Operatives und strategisches Medizincontrolling

Herausgeber Dr. Nikolaus von Dercks

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

LESE-PROBE

inkl. rechtliche Neuregelungen 2020

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Operatives und strategisches Medizincontrolling

Herausgeber Dr. med. Nikolaus von Dercks

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

© 2020 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: MG – Fotolia, Universitätsklinikum Leipzig

ISBN (Buch): 978-3-96474-335-0
ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-336-7

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur zweiten Auflage . . . 3
Vorwort zur ersten Auflage . . . 7
Abbildungsverzeichnis . . . 16
Abkürzungsverzeichnis . . . 20

Einleitung . . . 23

Kapitel 1 – Grundlagen . . . 27
1.1 Das Medizincontrolling – Ein Überblick . . . 29
1.1.1 Hintergrund . . . 29
1.1.2 Operatives Medizincontrolling . . . 31
1.1.3 Strategisches Medizincontrolling . . . 32
1.2 Grundlagen des DRG-Systems . . . 36
1.2.1 Anlass und Ursprünge des deutschen DRG-Systems . . . 36
1.2.2 Definition DRG-System . . . 37
1.2.3 Vorgehensweise im DRG-System . . . 38
1.2.4 Budgetermittlung . . . 40
1.2.5 Entwicklungen und Perspektiven . . . 41
1.3 Kodierrichtlinien – Werkzeug oder Waffe? . . . 42
1.3.1 Einleitung . . . 42
1.3.2 Rechtliche Bedeutung . . . 42
1.3.3 Ans Eingemachte – Operationalisieren der DKR . . . 44
1.3.4 Die Allgemeinen Kodierrichtlinien . . . 45
1.3.5 Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren . . . 51
1.3.6 Fazit . . . 53
1.4 Organisation und Personalbemessung im Medizincontrolling . . . 54
1.4.1 Organisation . . . 54
1.4.2 Funktion und Einordnung . . . 55
1.4.3 Kodiermodelle und Erfahrungen . . . 56
1.4.4 Personalbemessung . . . 62
1.5 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung . . . 68
1.5.1 Duale Finanzierung der Krankenhäuser . . . 68
1.5.2 Investitionsfinanzierung . . . 74
1.5.3 Leistungsfinanzierung . . . 80
1.5.4 Ambulante Erlöse und Nutzungsentgelte . . . 89

1.6 Wege über die Forschung in die gesetzliche Erstattungsfähigkeit – Digitale Versorgungsinnovationen 91
1.6.1. Digitale Innovationen in der Gesundheitsversorgung 91
1.6.2 Marktzugangswege für digitale Gesundheitsangebote 91
1.7 Ökonomie und Ethik in der Medizin 101
1.7.1 Wo liegt das Problem? 101
1.7.2 Ethik: medizinisch, ärztlich, wirtschaftlich 102
1.7.3 Prinzipien einer dem Patienten und seinem Problem angemessenen, „richtigen“ Medizin. 103
1.7.4 Wie wird „richtige“ Medizin im Krankenhaus angemessen finanziert? 106
1.7.5 Ethik und Ökonomie 107

Kapitel 2 – Operatives Medizincontrolling 109
2.1 Primärkodierung und Liquidität 111
2.1.1 Theoretische Grundlagen der Kodierung 111
2.1.2 Primärkodierung und Liquiditätssicherung 114
2.2 Kennzahlen, Indikatoren und Berichtswesen im Medizincontrolling. 118
2.2.1 Aufgaben 118
2.2.2 Datenaufbereitung 118
2.2.3 Bedeutung von Kennzahlen 119
2.2.4 Zielgruppe 121
2.2.5 Darstellung. 121
2.2.6 Bereiche der Operationalisierung 123
2.2.7 Auswertung von Kennzahlen 124
2.2.8 Leistungskennzahlen 126
2.2.9 Prozesskennzahlen 131
2.3 Tools im Medizincontrolling 132
2.3.1 Überwachung der Erlösverluste 132
2.3.2 Überwachung der Regelungen des MDK-Reformgesetzes 140
2.3.3 Kodierrevision 143
2.3.4 Simulationen 152
2.4 Transparenz und Steuerung von geplanten Behandlungsprogrammen 157
2.4.1 Prozessmanagement und Prozesscontrolling. 158
2.4.2 Prozesssteuerung 159
2.4.3 Nutzen von Kennzahlen 160
2.4.4 Balanced Scorecard-Ansatz. 161
2.4.5 Prozesskostenrechnung zur Steuerung der Wirtschaftlichkeit 161
2.4.6 Fazit 168

Kapitel 3 – Strategisches Medizincontrolling 171
3.1 Leistungsplanung 173
3.1.1 Leistungsplanung im DRG-Zeitalter 173
3.1.2 Art der Leistungsplanung 174
3.1.3 Leistungsplanung im stationären DRG Umfeld 175
3.1.4 Anpassungen des Gesetzgebers im DRG-Katalog 178
3.1.5 Umsetzung der Leistungsplanung. 179
3.1.6 Erlösverteilung im Krankenhaus 182
3.2 Budgetverhandlungen 187
3.2.1 Setting 187
3.2.2 Vorbereitung und Ausgangsbasis 189
3.2.3 Kalkulation der unbewerteten Entgelte. 193
3.2.4 Ermittlung des Pflegebudgets. 199
3.2.5 Erlösausgleiche, Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag 201
3.2.6 Ausblick 204
3.3 Exkurs: Eine empirische Analyse der Bettenbelegung über ein Jahr 206
3.3.1 Hintergrund 206
3.3.2 Forschungsfragen und Datenquellen 207
3.3.3 Innere Medizin und Allgemeinmedizin. 208
3.3.4 Augenheilkunde. 214
3.3.5 Zusammenfassung und Wertung 220
3.3.6 Weiterführende Betrachtungen 222
3.4 Geografische Marktanalysen kompakt: Ziele, Hintergründe und praktische Durchführung 226
3.4.1 Ziele von Geo-Marktanalysen im Krankenhaus. 226
3.4.2 Datenbasis 227
3.4.3 Definition des Einzugsgebietes 227
3.4.4 Unterschiedliche Betrachtungsweisen bei der Durchführung von Marktanalysen. 229
3.4.5 Die einzelnen Analysen 230
3.5 Unternehmensentwicklung und Leistungsportfolio 238
3.5.1 Bestandsaufnahme. 239
3.5.2 Analyse der Bestandsdaten und Ableitung der Ziele 249
3.5.3 Ergebnisableitung. 252
3.5.4 Fazit. 259
3.6 Qualitätsmanagement 261
3.6.1 Einleitung. 261
3.6.2 Welches Anliegen hat Qualitätsmanagement? 261

