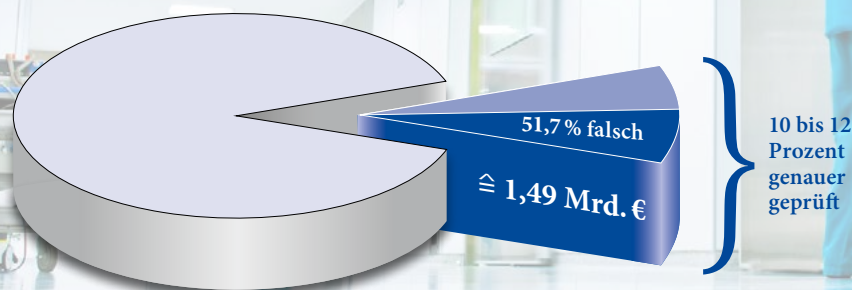
sich Fehler reduzieren und bürokratischer Aufwand verringern, so der Rechnungshof.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung im August 2013 beschlossen, die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus zu reformieren. Ziel der Neuregelungen ist es, Konflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu verhindern beziehungsweise sie schneller zu lösen. So sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam Standards für ein einheitliches Prüfverfahren entwickeln.

Ein neu zu etablierender Schlichtungsausschuss auf Bundesebene soll zudem Regeln aufstellen, die die Interpretationsspielräume bei grundsätzlichen Kodier- und Abrechnungsfragen einschränken. Darüber hinaus sollen neue Schlichtungsausschüsse auf Landesebene bei Streitigkeiten über das Ergebnis einer Abrechnungsprüfung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vermitteln und dadurch Sozialgerichte entlasten. Sanktionen für Falschabrechnungen, so wie der Bundesrechnungshof sie forderte, sind in den Neuregelungen jedoch nicht enthalten.

Fehler bei Abrechnungen kosten Kassen Milliarden

2011: 18,3 Millionen Rechnungen $\hat{=}$ 59,95 Milliarden Euro



2011 rechneten die Krankenhäuser 18,3 Millionen Fälle ab und erhielten dafür 59,95 Milliarden Euro. Die Kassen prüften zehn bis zwölf Prozent der Rechnungen, weil sie auffällig waren. Das Ergebnis: Kliniken hatten 1,49 Milliarden Euro zu viel abgerechnet. Das waren 2,49 Prozent des Gesamtrechnungsbetrags. Quelle: GKV-Spitzenverband, Destatis

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Schlichtungsverfahren:
Mit der Umsetzung hapert es

Markt und Meinung Seite 3

>> Orientierungswert steht,
Preisverhandlungen können starten

>> Übernahmen auf dem Klinikmarkt
haben Hochkonjunktur

>> DRG-System gerät ins Fadenkreuz

Versorgung und Service Seite 4

>> Kassen sollen Rechnungen schneller prüfen

>> Fachkräfte können korrekter kodieren

>> Verstöße in vier Transplantationszentren

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

>> Jede zweite geprüfte Rechnung
weist Mängel auf

„Wir brauchen Bürokratien, um unsere Probleme zu lösen. Aber wenn wir sie erst haben, hindern sie uns, das zu tun, wofür wir sie brauchen.“

Ralf Dahrendorf,
deutsch-britischer Soziologe, Politiker und Publizist

Schlichtungsverfahren auf Landesebene

Gut gemeint, schlecht gemacht

Streitigkeiten über fehlerhafte Klinikrechnungen landen oft vor dem Richter. Um die Klageflut zu reduzieren, hat die Bundesregierung eine neue Regelung auf den Weg gebracht: Ab dem 1. August 2013 sollen neu zu etablierende Schlichtungsausschüsse auf Landesebene bei Konflikten zwischen Kassen und Kliniken vermitteln. Bis jetzt existieren sie aber nur auf dem Papier, weil sich die gesetzlichen Vorgaben nicht so einfach realisieren lassen.

