

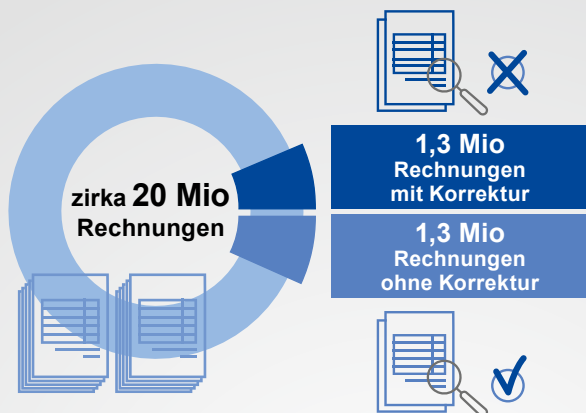
Bundesrechnungshof zu Krankenhausabrechnungen

Falschabrechner sanktionieren

Die Zahl der fehlerhaften Krankenhausabrechnungen hat 2018 einen Höchststand erreicht. Fehlbelegungen und die Vertauschung von Haupt- und Nebendiagnose gehören zu den häufigsten Kodierfehlern bei der Rechnungsstellung. Die Berliner Universitätsklinik Charité geriet zuletzt sogar mit erfindenen Institutsnamen in die Schlagzeilen. Jedes Jahr holen sich die Kassen im Rahmen der Rechnungsprüfung einen Milliardenbetrag von den Krankenhäusern zurück.

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Klinikrechnungen auf die Notwendigkeit und Dauer der Behandlung sowie die Korrektheit der Kodierung zu prüfen. Infolge fehlerhafter Rechnungen zahlten Krankenhäuser 2016 rund 2,2 Milliarden Euro an die Kassen zurück. Das hat der Bundesrechnungshof (BRH) für seinen aktuellen Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, der der Redaktion vorliegt, ermittelt. Davon gingen 1,2 Milliarden Euro auf die sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zurück. Tatsächlich ist jede zweite durch den MDK geprüfte Rechnung fehlerhaft. Und je mehr geprüft wird, desto mehr unkorrekte Rechnungen treten zutage, stellte der BRH fest. Eine der Ursachen sei die Komplexität des Abrechnungssystems. Der weitaus größere Teil falscher Rechnungen gehe jedoch auf „erlösorientiertes Up- oder Falschcoding“ seitens der Kliniken zurück. Für die Krankenhäuser ist dieses Vorgehen bisher ohne Risiko. Sowie der Fehler offensichtlich wird, zahlt die Klinik maximal den falschen Rechnungsbetrag zurück. Erweist sich dagegen die durch den MDK geprüfte Rechnung als korrekt, zahlt die Krankenkasse dem Krankenhaus 300 Euro als Aufwandspauschale. Allein diese Pauschalen addieren sich jedes Jahr zu einem dreistelligen Millionenbetrag. Der Bundesrechnungshof plädiert deshalb in seinem Bericht dafür, die gesetzlichen Grundlagen der Abrechnungsprüfung weiterzuentwickeln. Die Aufwände sollten reduziert, die Anreize für korrektes Abrechnen erhöht und Schlichtungsverfahren gestärkt werden. Auch Sanktionen für falsch abrechnende Kliniken könnten nach Ansicht des BRH „zur Genauigkeit beitragen“.

MDK-Bilanz für 2018: Jede zweite Klinikrechnung war fehlerhaft



2,6 Millionen von rund 20 Millionen Rechnungen wurden 2018 durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft. Quelle: MDK; Grafik: AOK-Bundesverband

Illustration: iStockphoto

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> „Hohes Einigungspotenzial“ – Interview mit Kathleen Heinrich-Reichow, Richterin am Sozialgericht Neuruppin

Markt und Meinung Seite 3

>> Gesetzliche Vorgaben zur Hygiene stärken
>> Krankenhäuser erhalten 75 Milliarden Euro
>> Investitionen bleiben unterfinanziert