3.6.3 Was ist Qualität überhaupt? 262
3.6.4 KVP, kai-zen, PDCA: Die Prozessgedanken des QM 264
3.6.5 Die medizinische Definition von Qualität 265
3.6.6 Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA 267
3.6.7 Bestandteile des Qualitätsmanagements 268
3.6.8 Zusammenfassung und Ausblick 274
3.7 Outsourcing im Medizincontrolling – Unnötig oder ernstzunehmende Option? 275
3.7.1 Wie ist die Lage in deutschen Krankenhäusern? 276
3.7.2 Anbieter von Medizincontrolling-Dienstleistungen 278

Kapitel 4 – Rechtliche Aspekte des Medizincontrollings 287
4.1 Juristische Fragen des Medizincontrollings 289
4.1.1 Einleitung 289
4.1.2 Abrechnung und Prüfung der Krankenhausbehandlung 292
4.1.3 Das Sozialgerichtliche Verfahren 295
4.1.4 Rechtsprechung 297
4.1.5 Derzeitiger Stand und Ausblick 306
4.2 Das MDK-Reformgesetz – Veränderungen hinsichtlich Abrechnung und Abrechnungsprüfung 308
4.2.1 Die Einführung von Prüfquoten 309
4.2.2 Aufschläge auf vom MD beanstandete Rechnungen 333
4.2.3 Das gesetzliche Verbot einer Rechnungskorrektur 342
4.2.4 Neues zur Abrechnungsprüfung gem. § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V . . 352
4.2.5 Prüfung und Genehmigung von Strukturmerkmalen 363
4.2.6 Das Verbot von Aufrechnungen durch Krankenkassen 376
4.2.7 Neue Regeln für die PrüfvV 381
4.2.8 Zulässigkeit von Klagen durch Krankenhäuser 386
4.2.9 Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen 391
4.2.10 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene 392

Kapitel 5 – Medizincontrolling der Zukunft 401
5.1 Wege der Digitalisierung – Fallbegleitende Dokumentation und automatische Kodierung 403
5.1.1 Operatives Medizincontrolling 403
5.1.2 Technische Unterstützung in der Kodierung 404
5.1.3 Ressourcenverbrauch 408
5.1.4 Probleme der automatischen Kodierung 408
5.1.5 Fallbegleitende Dokumentation 409

5.1.6 Prüfungen durch den MD 410
5.1.7 Zusammenfassung 411
5.2 Ausblick zum Controlling in Gesundheit und Medizin 412
5.2.1 Einleitung 412
5.2.2 Unterschied zwischen Big Data und Smart Data 412
5.2.3 Exponentielle Technologien auf dem Vormarsch 413
5.2.4 Elektronische Gesundheitsakten und digitale Zwillinge 414
5.2.5 Das Berufsbild: vom Verwalter zum Gestalter 415
5.2.6 Qualität und Pay for Innovation 415
5.2.7 Zusammenfassung und Ausblick. 416

Anhang 417
Herausgeber 419
Autorenverzeichnis 421
Stichwortverzeichnis 431

Einleitung

Das Medizincontrolling gewinnt seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Dieser Umstand ist nicht zuletzt den immer komplexeren Prozessbedingungen im Krankenhaus geschuldet. Schon lange obliegt dem Medizincontroller nicht mehr nur die operative Aufgabe der Kodierung oder der Prüfung von Gutachten des Medizinischen Dienstes. Mehr und mehr treten strategische Fragestellungen zum Leistungsspektrum, zu Prozessoptimierungen und zur Intersektoralität in den Fokus.

Obwohl der Bedarf an fachlicher Qualifikation durchaus erkannt wurde, fristet das Medizincontrolling vielerorts noch ein Schattendasein. Grund hierfür mag sein, dass für die Aufgaben- und Fragestellung im Medizincontrolling ein hybrides Wissen aus Medizin, Betriebswirtschaft und Sozialrecht zu fordern ist. Der praktizierende Arzt wird sich also alleine genauso schwer tun, wie der Betriebswirt oder der Jurist. Neben der Vielzahl akademischer Abschlüsse aus dem Formenkreis der Gesundheitsökonomie haben sich nun auch schon einige gezieltere Studiengänge zum „Medical Controlling" etabliert. Darüber hinaus werden in Ausbildungen zu Casemanagern und Medizinischen Dokumentationsassistenten neben zahlreichen anderen Inhalten auch das Vergütungssystem von Krankenhäusern sowie die Primärkodierung und die Datenverwaltung im Krankenhaus vermittelt.