Bereits während des Gesetzgebungsverfahrens sah der Bundesrat erhebliche Umsetzungsprobleme, unter anderem wegen der Menge der strittigen Fälle. Aufgrund der neuen Regelung entstehe zudem eine Rechtslücke, heißt es in seinem Antrag vom Juli 2013. Denn mit dem Inkrafttreten des Gesetzes können Sozialgerichte Fälle mit ei-

nem Streitwert unterhalb von 2.000 Euro ablehnen. Diese müssen nach dem Gesetz zuerst in den Schlichtungsausschuss. Da aber laut Bundesrat keines der Länder über eine solche Instanz verfügt, stehen die Fälle mangels einer Übergangslösung ab 1. August im rechtlichen Vakuum. Die Regelung sei deshalb unpraktikabel und sollte überprüft werden, so die Länderkammer.

Den gleichen Tenor hat ein Brief des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Darin bitten sie, das Schlichtungsverfahren bis Juli 2014 auszusetzen, damit die Selbstverwaltung in den Ländern Zeit bekomme, sinnvoll strukturierte Ausschüsse zu bilden. Die Kassen und Krankenhäuser vor Ort werden noch deutlicher. So

schreiben Vertragspartner aus Rheinland-Pfalz an Sozialminister Alexander Schweitzer, dass die Umsetzung der Neuregelung in der Praxis große Schwierigkeiten bereite. Ein Problem ist dem Schreiben zufolge die personelle Besetzung der Ausschüsse. Nach Berechnungen der Selbstverwaltung werden allein in Rheinland-Pfalz bis zu 60 Mitarbeiter benötigt. Mit weniger Personal seien die zu erwartenden Fälle nicht zu bewältigen. Außerdem sind aus Sicht der Kassen und Kliniken die Fragen der Finanzierung und des Datenschutzes noch nicht geklärt. Ähnliche Schreiben gingen auch an Sozialministerien in Sachsen-Anhalt und Bremen.

Diese Herausforderungen sind zu meistern

3.500 bis 6.500
strittige Fälle

30 bis 60
Mitarbeiter nötig

Finanzierung?
Datenschutz?



Rheinland-Pfalz hat vorgerechnet: Um die erfahrungsgemäß anfallenden 3.500 bis 6.500 Fälle mit einem Streitwert unter 2.000 Euro zu bearbeiten, braucht ein Schlichtungsausschuss mindestens 30 bis 60 Mitarbeiter. Hinter der Finanzierung und dem Datenschutz steht allerdings bis jetzt ein großes Fragezeichen. Quelle: KG und Kassen Rheinland-Pfalz

PRESSEECHO

Verdacht auf Manipulationen

Wegen möglicher Manipulationen bei Lebertransplantationen ermittelt die Staatsanwaltschaft nun auch gegen die Universitätsklinik Münster. Oberstaatsanwalt Heribert Beck bestätigte dies gegenüber dpa. Ob es zu einer Anklage komme, sei noch offen. Derzeit läuft in Göttingen das bundesweit erste Verfahren, in dem einem Arzt nach Manipulation von Patientendaten ein Tötungsdelikt vorgeworfen wird.

Frankfurter Rundschau, 29.09.2013

Thüringen kürzt Fördermittel

Der Doppelhaushalt 2013/2014 in Thüringen sieht Kürzungen um mehr als 40 Prozent bei der Investitionsförderung für Krankenhäuser vor. Die Kürzungen sollen die pauschalen Fördermittel betreffen. In diesem Jahr stehen dafür 16,5 Millionen Euro zur Verfügung, 2014 werden es nur noch 16 Millionen Euro sein. 2012 waren es noch 30 Millionen Euro. Die entsprechende Pauschalmittelverordnung soll noch in diesem Herbst verabschiedet werden.