Versorgung und Service Seite 4

>> Berlin und Brandenburg planen gemeinsam
>> Statistik weist weniger Behandlungsfehler aus
>> Kliniken verharren im analogen Zeitalter

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> Die Effizienz der MDK-Verfahren nimmt zu

„Um ausreichend Geld aus dem Topf zu bekommen, schummeln die Kliniken bei der Codierung, führen zuweilen auch unnötige Prozeduren durch.“

Harald Weinberg, Gesundheitsexperte der Linken im Bundestag, anlässlich der Veröffentlichung der aktuellen Zahlen zur Begutachtung von Krankenhausrechnungen für das Jahr 2018

Richterin zur Situation an den Sozialgerichten

„Das Einigungspotenzial ist hoch“

Die Vielzahl an Konflikten bei der Krankenhausabrechnung schlägt sich auch vor Gericht nieder. Dort landen die Fälle, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht auf Anhieb überzeugen konnte. „Blickpunkt Klinik“ sprach darüber mit Kathleen Heinrich-Reichow, Richterin am Sozialgericht Neuruppin.

In welchem Verhältnis werden die Krankenhausrechnungen bei Klageverfahren entschieden und wie viele Urteile gehen davon in die Revision?

In den letzten fünf Jahren wurden beim Sozialgericht Neuruppin zirka 850 Krankenhausverfahren beendet. In etwa fünf Prozent der Fälle erging ein Urteil, davon wurde ungefähr ein Drittel mit der Berufung angegriffen. Die übrigen Verfahren endeten unstreitig, also durch Vergleiche (etwa 20 Prozent), Erledigungserklärungen (10 Prozent), Anerkenntnisse (26 Prozent) oder Klagerücknahmen (38 Prozent).

Was ist der häufigste Grund für die Verfahren?

Die Sozialgerichte entscheiden nur über einen kleinen Teil der durch den MDK geprüften Verfahren; unsere Erfahrungen sind daher nicht repräsentativ. Bei vielen Klagen ist aber augenfällig, dass die Begutachtung durch den MDK nicht gründlich genug erfolgt ist; sei es in fachlicher Hinsicht oder, weil die Tatsachen nicht ausreichend ermittelt wurden. Weitere Gründe für Klagen sind die Auslegung der Kodierrichtlinien und die Inhalte der OPS-Codes. Rückläufig sind meines Erachtens Streitigkeiten, bei denen es um die Notwendigkeit des ersten oder letzten Belegungstages geht.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz hat sich die Verjährungsfrist für Krankenkassen um zwei Jahre verkürzt. Welche Folgen hat das für Ihren Alltag?

Die Verkürzung der Verjährungsfrist hat zu einer Klageflut geführt. Allein in Neuruppin wurden etwa 6.000 Behandlungs-

fälle anhängig gemacht. Künftig rechne ich mit einer Straffung der Rechnungsprüfung, was zu einer weiteren Belastung des MDK führen und die Qualität der Begutachtung beeinflussen dürfte. Außerdem fürchte ich, dass die gütlichen Einigungsversuche unter größerem Zeitdruck erfolgen müssen.

Ist eine korrekte Abrechnungspraxis ohne Sanktionen für falsch abrechnende Kliniken überhaupt vorstellbar?

Sanktionen könnten Abrechnungsfehlern wahrscheinlich vorbeugen. Das heißt aber nicht, dass sie erforderlich sind. Wie hoch die Fehlerquote bei der Gesamtheit der jährlich 20 Millionen Krankenhausabrechnungen ist, wissen wir nicht. Zudem zieht das Strafrecht eine Grenze bei *bewusst* fehlerhaften Abrechnungen. Die Frage ist auch, ob Sanktionen die Kliniken nicht motivieren würden, noch energischer gegen Rechnungskürzungen vorzugehen. Schließlich wäre auch ein System mit positiven Anreizen denkbar.

Welche Reformen würden Ihre Arbeit erleichtern?