Auch wenn aber nun ein Medizincontrolling mit gut qualifizierten Mitarbeitern etabliert und auch ein Aufgabenspektrum definiert werden konnte, bedarf es der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit allen Bereichen eines Krankenhauses, um seinen Anforderungen gerecht zu werden. So müssen besondere medizinische Fragestellung wie zum Beispiel der off-label-use bestimmter Medikamente oder die Notwendigkeit der stationären Behandlung mit der entsprechenden Fachabteilung abgestimmt werden. In Zusammenarbeit mit der Materialwirtschaft eines Krankenhauses ist der Einsatz teurer Implantate zu eruieren. Fällt das Berichtswesen oder sogar die Budgetverhandlungen in den Zuständigkeitsbereich des Medizincontrollings, ist die Abstimmung mit Buchhaltung und Finanzcontrolling erforderlich. Geht es um grundlegende Prozesse, wie zum Beispiel die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen, ist die Zusammenarbeit mit verschiedenen Bereichen der medizinischen Leistungserbringung sowie der Verwaltung notwendig. Zudem kommt eine zwingend notwendige Verzahnung mit dem Qualitätsmanagement – sei es beim Tagesgeschäft in Bezug auf die Datenerfassung zur externen Qualitätssicherung, bei der Zertifizierung von Zentren oder bei der Risikoerfassung. Dies alles setzt neben der fachlichen Expertise in verschiedenen Bereichen ein hohes Maß kommunikativer Fähigkeiten voraus, da insbesondere an großen Krankenhäusern die Partikularinteressen gut harmonisiert werden müssen.

Der Anspruch des vorliegenden Buches ist es, sowohl den Medizincontroller, als auch den mit reinen Kodieraufgaben betrauten Arzt einer Abteilung oder Klinik gleichermaßen zu erreichen. Dabei sollen dem Spezialisten noch Denkanstöße und Empfehlungen gegeben werden, wohingegen dem außenstehenden Interessierten Grundzüge des Medizincontrollings vermittelt werden sollen. Der rote Faden ist die zunächst grobe Gliederung in das operative Medizincontrolling – also das Tagesgeschäft, sowie das strategische Medizincontrolling, das auf zukünftige Belange des Krankenhauses ausgelegt ist. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Medizincontrolling sollen in der aktuellen Auflage das dritte Standbein sein, bestimmen sie doch maßgeblich das tägliche Tun. Das „Medizincontrolling der Zukunft" soll schließlich einen Ausblick über künftige Chancen, Risiken und die Daseinsberechtigung des Medizincontrollings an sich geben.

Bei allen theoretischen Ansätzen und administrativen Notwendigkeiten im Arbeitsalltag eines Krankenhauses muss festgehalten werden, dass es primär um die Behandlung von Patienten geht. Auch wenn an vielen Stellen im vorliegenden Buch von „Fallsteuerung" oder der „Vergütung von Behandlungsfällen" die Rede sein wird, darf man nicht vergessen, dass hinter jeder DRG ein Patient mit seiner Krankheit steht. Die Behandlung der Patienten stellt den (nicht nur betriebswirtschaftlichen) Kernprozess dar – und dieser wird von Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten erbracht. Alle anderen Bereiche sind eine – wenn auch notwendige – Begleiterscheinung.

Wenn man sich dieser Maxime bewusst ist, wird man sich intern viele Reibungsverluste ersparen können. Im Umgang mit externen Partnern – im Kontext dieses Buches hauptsächlich Krankenkassen und dem Medizinische Dienstes – ist ebenfalls ein wertschätzendes Agieren von allen Seiten zu fordern. In regelmäßigem Austausch können Missverständnisse behoben werden, bevor daraus manifeste Verstimmung wird.

Das Medizincontrolling ist ein spannendes Arbeitsgebiet, das ein fächerübergreifendes Wissen voraussetzt. Der Medizincontroller ist eine zunehmend gefragte Spezies, die für die Geschicke eines Krankenhauses unabdingbar ist. In diesem Sinne will das vorliegende Buch in der nun 2. Auflage dem Leser ein nützlicher Begleiter sein.

Leipzig im September 2020
Dr. Nikolaus von Dercks

1.5 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

Bernd Siefert

1.5.1 Duale Finanzierung der Krankenhäuser

1.5.1.1 Das Grundmodell der Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhäuser ist zweigeteilt (duale Finanzierung). Nach dem theoretischen Konzept des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden die Investitionen der Krankenhäuser durch die einzelnen Bundesländer getragen. Die Kosten des laufenden Betriebs der Krankenhäuser werden dagegen von den Nutzern des Krankenhauses, den Patienten und Patientinnen finanziert. Hierbei sind allerdings die Preise durch die bestehenden Entgeltregelungen festgelegt und mengenbedingte Leistungsveränderungen können durch die Budgetierung der Krankenhausleistungen mit korrespondierenden Ausgleichsregelungen nur in begrenztem Umfang und – wenn überhaupt – eher zukunftsorientiert zur Erlössteigerung genutzt werden.

1.5.1.2 Das System der Krankenhausfinanzierungsvorschriften

Das Krankenhausfinanzierungsrecht ist durch Unübersichtlichkeit geprägt. Seine Regelungen sind auf zahlreiche verschiedene gesetzliche Normenkomplexe verteilt, insbesondere spielen die nicht immer leicht zugänglichen und einzuordnenden Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung eine tragende Rolle.

▶Tabelle 1 zeigt die wesentlichen für die Finanzierung der Krankenhäuser relevanten Normenkomplexe:

Normenkomplex	Finanzierungsrelevante Regelungen
Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG (Stand 19. Mai 2020)	Investitionsförderung, Krankenhauspflegesätze, COVID-19-Sonderregelungen
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (Stand 19. Juni 2020)	Gesetzliche Krankenversicherung, §§ 39, 107 ff. zur Krankenhausbehandlung
Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (Stand 19. Mai 2020)	Vergütung der vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser
Fallpauschalenvereinbarung 2020 – FPV 2020 (Stand 18. Oktober 2019)	Fallpauschalenkatalog, ergänzende Zusatzentgelte, Pflegeerlöskatalog zur Vergütung von Patienten in DRG-Krankenhäusern
Bundespflegesatzverordnung – BPflV (Stand 22. März 2020)	Vergütung der vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

