

DKG wehrt sich gegen den Vorwurf der Falschabrechnungen

Kassen führen unfaire Kampagne gegen Krankenhäuser

Mit dem Vorwurf „Falschabrechnungen durch Krankenhäuser“ betreiben die Krankenkassen und ihre Verbände in den letzten Monaten eine regelrechte Kampagne gegen die Krankenhäuser. Die DKG hat sich zu diesem Thema mit fundierten Argumenten an Politiker gewandt, um Sachaufklärung zu betreiben. Deutlich wird anhand der Analyse, dass von wissentlichen oder gezielten Falschabrechnungen der Krankenhäuser überhaupt keine Rede sein kann. Ca. 70 Prozent der Prüfungen stellen in Frage, ob Patienten ins Krankenhaus hätten aufgenommen werden sollen bzw. ob sie früher hätten entlassen werden können. Hier geht es nicht um Abrechnungen, sondern um die Infragestellung der von den Krankenhäusern umfassend geleisteten medizinischen Versorgung.

Die Durchleuchtung der Prüfanfragen fördert nach Meinung der DKG eine höchst fragliche Grundhaltung der Kassen zu Tage. Exemplarisch verweist die DKG auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. April 2008 (B 3 KR 19/05). Darin hatte das Gericht einem Krankenhaus die Vergütung des weiteren Krankenhausaufenthalts einer an sich austherapierten Patientin verweigert. Die Patientin bedurfte einer medizinischen Anschlussbehandlung, die sie zum Zeitpunkt der Beendigung der Krankenhausbehandlung in Ermangelung eines Behandlungsplatzes jedoch noch nicht antreten konnte. Obwohl eine adäquate Versorgung der Patientin in ihrem häuslichen Umfeld nicht gewährleistet werden konnte, hätte die Patientin nach Auffassung der Kasse entlassen werden müssen. Das Gericht gab der Kasse Recht und bestätigte die Rechnerkürzung zulasten des Krankenhauses. Der Fall macht deutlich, dass sich die Krankenhäuser in einer Ethikfalle befinden können. Von einer Falschabrechnung kann in solchen Fällen überhaupt keine Rede sein.

Soweit die Überprüfungen die Abrechnungen der Krankenhäuser zum Gegenstand haben, ist auf die Komplexität des Systems hinzuweisen. Aus mehr als 13 000 Diagnose- und 27 000 Prozedurenschlüsseln müssen die Krankenhäuser für jeden Patienten individuell die abzurechnenden DRG-Fallpauschalen ermitteln, wofür neben den Hauptdiagnosen auch sämtliche im Einzelfall bestehenden Nebendiagnosen maßgeblich sind. Es dürfte nachvollziehbar sein, dass Überprüfungen, die in der Regel nach der Entlassung der Patienten eingeleitet werden, beliebige Spielräume für Interpretationen über Kodierungen erlauben. Diese Spielräume nutzen die Krankenkassen durchweg mit dem Ziel, letztlich Rechnerkürzungen vornehmen zu können, gegen die sich die Krankenhäuser nur gerichtlich wehren können, was vor dem Hintergrund der langen Verfahrensdauern allerdings mit erheblichen Liquiditätseinbußen und einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden ist. Die aus insgesamt 55 Mrd. € GKV-Erlösen durch die MDK-Prüfungen realisierten Rechnerkürzungen von ca.

670 Mio. € sind daher kein ausreichendes Indiz für nachgewiesene Abrechnungsfehler oder Falschabrechnungen. Ein Großteil dieses Volumens ist schlichtweg „Resignationsmasse“, das heißt, die Krankenhäuser geben viele Streitfälle einfach auf, weil der Aufwand zu groß ist.

In keinem Verhältnis zum Ergebnis stehen die extrem hohen Bürokratielasten durch die Kassen- und MDK-Prüfungen. Obwohl das Gesetz in § 275 SGB V nur die verdachtsabhängige Einzelfallprüfung vorsieht, findet mit einer durchschnittlichen Prüfquote von 10 bis 12 Prozent – das heißt in 1,7 bis 2,04 Mio. Fallprüfungen – eine regelhafte, über Computerprogramme ausgelöste Massenprüfung statt.