Seit dem 1. Januar 2016 sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Überprüfung der Ergebnisse der MDK-Gutachten die Möglichkeit vor, dass die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Bei medizinischen Fragen könnte deren Entscheidung die Gerichte wirksam entlasten. Zudem begrüßen wir die Strukturierung des Prüfverfahrens durch die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) mit klaren Fristen. Der MDK sollte entweder gestärkt oder durch externe Gutachter entlastet werden.

PRESSEECHO

Die Leitstelle funktioniert

Die Bündelung von Anrufen im Notdienst und im Ärztlichen Bereitschaftsdienst hilft, Patienten in die richtige Versorgungsschiene zu lotsen. Das zeigen erste Erfahrungen mit dem Projekt „Integrierte Leitstelle“ in den Kreisen Höxter, Lippe und Paderborn. Dort sind seit einem halben Jahr die Nummern des Notrufs, des Krankentransports und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zusammengeschaltet. Der Erfolg zeigt sich in kürzeren Wartezeiten für Patienten und mehr echten Notfällen in den Notaufnahmen.

Ärzte Zeitung, 1. April 2019

55 Millionen Euro für Würselen

Das Rhein-Maas-Klinikum in Würselen will 55 Millionen Euro investieren. Geldgeber sind die Städteregion Aachen und die Knappschaft-Bahn-See. Das Geld soll bis 2025 in den Ausbau einzelner Kliniken, neue Medizintechnik, Fortbildung und Personal fließen. Für Mitarbeiter sind Projekte zur Stressentlastung geplant.

WDR Nachrichten, 18. März 2019

Umbau am Klinikum Chemnitz

Der kommunale Vollversorger Klinikum Chemnitz wird für 88 Millionen Euro ausgebaut und modernisiert. Bis Mitte 2022 soll am Hauptstandort ein vierstöckiger Neubau entstehen. An bestehenden Häusern sind umfangreiche Umbauten geplant, damit die Wege für Beschäftigte und Patienten kürzer werden. Weitere Flächen sind für ein modernes OP-Zentrum und technische Infrastruktur vorgesehen.

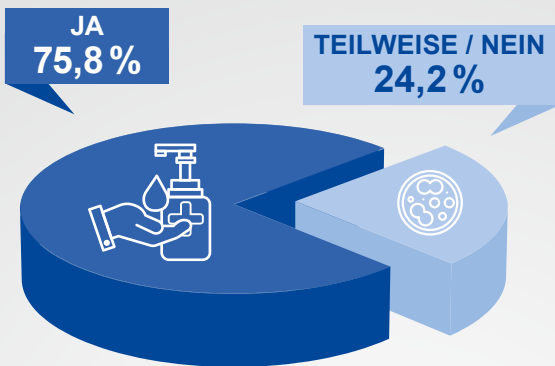
kma-online, 11. März 2019

Hygiene im Krankenhaus

Die Vorgaben reichen nicht aus

Die Mitarbeiter deutscher Kliniken halten die gesetzlichen Vorgaben zur Hygiene für unzureichend. Das ist das Ergebnis des Hygieneradars 2018, einer Online-Studie von Klinikmitarbeitern aus Häusern jeder Größe, die die Wisag Facility Management durchgeführt hat. Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger bleiben nach Ansicht der Befragten die größte Herausforderung. Doch weder das Infektionsschutz- noch das Krankenhausstrukturgesetz machten die nötigen Vorgaben, um die Infektionszahlen in Deutschland flächendeckend zu senken. Selbst die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) gelten als nicht hinreichend.