▶

Normenkomplex	Finanzierungsrelevante Regelungen
Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2020 – PEPPV 2020 (Stand 27. September 2019)	Katalog mit tagesbezogenen Entgelten sowie ergänzender Zusatzentgelte zur Vergütung von Patienten in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen
Abgrenzungsverordnung – AbgrV (Stand 21. Juli 2012)	Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten
Krankenhausbuchführungsverordnung – KHBV (Stand 21. Dezember 2016)	Rechtsformunabhängige Rechnungslegungsvorschriften für Krankenhäuser

Tab. 1: Krankenhausfinanzierung – relevante Normenkomplexe

Das KHG bietet die grundlegende Quelle und damit den Ausgangspunkt der Rechtsvorschriften zur Finanzierung der Krankenhäuser. Wechselwirkungen bestehen insbesondere zwischen dem KHG, dem SGB V und den Entgeltgesetzen (KHEntgG, BPflV).

1.5.1.3 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Das KHG ist in seiner heutigen Fassung in fünf Abschnitte aufgeteilt:

Krankenhausfinanzierungsgesetz	
Regelungsbereich	Wesentliche Inhalte
Allgemeine Vorschriften (§§ 1 – 7)	Begriffsbestimmungen, Anwendungsbereich, nicht förderungsfähige Einrichtungen, Krankenhausplanung und Investitionsprogramme
Grundsätze der Investitionsförderung (§§ 8 – 15)	Fördertatbestände, Reform der Investitionsförderung, Landesrecht, Strukturfonds
Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze (§§ 16 – 20)	Grundsätze der Pflegesatzabrechnung, Ausbildungsfinanzierung, Einführung pauschalierender Entgeltsysteme für DRG-Krankenhäuser und für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Abrechnungsprüfung, Pflegesatzverfahren
Sonderregelungen (§§ 21 – 26 KHG)	Ausgleichszahlungen aufgrund von Sonderbelastungen durch SARS-CoV-2, Krankenhausversorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausnahme von Prüfungen, Zusatzentgelte für Testungen
Sonstige Vorschriften (§§ 27 – 30)	Zuständigkeiten, Statistiken, Bundesdarlehen

Tab. 2: Struktur des KHG

Allgemeine Vorschriften

Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHG). Hierbei ist nach § 1 Abs. 2 KHG die Trägervielfalt zu beachten, wobei insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten

ist. Diese Regelung soll den strukturellen Wettbewerbsnachteil ausgleichen, der sich dadurch ergibt, dass die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser nicht auf zusätzliche Verlustausgleichsmittel durch ihre Träger zurückgreifen können (vgl. Dettling/Würtenberger in Dettling/Gerlach (2018), § 1 KHG Rz. 254).

Gemäß § 4 KHG werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Nach der Definition in § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.

Die sozialversicherungsrechtliche Definition des Krankenhauses gem. § 107 Abs. 1 SGB V ist – verglichen zur Definition in § 2 Nr 1. KHG – um organisatorische und fachliche Voraussetzungen ergänzt, die für ein leistungsfähiges und wirtschaftliches Krankenhaus nötig sind. Sie baut auf der KHG-Definition auf und will nicht hiervon abweichen (vgl. Götz in Dettling/Gerlach (2018), § 1 KHEntgG, Rz. 7).

Da das KHG der Krankenversorgung der Allgemeinheit dient, werden Krankenhäuser, die nur einem engeren, bestimmten Benutzerkreis dienen, gemäß § 3 KHG aus dem Anwendungsbereich ausgenommen (z. B. Polizeikrankenhäuser).

Darüber hinaus werden in § 5 Abs. 1 KHG weitere Einrichtungen genannt, die von der Förderung nach KHG grundsätzlich ausgenommen sind (z. B. Hochschul- bzw. Universitätskliniken, Privatkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen etc.).

Damit die in § 1 KHG genannten Ziele verwirklicht werden können, stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf, wobei insbesondere sich auf die Pflegesätze auswirkende Folgekosten zu berücksichtigen sind (§ 6 Abs. 1 KHG). Hierbei sind auch die durch den G-BA festgelegten – ggf. länderspezifisch modifizierten – planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen (§ 6 Abs. 1a KHG).

Zum Jahresende 2017 wurden ca. 80 Prozent der Krankenhäuser und ca. 88 Prozent der aufgestellten Betten durch das KHG gefördert.

Finanzierung der Ausbildungskosten

Für die in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsstätten kommt die duale Finanzierung zur Anwendung. Die Investitionskosten der Ausbildungsstätten werden nach den für Krankenhäuser geltenden Regeln finanziert (§ 8 Abs. 3 KHG). § 17a KHG regelt die Finanzierung der Ausbildungskosten. Die laufenden Betriebskosten (ohne Hochschulkosten der Hebammen), die Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung werden durch Ausbildungszuschläge finanziert. Grundlage der Finanzierung der Ausbildungskosten der ausbildenden Krankenhäuser ist ein auf Ortsebene vereinbartes Ausbildungsbudget. Soweit ein Bundesland bei der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft einen Ausgleichsfonds eingerichtet hat, erhält das ausbildende Krankenhaus von dieser monatliche Zahlungen auf sein Ausbildungsbudget. Der Ausgleichsfonds eines Landes wird wiederum durch den je Bundesland einheitlichen Ausbildungszuschlag, den alle Krankenhäuser je Fall abrechnen und an den Ausgleichsfonds abführen, finanziert. Soweit die Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds für die Finanzierung einer Ausbildungsstätte nicht ausreichen, kann ein ausbildendes Krankenhaus einen zusätzlichen krankenhausindividuellen Ausbildungszuschlag abrechnen. Krankenhausindividuelle Zuschläge kommen auch in den Ländern zum Einsatz, in denen es noch keinen Ausgleichsfonds gibt. Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