Thüringer Allgemeine, 18.09.2013

Fünfte Komfortstation in Berlin

Die Berliner Vivantes Kliniken haben ihre fünfte Komfortstation für somatische Patienten eröffnet. Die Zimmer verfügen über HD-Fernseher, Kühlschrank, kostenloses WLAN. Es gibt Lounge-Ecken, eine Dachterrasse mit Blick über Berlin, ein Speisezimmer, ein Obstbuffet und andere Annehmlichkeiten. Patienten zahlen dafür pro Tag einen Zuschlag von 60 Euro im Zweibettzimmer und 125 Euro im Einzelzimmer.

Ärzte Zeitung, 02.09.2013

Preise für Krankenhausleistungen

Verhandlungen können starten

Das Statistische Bundesamt hat es bereits verkündet: Der Orientierungswert 2014 für Krankenhäuser beträgt 2,02 Prozent. Das bedeutet, dass im zweiten Halbjahr 2012 und im ersten 2013 die Krankenhauskosten um diesen Wert gestiegen sind (Personalkosten um 2,65 Prozent; Sachkosten um 1,04 Prozent). Der Orientierungswert liegt somit unter der diesjährigen Grundlohnrates in Höhe von 2,81 Prozent, die nun automatisch als Veränderungswert gilt. Der Veränderungswert begrenzt die Preis-, nicht aber die Erlösentwicklung der Krankenhäuser. Durch die Leistungsausweitung, die jährlich fast drei Prozent ausmacht, steigen die Erlöse der Kliniken mehr als doppelt so stark wie das Preisniveau und mit den Erlösen auch die Ausgaben der Kassen.

Bundeskartellamt

Übernahmen immer häufiger

In den Jahren 2011 und 2012 hat das Bundeskartellamt 30 Fusionen von Krankenhäusern in Deutschland geprüft. Der Konzentrationsprozess habe sich verstärkt, schreibt das Kartellamt in seinem aktuellen Tätigkeitsbericht. Danach treten neben den großen privaten Konzernen vermehrt öffentliche und freigemeinnützige Träger als Erwerber auf. Derzeit prüft das Amt einen Megakauf auf dem privaten Klinikmarkt: Fresenius-Tochter Helios will nach eigenen Angaben 43 Kliniken und 15 medizinische Versorgungszentren der Rhön-Klinikum AG übernehmen. Der Kaufpreis beläuft sich auf 3,07 Milliarden Euro. Laut Fresenius entsteht durch die Transaktion der größte private Klinikbetreiber Europas.

DREI FRAGEN AN ...

... **Professor Dr. Ernst Hauck**,
Richter am Bundessozialgericht



Schlichtungsverfahren eröffnet neue Chancen

Halten Sie die Neuregelung zu den Schlichtungsverfahren für zielführend?

Schlichtungsverfahren für Abrechnungsprüfungen und ihre obligatorische Vorschaltung vor Klagen eröffnen neue Chancen. Sie können früher Spreu vom Weizen trennen, etwa Grundsatzprobleme früher sichtbar und lösbar machen. Die Verfahrensbündelung kann wichtige Zusatzinformationen generieren. Die Schlichtungsverfahren schaffen Gelegenheit, schneller und kostengünstiger Rechtsfrieden zu bewirken. Dazu müssen die Schlichtungsausschüsse aber nicht nur quantitativ, sondern qualitativ hinreichend ausgestattet sein. Als Risiko droht bei unzureichender Ausstattung und Überlastung ein neuer, hemmender, bürokratischer Flaschenhals, der Verzögerung statt Entlastung verursacht.