KRINKO-Empfehlungen: Nur drei von vier Häusern setzen sie um



Ein knappes Viertel der Studienteilnehmer sagt, die eigene Klinik berücksichtige die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts gar nicht oder nur teilweise. Quelle: Wisag; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStockphoto

Landesbasisfallwerte

75 Milliarden Euro für Kliniken

Die vereinbarten Erlöse der zirka 1.500 somatischen Kliniken in Deutschland steigen 2019 um 2,35 Prozent auf 75 Milliarden Euro. Das ergeben Hochrechnungen des AOK-Bundesverbandes auf Basis der vereinbarten Mengen und Landesbasisfallwerte. Bei den Erlösen macht Berlin mit 3,55 Prozent Plus den größten Sprung auf insgesamt 3,7 Milliarden Euro; am wenigsten dynamisch entwickeln sich die Einnahmen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit Zuwächsen von 1,48 Prozent auf 8,5 Milliarden Euro. Für den moderaten Anstieg ist vor allem die seit Jahren erstmals rückläufige Mengenerwartung verantwortlich: Im Bundesdurchschnitt sinkt das Casemix-Volumen gegenüber 2018 um 0,19 Prozent.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Investitionsfinanzierung

Engagement der Bundesländer bleibt weiter unter Bedarf

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt bundesweit deutlich über sechs Milliarden Euro pro Jahr. Das zeigt die Investitionsanalyse für das Jahr 2019, auf die sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausesellschaft verständigt haben. Die Veröffentlichung der sogenannten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) soll den Bundesländern helfen, ihre Investitionsmittel zu kalkulieren und gezielt zu verteilen. Derzeit zahlen die Länder nur etwa die Hälfte der Summen, die die Kliniken für den Erhalt ihres Bestandes benötigen. In die Kalkulation sind erstmals die Daten von 83 Kliniken eingeflossen, fast doppelt so viele wie bisher. Zudem wurden auch tagesbezogene IBR für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert. Sie werden in einem eigenen Katalog veröffentlicht.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... Prof. Dr. Andrew Ullmann

Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag und Obmann der FDP-Fraktion



Keine einfache Lösung in Sicht

Liegt es wirklich am DRG-System, dass so viele Klinikabrechnungen beanstandet werden müssen?

Unser DRG-System ist mittlerweile sehr komplex. Das führt dazu, dass Abrechnungsfehler schwer ersichtlich und Prüfungen aufwendig sind. Auch das Missbrauchsrisiko steigt, wenn alle Akteure wissen, dass Unregelmäßigkeiten kaum aufgedeckt werden können. Anders liegen die Dinge bei der Frage, ob eine stationäre Behandlung wirklich notwendig war. Hier liegen die Ursachen in den sektoralen Rahmenbedingungen, bei den stationären Versorgungsstrukturen und in der Finanzierung der Krankenhäuser.

Wie lässt sich die Kodierung verbessern?

Hier gibt es keine einfachen Lösungen. Aber die Vereinfachung des DRG-Systems, eine fallbegleitende Kodierung und die Nutzung digitaler Hilfen könnten eine Verbesserung bringen.

Wo sehen Sie den Reformbedarf beim Thema Abrechnungsprüfung?

Die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro, die die Krankenkassen bei Abrechnungsprüfung ohne Beanstandung zahlen müssen, ist richtig. Auf der anderen Seite sollten aber bei Abrechnungsfehlern auch die Krankenhäuser eine Pauschale zahlen, damit auf der Seite der Kliniken Fehlanreize minimiert werden.

Krankenhausplanung

Berlin und Brandenburg wollen künftig gemeinsam planen

Berlin und Brandenburg wollen ihre jeweiligen Klinikkapazitäten ab 2021 auf der Basis gemeinsamer Grundsätze und Versorgungsziele planen. Eine entsprechende Vereinbarung haben die Kabinette beider Bundesländer getroffen. Im ersten Schritt werden die Qualitätsnormen und Krankenhausgesetze angepasst. Darüber hinaus sollen vor allem hochspezialisierte Leistungen in beiden Ländern aufeinander abgestimmt werden. Transplantationen von Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse und Niere sollen die Charité und das Deutsche Herzzentrum Berlin übernehmen. Die herzchirurgische Versorgung soll im Deutschen Herzzentrum Berlin, der Charité, dem Brandenburgischen Herzzentrum Bernau und dem Sana-Herzzentrum in Cottbus stattfinden. 2016 wurden rund 108.000 Brandenburger in Berliner Kliniken behandelt, 21.000 Berliner lagen in Brandenburger Krankenhäusern.