1.5.1.4 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Im Zusammenhang mit der von der Politik an die Krankenhäuser gerichteten Aufforderung, ab 16. März 2020 Versorgungskapazitäten zur Behandlung von COVID-19 Patienten vorzuhalten, wurden durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 zeitlich begrenzte Maßnahmen zum Ausgleich finanzieller Belastungen der zugelassenen Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen geregelt. Hierzu wurden das KHG, aber auch das KHEntgG und das SGB V geändert. Die für Krankenhäuser, am 28. März 2020 in Kraft getretenen, wesentlichen Änderungen sind im Folgenden dargestellt:

KHG

- Zahlung einer nicht ausgleichsrelevanten tagesbezogenen Pauschale von 560 Euro für jedes im Vergleich zur durchschnittlichen Belegung 2019 nicht belegte Bett im Zeitraum 16. März bis 30. September 2020 (§ 21 Abs. 1–3 KHG)
- Bonus für die zusätzliche Bereitstellung von Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit in Höhe von 50.000 Euro je bis zum 30. September 2020 aufgestellten oder vorgehaltenen Bett (§ 21 Abs. 5 KHG)
- Pauschale Abgeltung von Mehrkosten insbesondere bei Schutzbekleidung im Zeitraum vom 1. April. bis 30. Juni 2020 in Höhe von 50 Euro/Fall (§ 21 Abs. 6 KHG)

- Bis 30. September 2020 befristete Durchführung vollstationärer Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 22 KHG).
- Prüfungserleichterungen bei Abrechnungen für im Zeitraum 1. April bis 30. Juni 2020 behandelten Patienten, die mIt dem Coronavirus SARS-Cov-2 infiziert sind (§ 25 KHG).
- Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus (§ 26 KHG).

Durch Rechtsverordnung können die genannten Fristen um maximal sechs Monate verlängert und die aufgeführten Beträge abweichend geregelt werden.

Dementsprechend gibt es einen Entwurf einer COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung (AusglZÄV; Bearbeitungsstand 4. Juni 2020), durch die die folgenden Anpassungen von Beträgen und Fristen erfolgen sollen:

- Bildung von fünf Krankenhausgruppen und Zahlung einer tagesbezogenen Pauschale je nach Eingruppierung des Krankenhauses in einer Bandbreite von 360 Euro bis 760 Euro. Die Eingruppierung des Krankenhauses ergibt sich aus der Anlage zur AusglZÄV.
- Festlegung der tagesbezogenen Pauschale für teilstationäre somatische Leistungen auf 280 Euro.
- Festlegung der tagesbezogenen Pauschale für nach BPflV abrechnende Krankenhäuser auf 280 Euro.
- Festlegung der tagesbezogenen Pauschale für teilstationäre Leistungen der nach BPflV abrechnenden Krankenhäuser auf 190 Euro.

Die Frist für die Abrechnung der Mehrkosten insbesondere für Schutzkleidung wird bis 30. September 2020 verlängert und der Zuschlag für SARS-CoV-2 infizierte Patienten auf 100 Euro erhöht.

Diese Änderungen gelten ab dem Tag des Inkrafttretens der AusglZÄV.

KHEntgG

- Erweiterung der vom Fixkostendegressionsabschlag befreiten Leistungen (§ 4 Abs. 2a Satz 1 Buchstaben f und g KHEntgG)
- Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags für 2020
- Qualifikation des Jahres 2020 als nicht repräsentativ
- Öffnungsklausel für die aufgrund einer Epidemie entstandenen Minder- bzw. Mehrerlöse (§ 4 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)
- Erhöhung des vorläufigen Pflegentgeltwerts ab 1. April 2020 bis 31. Dezember 2020 auf 185 Euro (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)

2.3 Tools im Medizincontrolling

Nikolaus von Dercks, Kristina Schulz, Sandra Strauß

2.3.1 Überwachung der Erlösverluste

2.3.1.1 Hintergrund

Verschiedene Faktoren bewirken zunehmenden Druck auf die stationäre Versorgung von Patienten an Krankenhäusern in Deutschland. Das Finanzierungssystem von Plankrankenhäusern sieht eine duale Finanzierung vor. Dabei werden die Betriebskosten von den Krankenkassen getragen, die Investitionskosten (z. B. für Gebäude und Großgeräte) werden hingegen durch die Bundesländer finanziert. Daraus resultiert die Entscheidungshoheit der Länder über Investitionsmaßnahmen. Grundlage hierfür ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 (KHG). Die Förderung der Länder belief sich im Jahr 2018 auf 3,04 Mrd. Euro (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Nach der Art der Investitionsförderung verteilt sich diese Summe annähernd hälftig auf Einzelförderung (inkl. Baupauschalen) und rund Pauschalförderung. Die Gesamte Förderleistung lag damit real (inflationsbereinigt) über 25 Prozent unter dem Jahr 2000. Das Resultat von unzureichender Investitionsförderung ist ein Investitionsstau, dem die Krankenhäuser mit eigenen Mitteln, also maßgeblich Erlösen aus der Patientenversorgung, begegnen müssen. Da diese aber keine Anteile für Investitionen enthalten, beginnt hier ein circulus vitiosus.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich Krankenhäuser bei der Abrechnung stationärer Fälle zunehmendem Widerstand von Seiten der Kostenträger ausgesetzt sehen. Dabei stellt die Verrechnung strittiger Rechnungsbeträge mit unstrittigen Zahlungen des gleichen Kostenträgers ein ernstzunehmendes Liquiditätsproblem für viele Krankenhäuser dar. Diesem Umstand sollten Änderungen durch das MDK-Reformgesetz Rechnung tragen, die jedoch aufgrund der aktuellen (Übergangs-) Prüfverfahrensvereinbahrung (PrüfvV) nicht eintraten.