In den Krankenhäusern binden diese Prüfungen die ohnehin knappen ärztliche Ressourcen. Eine ursachengerechte Zuordnung der MDK- und Kassen-Verwaltungskosten (insgesamt 9,5 Mrd. €) auf die Prüfungen findet bekanntlich nicht statt. Nach Berechnungen der DKG blockiert die Prüfflut ca. 2 000 Beschäftigte jährlich alleine in den Krankenhäusern. Den Rechnerkürzungen stehen somit hohe Bürokratiekosten gegenüber.

Die DKG vertritt die Auffassung, dass die Falschabrechnungskampagne der Krankenkassen unfair gegenüber den Krankenhäusern ist. Seriös und sozial verantwortlich arbeitende Krankenhäuser werden in unzulässiger Weise diskreditiert. Die DKG appelliert an die Kostenträger, zur sachlichen und gemeinsamen Aufarbeitung dort beizutragen, wo das komplizierte Abrechnungssystem Anlass zu unterschiedlichen Einschätzungen gibt. Die DKG appelliert gleichzeitig an den Gesetzgeber, klarzustellen, dass Patienten, die nicht vorzeitig aus den Krankenhäusern entlassen werden können, keine Fehlbelegungskürzungen auslösen.

Auf den folgenden Seiten werden die im Raum stehenden Vorwürfe gegen die Krankenhäuser Punkt für Punkt aufgegriffen und im Detail widerlegt. Deutlich wird dabei, wie haarsträubend falsch und übertrieben die Vorwürfe gegen die Krankenhäuser sind. ▶

Fehlabrechnungen in Krankenhäusern: Behauptungen und Wahrheit

„Nahezu jede zweite Krankenhausabrechnung ist zu hoch“

Diese Aussage der Krankenkassen ist schlichtweg falsch! Richtig ist vielmehr, dass mehr als 95 Prozent der Krankenhausrechnungen letztlich unbeanstandet bleiben (ca. 17 Mio. Behandlungsfälle jährlich, wovon ca. 10 bis 12 Prozent geprüft werden, bei einer Erfolgsquote von 40 Prozent).

Die tatsächliche Erfolgsquote zugunsten der Krankenkassen von ca. 40 Prozent (medinfoweb.de, Frühjahrsumfrage 2009) der geprüften Fälle umfasst jedoch nicht allein die in der aktuellen Diskussion stehenden Fälle der zu hohen Kodierung, sondern *alle* Beanstandungen durch den MDK, also auch Rechenkürzungen, die sich aufgrund von Beanstandungen hinsichtlich der oberen und unteren Grenzverweildauer oder aufgrund lückenhafter Dokumentation ergeben. Die Erfolgsquote reiner Kodierprüfungen liegt bei unter 20 Prozent (Fiori u.a., das Krankenhaus 2010, Seite 22).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es sich oftmals um Verlautbarungen einzelner Krankenkassen handelt (zum Beispiel AOK Rheinland-Hamburg), deren Ergebnisse nicht unreflektiert auf den gesamten Bereich der GKV übertragen werden können.

„Krankenhäuser rechnen gezielt falsch ab“

Diese Behauptung enthält den Vorwurf des Betruges nach § 263 StGB. Tauglicher Täter eines Betruges wäre der behandelnde Arzt, der jedoch – eine betrügerische Handlung in Form einer bewusst fehlerhaften Kodierung unterstellt –, im Gegensatz zu einem bewusst falsch abrechnenden Vertragsarzt von dieser Handlung keinen Vorteil hätte, denn dieser würde dem Krankenhaus zugutekommen. Einem Krankenhausarzt fehlt somit das Interesse, bewusst falsch zu kodieren.