Behandlungsfehler

Zahl der Vorwürfe geht zurück

Die Zahl der Anträge bei der Bundesärztekammer (BÄK) auf Prüfung eines Behandlungsfehlers ist 2018 erneut zurückgegangen. Insgesamt registrierten die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 10.647 Vorwürfe; 2017 waren es

noch 12.797. Drei Viertel der Verfahren (75,9 Prozent) richteten sich gegen Kliniken. In insgesamt 1.499 Fällen stellten die Gutachter fest, dass ein Behandlungsfehler oder ein Mangel bei der Risikoaufklärung einen gesundheitlichen Schaden verursacht hat. Operative Therapien bei Arthrosen des Knie- und Hüftgelenks bilden die größte Gruppe bei den Fehlervorfällen, gefolgt von Operationen bei Oberschenkelfrakturen und Bandscheibenschäden. Dementsprechend waren unfallchirurgische und orthopädische Behandler mit Abstand am häufigsten in die Schlichtungsverfahren involviert (1.690 Mal); 68 Mal wurden Behandlungsfehlervorfälle nach allgemein-chirurgischen und 455 Mal nach internistischen Behandlungen erhoben. Nicht berücksichtigt sind Fälle, in denen Streitigkeiten direkt zwischen Patienten und Arzt oder Klinik, von Versicherungen oder vor Gerichten beigelegt wurden.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Krankenhaus-Report 2019

Digitaler Nachholbedarf

Die deutschen Krankenhäuser hinken bei der Digitalisierung im internationalen Vergleich hinterher. Wie der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigt, arbeiten rund 40 Prozent der deutschen Kliniken kaum mithilfe digitaler Technologien. Ein weiteres Strukturdefizit kleiner Häuser: Besonders ausgeprägt ist der digitale Rückstand bei Kliniken mit weniger als 200 Betten.

>> www.wido.de

TERMINE

8. Mai 2019 in Düsseldorf

16. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag

9. und 10. Mai 2019 in Berlin

14. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

21. bis 23. Mai 2019 in Berlin

Hauptstadtkongress 2019: Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsberufe in Zeiten des digitalen Wandels

PERSONALIA

Fritzen vervollständigt die neue Führung bei der AOK Nordost



Hans-Joachim Fritzen wird stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. Ab 2020 unterstützt er die künftige Vorstandsvorsitzende Daniela Teichert, die bereits Ende 2018 vom Verwaltungsrat gewählt wurde. Beide treten ihr Amt offiziell zum 1. Januar 2020 an und lösen damit den langjährigen Vorstand Frank Michalak ab. Michalak steht aus Altersgründen nicht mehr zur Verfügung.

Annabelle Neudam führt die Geschäfte der Qualitätskliniken



Annabelle Neudam hat die Geschäftsführung der Qualitätsinitiative 4QD – Qualitätskliniken.de übernommen. 2010 verantwortete sie den Aufbau und die Leitung der Geschäftsstelle in Berlin, war Assistentin der Geschäftsführung und leitete seit 2016 den Geschäftsbereich Reha. Sie löst Thomas Bublitz ab.

Schreck wechselt zum VKD



Dr. Jens-Uwe Schreck ist neuer Geschäftsführer des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). Er übernimmt das Amt von Gabriele Kirchner. Zuvor hat der Chirurg und Gesundheitswissenschaftler die Geschäfte der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg geführt.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