Rechnungen werden also vom Kostenträger entweder aufgrund zum Teil fraglicher Implausibilitäten direkt abgelehnt, oder es werden Einzelfallprüfungen gemäß PrüfvV nach § 275 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG veranlasst. Bei ersteren geschieht das zum Beispiel aufgrund von Prozeduren, die am Entlasstag erfasst wurden, oder es wird die stationäre Behandlungsnotwendigkeit generell abgelehnt (primäre Fehlbelegung). Zum Prüfverfahren nach PrüfvV wird auch das Vorverfahren mit dem optionalen Falldialog subsumiert oder eben die Direktbeauftragung durch den Medizinischen Dienstes (MD). Dabei nimmt der MD seine Aufgabe als sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst war und erstellt ein Gutachten nach Unterlagenanforderung und -einsicht für

die Krankenkasse. Diese wiederum trifft dann eine leistungsrechtliche Entscheidung. Auf die grundsätzliche Neukonstitution der MDs auf Grundlage des MDK-Reformgesetzes soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Die Analyse der Prüfgründe und der resultierenden Rechnungsänderungen des Krankenhauses stellt einen unbedingt notwendigen Mechanismus zur Erlössicherung dar. Voraussetzung ist natürlich eine „ordnungsgemäße" (§17c Absatz 1 KHG) Abrechnung durch das Krankenhaus.

2.3.1.2 Voraussetzung beim Überwachen der Erlösverluste

Voraussetzung eines adäquaten Monitorings von Erlösverlusten ist der Bezug von Erlösen, Verlusten und letztlich auch offenen Forderungen zum Behandlungsfall im Krankenhausinformationssystem (KIS). Damit ist auch gewährleistet, dass alle weiteren Informationen zum Behandlungsfall wie zum Beispiel Aufnahme- und Entlassdatum, Alter, aber auch Diagnosen etc. ausgewiesen werden können. Darüber hinaus sollte der gesamte Reklamationsprozess wiederum mit Fallbezug ins KIS integriert sein.

Generell wird im Weiteren zwischen den Reklamationskategorien Rechnungsabweisung (RAW), Vorverfahren (VVF) und Begutachtung durch den MD unterschieden. VVF und MD stellen dabei Schritte im Rahmen der PrüfvV dar.

2.3.1.3 Vorgehen beim Überwachen der Erlösverluste

2.3.1.3.1 Fallzahl und Prüfquote

Um sich einen Überblick über das Prüfgeschehen generell zu machen, sollte zunächst jede einzelne Reklamationsphase gezählt und aufsummiert werden. Somit sind theoretisch mehr Prüfungen als abgerechnete Fälle möglich. Wenn also zum Beispiel ein Fall zunächst im Vorverfahren ohne einen Konsens zu erzielen ein MD-Verfahren nach sich zieht, sollten hier zwei Prüfgeschehen gezählt werden ($n_{Prüfungen} = 2$). Nur somit wird der Arbeitsaufwand im Medizincontrolling adäquat abgebildet. Zudem sollte dennoch auch die Möglichkeit erhalten bleiben, die Reklamationsfälle zu zählen. Damit wäre im eben erwähnten Beispiel $n_{Reklamationsfälle} = 1$.

Daraus ist im nächsten Schritt nämlich die Prüfquote $q_{Prüf}$ zu ermitteln:

$$q_{Prüf} = \frac{\text{(n Reklamationsfälle)}}{\text{(n Fälle gesamt)}}$$

An dieser Stelle ist zu differenzieren, ob nur die MD-Prüfquote herangezogen wird, oder alle anderen Reklamationsphasen mit ausgewiesen werden.

Auf die besondere Herangehensweise der Quotenbestimmung im Rahmen des MDK-Reformgesetzes wird weiter unten eingegangen (s. Kapitel 4.2).

Über die letzten Jahre zeigte sich nahezu flächendeckend eine deutliche Zunahme der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch die Kostenträger. Dies konnten Blum et al. bereits 2009 zeigen (vgl. Blum et al. 2009). Auch im Krankenhausbarometer des DKI von 2017 wird eine Zunahme der Fallprüfungen bei 77,9 Prozent der Krankenhäuser angegeben, bei Häusern ab 600 Betten wird die Ausweitung des Prüfverhaltens sogar von 93 Prozent beschrieben (vgl. Blum et al. 2017). Durch das zunehmende Prüfaufkommen werden immense Personalressourcen gebunden, was einen relevanten Kostenfaktor für die Krankenhäuser bedeutet. Es werden aber auch regelhaft Rechnungen gekürzt, wobei dies mit dem Krankenhaus im Konsens – z. B. bei fehlender/mangelhafter Dokumentation – oder im Dissens geschehen kann. In letzterem Fall verrechnen die Kostenträger den strittigen Rechnungsbetrag mit einem unstrittigen Fall, und dem Krankenhaus verbleibt nur die Möglichkeit, diesen Betrag dann sozialrechtlich einzuklagen. Die Folge des hohen Reklamationsgeschehens ist ein nicht zu unterschätzender Abfluss finanzieller Mittel aus dem System der Krankenversorgung hin zu administrativen Tätigkeiten, Rechtsbeistand, Gerichts- und Gutachterkosten.

Im Kontext der Rechnungsprüfungen kommt der Definition der Prüfquote eine besondere Bedeutung zu. Generell wäre es wünschenswert, man würde im Sinne der Vergleichbarkeit von einheitlichen Inhalten bei der Prüfquote sprechen. Die Notwendigkeit des Wissens um eine Prüfquote beschreibt auch Waldmann (vgl. Waldmann 2013) im Kontext des medizinischen Controllings. Dabei fordert er die Differenzierung der Prüfquote nach Kostenträgern sowie den durchschnittlichen Erlösverlust pro Fall. medinfoweb.de erhob in einer Abfrage seiner „Krankenhausrechnungsprüfung 2007 – 2015“ (vgl. Medinfoweb 2015) Prüfquoten und andere Kennzahlen von über 120 Krankenhäusern. Dabei zeigt sich ein Mittelwert von 12,6 Prozent für 2015, jedoch eine immense Streuung zwischen 1,4 Prozent und 23,4 Prozent für die Prüfquote. Allein diese Streubreite legt die Vermutung nahe, dass Prüfquoten unterschiedlich interpretiert werden müssen. Beim Ausweisen der Prüfquote sollte sowohl nach zeitlichem Bezug differenziert werden, als auch der Vergleich einer Fachabteilung zum Beispiel mit dem jeweiligen Krankenhaus insgesamt möglich sein.