Der Anteil der Krankenhäuser am Abrechnungsfehlverhalten im Leistungserbringerbereich ist zudem verschwindend gering. Nur der Bereich der Prävention verzeichnet vergleichbar wenige Fälle, im Gegensatz zum Bereich der Vertragsärzte, der Pflege oder insbesondere des Heilmittelbereichs (DAK-Ermittlungsreport 2008/2009). In den Fällen, in denen es zu fehlerhaften Abrechnungen im Krankenhausbereich gekommen ist, lässt sich die Ursache in der Regel im komplizierten DRG-Abrechnungssystem finden. Dies hat die Vorstandsvorsitzende der Barmer-GEK, Birgit Fischer, im Februar 2010 ebenfalls so gesehen. Immerhin muss bei der Behandlung eines Patienten aus ca. 13 315 Diagnosen und 27 000 Prozeduren eine Dokumentation erstellt werden.

Würden die Krankenkassen flächendeckend gezielte Falschabrechnungen der Krankenhäuser vermuten, läge die Quote der gezielt auf eine falsch kodierte und damit zu hohe Abrechnung gerichteten MDK-Prüfungen höher als lediglich 23 Prozent aller MDK-Prüfungen (DKI, Krankenhausbarometer 2008, Seite 24). Die weit überwiegende Anzahl von MDK-Prüfungen befasst sich mit Fragen der Dauer (56,4 Prozent,

DKI, a.a.O.) sowie der Notwendigkeit (16,4 Prozent, DKI, a.a.O.) der stationären Behandlung, wo ein medizinischer Diskussionsspielraum eröffnet wird und die Abrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen betroffen ist. Hinsichtlich dieser Fälle kann es aufgrund der Systematik des DRG-Systems dazu kommen, dass medizinische Sachverhalte unterschiedlich beurteilt werden. Ein Betrugsvorwurf kann darin nicht gesehen werden.

„Der Schaden durch Falschabrechnungen für die GKV liegt bei ca. 1,5 Mrd. €“

Von den ca. 17 Mio. Behandlungsfällen in Deutschland werden ca. 10 bis 12 Prozent geprüft (medinfoweb.de, Frühjahrsumfrage 2009). Dabei ergibt sich ein durchschnittlicher Erlösverlust für das Krankenhaus von ca. 400 € pro geprüftem Fall. Legt man den Mittelwert der Prüfquote von 11 Prozent zugrunde, ergibt sich ein Rückforderungsvolumen zulasten der Krankenhäuser von ca. 748 Mio. €. Davon entfallen 90 Prozent (ca. 673 Mio. €) auf die GKV (Fiori, a.a.O.). Diesem Betrag wären die Kosten der Krankenkassen für die Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V gegenüberzustellen. Bei 60 Prozent erfolglosen Einzelfallprüfungen ergibt sich bei einer Aufwandspauschale von 300 € ein Abzugsbetrag von ca. 336 Mio. €, sodass lediglich ein Betrag in Höhe von ca. 337 Mio. € als „Schaden“ bei den Krankenkassen entstehen könnte.

Völlig unberücksichtigt bei dieser Modellrechnung sind bisher jedoch die Kosten, die den Krankenkassen durch die Prüfungen entstehen. Der MDK geht von eigenen Kosten in Höhe von ca. 100 Mio. € pro Jahr für die Durchführung der Einzelfallprüfungen aus (Fiori, a.a.O.). Dies zusätzlich in Abzug gebracht, verbleibt eine Summe von ca. 237 Mio. €, die jedoch noch nicht die internen Kosten der Krankenkassen berücksichtigt. Diese sind nicht zu beziffern, da sie nicht gesondert ausgewiesen, sondern in die Leistungsausgaben der GKV integriert werden (Fiori, a.a.O., Seite 23). Es steht jedoch zu befürchten, dass die Solidargemeinschaft durch die Einzelfallprüfungen kostenmäßig nicht ent-, sondern eher belastet wird (Fiori, a.a.O.).