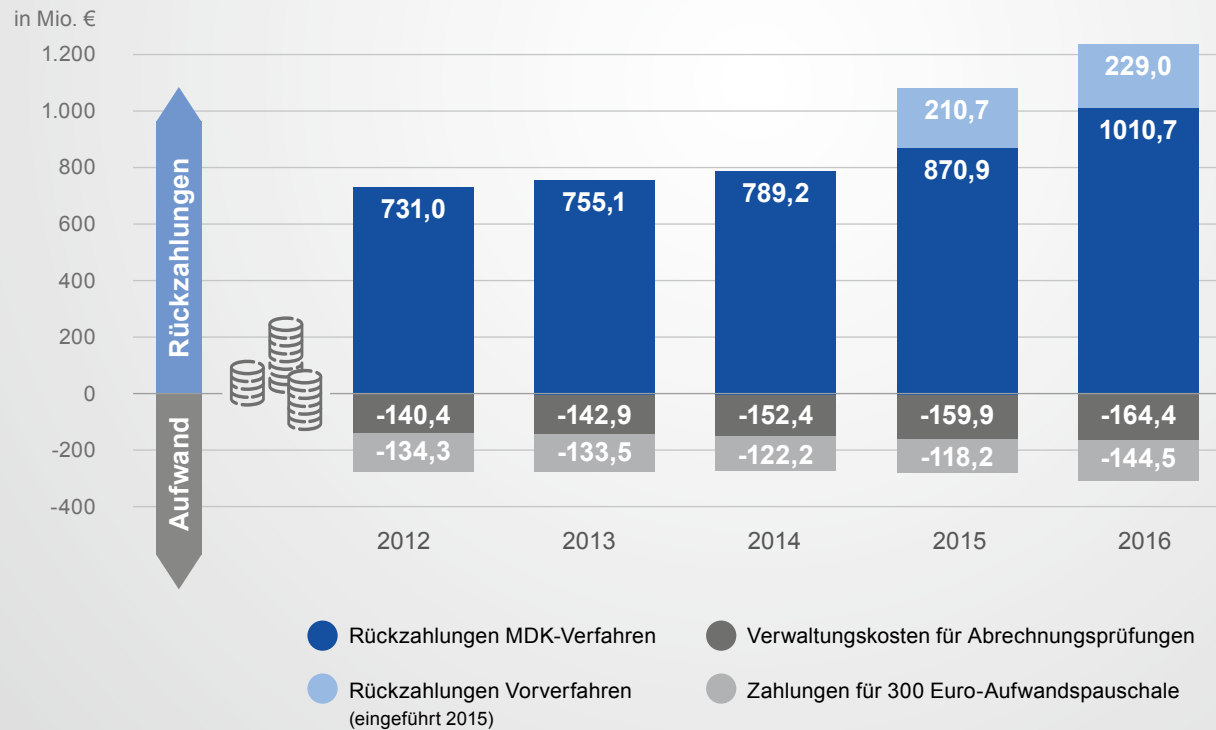
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Rechnungsprüfung durch den MDK: Die Effizienz der Verfahren steigt



Der Bedarf an Prüfungen durch den MDK nimmt zu

Nach Schätzung des Bundesrechnungshofes lag die Summe der Rückzahlungen aller gesetzlichen Krankenkassen infolge fehlerhafter Rechnungen 2016 bei 2,2 Milliarden Euro. Davon gingen 1,2 Milliarden Euro auf die Prüfungsverfahren der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zurück. Das ergab eine Hochrechnung auf der Basis von Prüfungen bei zwölf gesetzlichen Krankenkassen, die zusammen 64 Prozent aller Versicherten (46 Millionen Personen) repräsentieren. Bei den geprüften Kassen erhöhten sich die Aufwände für Rechnungsprüfungen zwischen 2012 und 2016 relativ geringfügig – von etwa 275 auf 309 Millionen Euro. Die Rückzahlungen hingegen stiegen im gleichen Zeitraum von 731 Millionen auf 1,2 Milliarden Euro.

Der Anteil der Rückzahlungen infolge des 2015 etablierten Vorverfahrens entwickelte sich in den ersten beiden Jahren verhalten. Die Regelung sieht vor, dass die Kassen über auffällige Rechnungen, bei denen es um kleinere Beträge geht, direkt mit den Krankenhäusern verhandeln können. Das Vorverfahren sollte ursprünglich zur Entlastung des MDK beitragen.

Illustration: Stockphoto