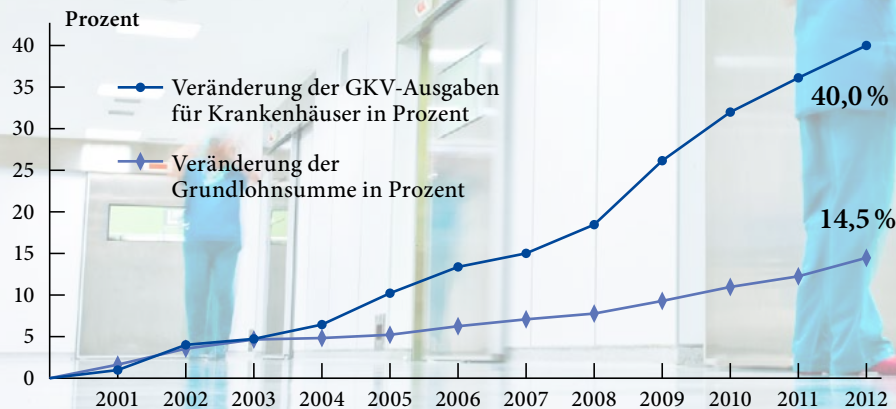
Werden denn die Schlichtungsverfahren Sozialgerichte entlasten können?

Ja, wenn ihr Potenzial genutzt wird und sich die Beteiligten innerlich auf das Verfahren einlassen.

Wie lässt sich sonst die Klageflut reduzieren?

Wundermittel fehlen. Hilfreich sind bessere Kommunikation, Information und Qualität der Kritik. Sie schaffen Vertrauen und professionelleren Umgang miteinander.

Ausgaben steigen schneller als Einnahmen



Die Grundlohnsomme, also die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, ist zwischen 2000 und 2012 um 14,5 Prozent gewachsen. Im selben Zeitraum stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlung um 40 Prozent.
Quelle: KJ1, KV 45, Destatis

DRGs im Fadenkreuz

Lob und Tadel

Die Bundesregierung hat bestätigt, dass in Deutschland erheblich mehr operiert wird als in anderen Ländern. Das teilte sie auf eine Kleine Anfrage der Linken-Bundestagsfraktion mit. Diese zog daraus den Schluss, dass in deutschen Kliniken unnötig operiert wird, um Gewinne zu machen. Das Abrechnungssystem der Krankenhäuser gefährde die Gesundheit der Patienten, so das Fazit. Zur gegenteiligen Einschätzung kommt die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung in ihrem Positionspapier „Zukunft der Krankenhäuser“. Sie mahnt nur geringfügige Änderungen am DRG-System an.

Empfehlungen für Chefarztverträge

Ärzte sollen auch Manager sein

Der Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands und der Verband Leitender Krankenhausärzte haben sich auf „Gemeinsame Positionen zur wirtschaftlichen Mitverantwortung des Leitenden Krankenhausarztes und zu Zielvereinbarungen“ verständigt. Unter anderem befürworten die Verbände bonusorientierte Zielvereinbarungen als variablen Bestandteil der Chefarzt-Vergütung. Finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen lehnen sie dagegen ab. Dem Papier zufolge schließt das allerdings nicht aus, dass leitende Ärzte auch ökonomische Verantwortung für ihr medizinisches Handeln tragen. Dabei soll das betriebswirtschaftliche Denken dazu dienen, medizinisch notwendige Maßnahmen effektiv umzusetzen. Die Indikationsstellung dürfe aber nicht davon beeinflusst werden.

Umfrage zur Abrechnungsprüfung

Fachkräfte kodieren korrekter

Rechnungen von Kliniken, die über Kodierfachkräfte verfügen, werden von Krankenkassen seltener beanstandet. Die Prüfquote in solchen Häusern liegt um 1,5 Prozent niedriger als in Kliniken, in denen Ärzte kodieren. Das geht aus einer aktuellen nicht repräsentativen Umfrage zur Abrechnungsprüfung im Krankenhaus hervor, die medinfoweb.de, das Portal für Informatik, Ökonomie, Marketing und Qualitätsmanagement im

Gesundheitswesen, regelmäßig macht. An der Umfrage nahmen 285 Kliniken aus 14 Bundesländern teil. Nach Angaben der Krankenhäuser prüfte der MDK im Jahr 2012 im Durchschnitt zwölf Prozent der Rechnungen. Daneben gaben 36 Prozent der befragten Krankenhäuser an, dass sie Fragen zu den gestellten Rechnungen immer öfter direkt mit den Kassen klären. Als häufigsten Prüfungsgrund nannten die Kliniken Fehlbelegung im Zusammenhang mit der Verweildauer. Fast 61 Prozent der Prüfungen gehen darauf zurück. Dann folgen die Hauptdiagnosen-Kodierung mit 17,7 Prozent und die Kodierung von Nebendiagnosen mit 15,7 Prozent.