„Die Ausdehnung der Aufwandspauschale für erfolgreiche Fallprüfungen zu Lasten der Krankenhäuser ist aus Gründen der Gleichbehandlung dringend geboten“

Die in § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V geregelte Aufwandspauschale soll – wie der Name bereits sagt – den durch erfolglose, also nicht erforderliche – Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V entstandenen Aufwand für das Krankenhaus pauschal abdecken und dadurch die hohe Zahl von Einzelfallprüfungen im Krankenhausbereich eindämmen (BT-Drucksache 16/3100, Nr. 185 a, Seite 171 f.). Sie stellt eine Entschädigung für das Krankenhaus für den Fall dar, dass die Krankenkasse im Vorfeld einer Einzelfallprüfung deren Erfolgsaussichten nicht hinreichend genau geprüft und dem Krankenhaus dadurch unnötige Kosten verursacht hat. Dass die Zahlungspflicht nur der

Krankenkasse auferlegt wird, ist folgerichtig, da es ausschließlich deren Entscheidung ist, ob eine Einzelfallprüfung durchgeführt wird. Die Vermeidung der Aufwandspauschale liegt also in der Hand der Krankenkassen. Krankenhäuser haben keinen Einfluss auf die Einleitung eines Prüfverfahrens, eine Ausdehnung der Aufwandspauschale auf die Krankenhäuser wäre somit höchst ungerecht und würde ihren Charakter gegen den ursprünglichen Willen des Gesetzgebers in einen „Strafzoll“ für falsche Abrechnungen abändern.

Verwunderlich ist, dass sich Mitarbeiter des MDK in der Presse zum Charakter der Aufwandspauschale äußern und diese als „Strafzoll“ bezeichnen (Allgemeine Zeitung vom 29. April 2010), denn Schuldner der Aufwandspauschale ist die jeweils prüfauslösende Krankenkasse, nicht jedoch der MDK. Ob das Prüfergebnis des MDK die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale auslöst, darf diesen nicht interessieren. Gerade in den Fällen, in denen die Notwendigkeit oder die Dauer einer Krankenhausbehandlung diskutabel ist, muss der MDK auch zugunsten des Krankenhauses entscheiden, wenn die von den Krankenkassen vorgebrachten Kritikpunkte nicht haltbar sind. Dass der MDK diese dringend erforderliche Objektivität auch zukünftig aufweisen wird, kann vor dem Hintergrund solcher Aussagen ernsthaft bezweifelt werden.

Warum wehren sich Krankenhäuser nicht häufiger gegen ungerechtfertigte Rechnungskürzungen?

Ca. 40 Prozent der Einzelfallprüfungen sind für die Krankenkassen erfolgreich. Das heißt aber nicht, dass auch alle gerechtfertigt sind. Ursache dafür ist zum einen, dass den Krankenhäusern als einzig kodifizierte Reaktionsmöglichkeit die Erhebung einer Leistungsklage, gerichtet auf Zahlung des ungekürzten Rechnungsbetrages, vor dem Sozialgericht zur Verfügung steht. Dies nimmt in der Regel einen sehr langen Zeitraum in Anspruch. Zum anderen ist eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Rechnungskürzungen als „Resignationsmasse“ anzusehen. Die Krankenhäuser akzeptieren die ungerechtfertigten Rechnungskürzungen auf der Grundlage nicht hinterfragter MDK-Gutachten, da sie – von der überbordenden Flut von MDK-Prüfungen mürbe gemacht – kein Interesse an langwierigen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen haben und – auch um den Verwaltungsaufwand zu minimieren – den Behandlungsfall endgültig abschließen wollen. Die Abrechnungsgerechtigkeit im Einzelfall kapituliert somit vor der faktischen Machtposition der Krankenkassen, auf die Liquidität der Krankenhäuser erheblich einwirken zu können. ▶



Entscheiden Sie sich für den sicheren Aufstieg!

Profitieren Sie von unserem Wissen und unserer Erfahrung aus über 400 erfolgreichen Projekten im Gesundheitswesen.

Wir stehen für pragmatische und individuelle Lösungen. Gemeinsam mit Ihnen schaffen wir effiziente Strukturen für exzellente Ergebnisse in Ihrer Einrichtung. Durch unsere umsetzungsstarke Vorgehensweise werden Sie bei Ihren Veränderungsprozessen unterstützt und entlastet. Gewinnen Sie damit Freiräume und nutzen Sie neue Chancen. Wir fühlen uns ausschließlich Ihrem Erfolg und dessen Nachhaltigkeit verpflichtet.