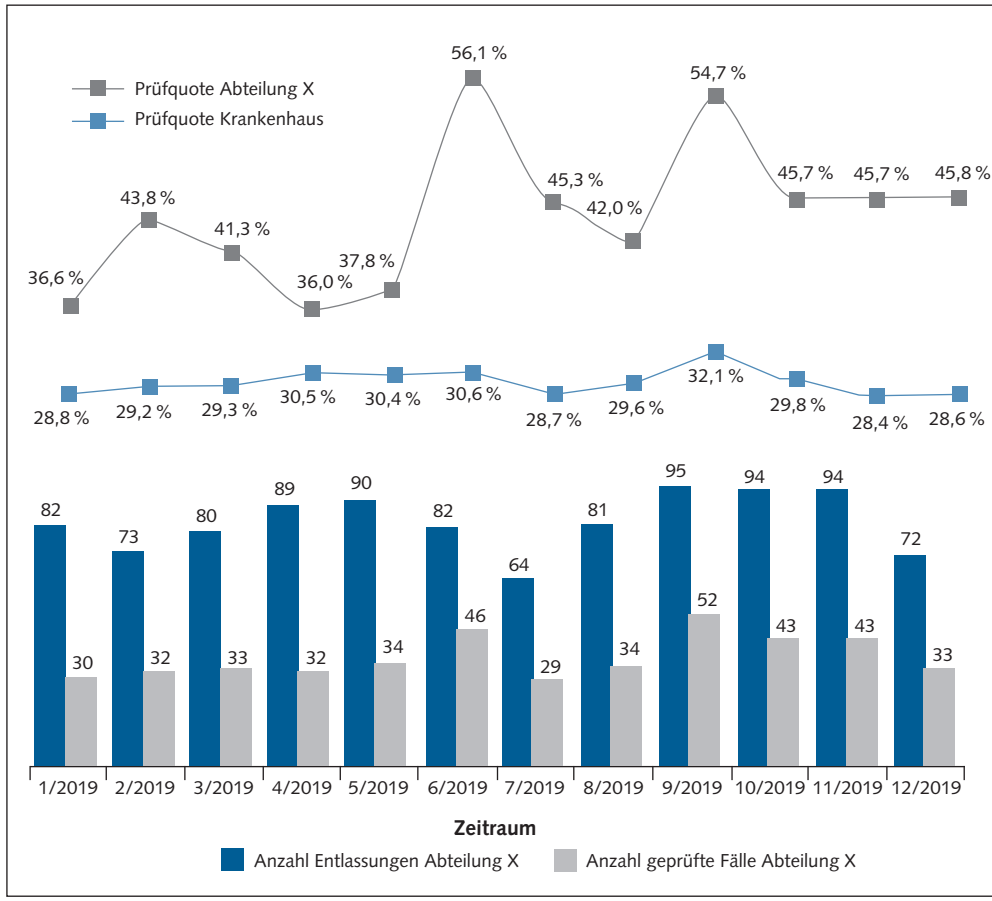

Abb. 1: Fiktive Prüfquoten relativ und absolut

2.3.1.3.2 Kürzungsgründe und Erlösverluste

Fälle mit Rechnungskürzung sollten nach Grund der Kürzung differenziert werden können. Dies setzt wiederum die Integration des Reklamationsprozesses ins KIS sowie den jeweiligen Fallbezug voraus. Eine Rechnungskürzung kann aufgrund sekundärer Fehlbelegung (Tage ohne Berechnung [ToB]), dissenter Kodierung, Beatmungsstunden, Fallartwechsel (stationär nach ambulant [primäre Fehlbelegung]) und verschiedenen Kombinationen erfolgen.

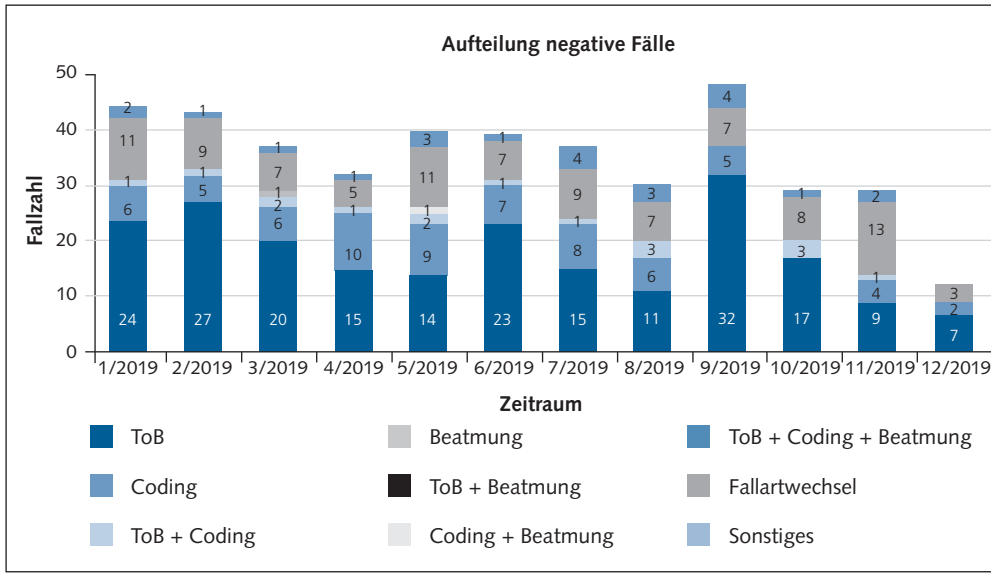

Abb. 2: Aufteilung gekürzter Fälle (ToB: Tage ohne Berechnung)