Lebertransplantationszentren

Verstöße bei Organvergabe

Die Prüfberichte für die 24 Lebertransplantationsprogramme in Deutschland liegen vor. Danach haben die Prüfungs- und Überwachungskommissionen in vier Transplantationszentren schwerwiegende Richtlinienverstöße festgestellt. Es handelt sich neben den bekannten Fällen an den Unikliniken Göttingen, Leipzig und München rechts der Isar auch um das Universitätsklinikum Münster. Die Verstöße hatten nach Darstellung der Prüfer zur Folge, dass für bestimmte Patienten die Dringlichkeit zur Lebertransplantation erhöht wurde und sie damit auf der Warteliste weiter nach vorn rückten.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE

7. November 2013 in Berlin

- praxisforum personal: 7. Jahreskonferenz für modernes Personalmanagement im Krankenhaus

20. bis 23. November 2013 in Düsseldorf

- 36. Deutscher Krankenhaustag

26. und 27. November 2013 in Augsburg

- „Augsburger Perspektiven“ zum Thema „Klinikmanagement und regionale Versorgung“

28. und 29. November 2013 in Berlin

- 7. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit

PERSONALIA

Stumpff übernimmt Geschäfte in Ulm



Der Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Ulm hat Dr. Joachim Stumpff zum neuen Kaufmännischen Direktor bestellt. Der genaue Zeitpunkt seines Dienstantritts wird noch festgelegt. Der promovierte Frauenarzt war zuvor Geschäftsführer am Klinikum Ludwigshafen.

Bayern hat eine neue Ministerin



In Bayern gibt es nun ein Gesundheitsministerium, und seine Chefin heißt Melanie Huml. Ministerpräsident Horst Seehofer hat den Bereich Gesundheit aus dem Umweltministerium ausgegliedert und die 38-jährige Ärztin zur Ministerin befördert. In den vergangenen fünf Jahren war Huml Staatssekretärin im Umwelt- und Gesundheitsministerium und zuvor ein Jahr lang Staatssekretärin im Sozialministerium.

Rhön-Manager wechselt zu MediClin



Volker Feldkamp wechselt zum 1. Januar 2014 in den Vorstand der Klinikgruppe MediClin, die zum privaten Krankenhausbetreiber Asklepios gehört. Er wird die Nachfolge des Vorstandsvorsitzenden Frank Abele antreten, der MediClin zum Jahresende 2013 auf eigenen Wunsch verlässt. Feldkamp war zuletzt Vorstandsmitglied der Rhön-Klinikum AG.