Lassen Sie sich vom Team der EVO CONSULT begleiten – denn Ihr Vorsprung entscheidet!

STRATEGIEBERATUNG

PROZESSOPTIMIERUNG

QUALITÄTSMANAGEMENT

ERGEBNISMANAGEMENT

KOMPETENZENTWICKLUNG



In wie vielen Fällen kann man von einer fehlerhaften Abrechnung sprechen?

Fehlerhafte Abrechnungen in dem Sinne, dass tatsächlich Falschkodierungen vorliegen, kommen in der Krankenhauspraxis vor. In diesen Fällen jedoch den Krankenhausmitarbeitern Abrechnungsbetrag zu unterstellen, geht an der Wirklichkeit vorbei und wäre üble Nachrede. Richtig ist, dass bei ca. 17 Mio. Krankenhausbehandlungsfällen, einer maximalen Prüfquote von 12 Prozent, einem Anteil von 23 Prozent (Fiori, a.a.O.) von MDK-Prüfungen, die auf die Richtigkeit der Abrechnung gerichtet sind, und einer diesbezüglichen Erfolgsquote von maximal 20 Prozent (Fiori, a.a.O.) ca. 93 900 fehlerhaft kodierte Abrechnungen vorliegen. Dies entspricht einem Anteil von ca. 0,5 Prozent aller Krankenhausbehandlungsfälle.

Beispiele für unangemessene Prüfungen und Rechnungskürzungen

- Die Versicherte erhielt im Rahmen einer Darmkrebsbehandlung vom 18. bis 20. Februar 2009 den dritten Zyklus einer Chemotherapie. Der MDK-Prüfer kam in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass die vollstationäre Behandlung lediglich bis zum 19. Februar 2009 medizinisch begründet war. Die Behandlung bis zum 20. Februar sei insofern eine sekundäre Fehlbelegung. Das Krankenhaus wies den MDK-Arzt darauf hin, dass die erfolgte Chemotherapie eine Infusion mit einer Applikationsdauer von 48 Stunden beinhaltet, sodass rein rechnerisch eine Entlassung am 19. Februar nicht zu erreichen war, was sich auch klar aus den dem MDK vorliegenden Behandlungsdokumentationen ergeben hatte.
- Eine Krankenkasse in Schleswig-Holstein weist ordnungsgemäße Rechnungen für stationär erbrachte Leistungen computermäßig als fehlerhafte Rechnungen zurück, da die stationäre Leistung auch im Katalog ambulant durchführbarer Leistungen nach § 115 b SGB V enthalten ist. Es kommt gar nicht erst zu einem Gutachtauftrag an den MDK, um die Hintergründe einer stationären Behandlung zu erfragen.
- Bei einer älteren Patientin mit knöcherner Verengung der Halswirbelsäule wurde auch nach einem operativen Eingriff eine weitere neurologische Symptomatik mit Gangunsicherheit etc. festgestellt, die eine weitere Stabilisierung im Rahmen einer neurologischen Anschlussrehabilitation notwendig machte. Der MDK hielt in seinem Gutachten eine Verlegung in die Rehabilitationsklinik am 22. Februar 2009 für möglich und gelangte zu einer sekundären Fehlbelegung von fünf Tagen. Eine Verlegung der Patientin am 22. Februar war allerdings tatsächlich aufgrund mangelnder freier Kapazitäten nicht möglich. Das erste freie Bett in einer neurologischen Reha stand am 27. Februar zur Verfügung, so dass die Patientin erst an diesem Tag auch tatsächlich verlegt werden konnte. ■

Gesundheitspolitik steht vor großen Herausforderungen

Bisweilen stehen ausgerechnet diejenigen Politiker, die für einen Politikwechsel eintreten, binnen weniger Monate vor der Aufgabe, der Realität ins Auge zu schauen und eine gegenteilige Politik vertreten zu müssen. So könnte es auch Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler gehen. Letztlich würde er zumindest vorläufig an der Hürde scheitern, für deren Beseitigung er eigentlich angetreten ist: die fehlende nachhaltige Finanzierung der GKV.