Auf Basis der Erlösdaten können nun die Verluste (Δ Erlös$_{vor}$ – Erlös$_{nach\ Rechnungskorrektur}$) berechnet, aufsummiert und im Zeitverlauf dargestellt werden. Die Verlustquote $q_{Verlust}$ ergibt sich dann als Quotient aus den Verlusten und der Summe der verbleibenden Erlöse plus Verluste:

$$q_{Verlust} = \frac{(\Sigma_{Verluste})}{(\Sigma_{Verluste}+\Sigma_{Erlöse})} \times 100\%$$

Die Verluste bzw. auch die Verlustquoten können in Bezug zur einzelnen Abteilung, zu einzelnen Diagnosen (siehe ▶Abbildung 3) oder zum Reklamationsprozess dargestellt werden. Die Kürzungen nach MDK-Prüfung machen in aller Regel den größten Anteil der Rechnungskürzungen aus. Daraus leitet sich auch für die strategische Aufstellung des Medizincontrollings eine große Bedeutung für diesen Teil des Reklamationsgeschehens ab. Das DKI gibt für Krankenhäuser mit einer Größe von z. B. > 600 Betten einen mittleren Verlust von 557 Euro je MDK-geprüftem Fall an, wobei die Verluste je Fall mit zunehmender Bettenzahl steigen (vgl. Blum et al. 2017).

Herausgeber

Dr. Nikolaus von Dercks
Leiter Medizincontrolling
Universitätsklinikum Leipzig

Nikolaus von Dercks studierte von 1998 bis 2005 Humanmedizin an der Universität Leipzig mit mehreren Auslandsaufenthalten. 2006 folgte die Promotion im Fach Physiologie. Seine berufliche Laufbahn begann als Assistenzarzt bei den Helios Kliniken 2005 bevor er 2008 an das Universitätsklinikum Leipzig an die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie wechselte. Hier erwarb er 2010 den Facharzt für Chirurgie sowie in den Folgejahren die Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Spezielle Unfallchirurgie. Neben der klinischen Tätigkeit war Nikolaus von Dercks schon immer in die stationäre Abrechnung der Klinik eingebunden. Hierzu erfolgten die ersten Publikationen zu Fragestellungen der Kodierung in der Unfallchirurgie und zu klinischen Prozessen.
Zudem ist er Mitglied der Arbeitsgruppen für Abrechnungsfragen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG). 2016 wechselte Dr. von Dercks als Leiter in die Stabsstelle Medizincontrolling des Universitätsklinikums Leipzig. Hier widmet er sich neben dem Kerngeschäft der strategischen Entwicklung der Leipziger Universitätsmedizin.
2018 übernahm er zusätzlich die Geschäftsführung der MedVZ gGmbH. Darüber hinaus ist er Mitglied in Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Deutschen Universitätsklinika sowie der Sächsischen Landesärztekammer.
Nikolaus von Dercks hat seine ärztliche Tätigkeit nie ganz aus den Augen verloren und ist seit 2008 unverändert als Notarzt tätig.

BESTELLEN SIE JETZT

☐ **Ja,** ich bestelle

___ Expl. Operatives und strategisches Medizincontrolling,
Hardcover, 2020, 435 Seiten
ISBN 978-3-96474-335-0
59,95 Euro

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz

Unser Bestellservice

09221 / 949-389

09221 / 949-377

www.ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Datum / Unterschrift

Dr. Nikolaus von Dercks
Leiter Medizincontrolling
Universitätsklinikum Leipzig

Der Anspruch des vorliegenden Buches ist es, sowohl den Medizincontroller, als auch den mit reinen Kodieraufgaben betrauten Arzt einer Abteilung oder Klinik gleichermaßen zu erreichen. Dabei sollen dem Spezialisten noch Denkanstöße und Empfehlungen gegeben werden, wohingegen dem Außenstehenden bestimmte Grundzüge des Medizincontrollings vermittelt werden sollen. Der rote Faden ist die zunächst grobe Gliederung in das operative Medizincontrolling – also das Tagesgeschäft, sowie das strategische Medizincontrolling, das auf zukünftige Belange des Krankenhauses ausgelegt ist.

Unbestritten nimmt das Medizincontrolling einen zunehmend wichtiger werdenden Bestandteil bei der Führung eines Krankenhauses ein. Dabei ist die primäre Kodierung und das MDK-Geschäft nur ein Bestandteil. In steigendem Maße werden strategische Fragestellungen wie zum Beispiel die künftige Ausrichtung eines Standorts relevant werden. Auch Strukturprüfungen und das weite Feld der Budget- und Entgeltverhandlungen sind – wenn auch nur teilweise – Arbeitsgebiete des Medizincontrollings. Das vorliegende Buch soll die verschiedenen Belange veranschaulichen und dem Leser praktische Hilfestellungen bieten.

Die Autoren kennen das Tagesgeschäft im Medizincontrolling aus den verschiedenen Perspektiven und führen den Leser mit viel Expertise durch ihr jeweiliges Fachgebiet. Dabei wird an verschiedenen Stellen auf die aktuelle Entwicklung – zum Beispiel in der Rechtsprechung – ausführlich eingegangen. Letztlich soll gezeigt werden, dass ein Krankenhaus eine den Patienten wertschätzende und qualitativ hochwertige Medizin durchaus auch wirtschaftlich erbringen kann. Einen Beitrag dazu will dieses Buch leisten.

mgo fach verlage

www.ku-gesundheitsmanagement.de