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

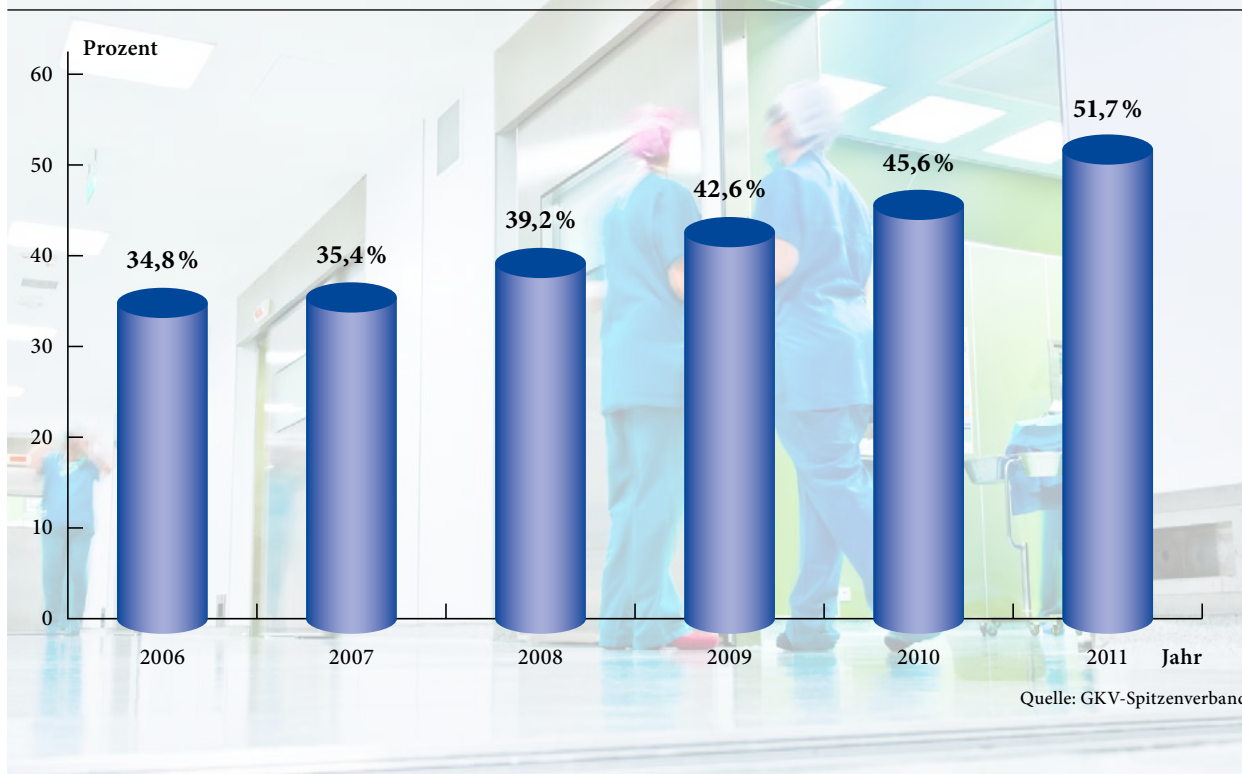
>> Krankenhausleistungen im Fokus

>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> Krankenhausbudgets

Anteil der fehlerhaften Abrechnungen steigt kontinuierlich



Jede zweite geprüfte Rechnung weist Mängel auf

Im Jahr 2011 haben Kliniken 1,5 Milliarden Euro zu viel abgerechnet. Das geht aus einem aktuellen Papier zur Abrechnungsprüfung des GKV-Spitzenverbandes hervor. Danach hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei 51,7 Prozent der geprüften Rechnungen Fehler festgestellt. Im Jahr 2006 waren es noch 34,8 Prozent.

Der Medizinische Dienst überprüft von allen Krankenhausabrechnungen aber nur diejenigen genauer, bei denen es Anhaltspunkte für mögliche Unregelmäßigkeiten gibt, zum Beispiel zu lange Liegezeiten. Das sind nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes jedes Jahr etwa zehn bis zwölf Prozent aller Abrechnungen. Daran hat auch die 2007 eingeführte Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro (ab 2009) nichts geändert. Die Pauschale müssen Kassen an Kliniken zahlen, wenn die geprüfte Rechnung keine Unstimmigkeiten aufweist.

Für fehlerhafte Abrechnungen ist teils Nachlässigkeit die Ursache, teils Absicht. Sanktionen müssen die Kliniken nach der aktuellen Gesetzeslage aber nicht fürchten. Liefern sie fehlerhafte Rechnungen ab, müssen sie nur den Differenzbetrag an die Krankenkassen zurückzahlen.