Die Beitragsaufkommen der einkommensabhängigen Sozialversicherungssysteme in Deutschland reagieren besonders sensibel auf wirtschaftliche Schwankungen. Milliarden schwere Einnahmeausfälle der GKV in der aktuellen Wirtschaftskrise geben der Bundesregierung Recht, dass die Aufbringung der Mittel für die GKV weitgehend von den Lohnkosten entkoppelt werden muss. Nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen am 9. Mai 2010 sind mit der bürgerlichen Mehrheit im Bundesrat jedoch die Chancen auf eine rasche und nachhaltige Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV nicht größer geworden. Zudem ist sich die Regierung in Fragen der Ausgestaltung des Sozialausgleichs nicht einig. Spätestens zur Kabinettsklausur der Bundesregierung Anfang Juni werden erste Ergebnisse in Form von Eckpunkten erwartet. Fraglich ist, ob diese tatsächlich ohne die Mehrheit im Bundesrat umgesetzt werden können und ob die Reform darüber hinaus auch schon in der aktuellen Krise helfen kann.

Die Opposition schießt kräftig gegen die Reformpläne der Regierung. Zudem fordert die SPD vehement Maßnahmen zur Kostendämpfung, wohl wissend, dass es sich um ein Kernproblem handelt, das sie selbst mit zu vertreten hat. Allzu offensichtlich wurde das Ziel der vergangenen Regierung, eine nachhaltige Finanzierungsbasis für die GKV zu schaffen, mit dem Gesundheitsfonds verfehlt. Lediglich die Steuerzuschüsse nahmen zu und wuchsen auf ein Rekordniveau von heute 15,7 Mrd. € an. Nicht vergessen werden darf allerdings, dass ein großer Teil dieser Summe, nämlich 6,3 Mrd. €, aus konjunkturpolitischen Gründen zur Absenkung des Beitragssatzes ab 1. Juli 2009 von 0,6 Prozentpunkten verwendet wurde.

Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich an den politischen Diskussionen und fordert aktuell Sparmaßnahmen von rund 4 Mrd. €, unter anderem in Form von Honorarkürzungen bei den Vertragsärzten und einer „Nullrunde“ bei den Krankenhäusern. Auch das Bundesgesundheitsministerium und die Regierungsfraktion denken über Sparmaßnahmen nach. Die politische Auseinandersetzung hierüber ist in der zweiten Hälfte dieses Jahres zu erwarten.

Finanzsituation der GKV

Nach Angaben des GKV-Schätzerkreises, der am 28. April 2010 getagt hat, werden die Ausgaben der GKV in diesem Jahr rund 3,1 Mrd. € höher ausfallen als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Davon werden allerdings Teile für den Aufbau einer Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von

1,7 Mrd. € verwendet, die der medizinischen Versorgung nicht zur Verfügung stehen. Die gesetzlichen Krankenkassen sehen sich gezwungen, in diesem Jahr ca. 3 Mrd. € durch die Auflösung von Rücklagen oder durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen aufzubringen. Diese Unterfinanzierung der Krankenkassen ist jedoch gewollt und im Gesundheitsfonds systemisch angelegt. Auch die Höhe der Unterfinanzierung von umgerechnet 1,8 Prozent der Gesamtausgaben der GKV liegt im Rahmen. Erst wenn die Fondseinnahmen deutschlandweit weniger als 95 Prozent der Ausgaben der GKV ausmachen, kommt es perspektivisch zu einer Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung.

Die krisenbedingten Mindereinnahmen der GKV in Höhe von rund 4 Mrd. € werden in diesem Jahr noch weitgehend durch einen einmaligen staatlichen Zuschuss ausgeglichen. Die Befristung dieses Zuschusses auf das Jahr 2010 könnte die Regierung aber unter Zugzwang bringen, denn bei anhaltender Finanz- und Wirtschaftskrise und steigendem Haushaltsdefizit ist im nächsten Jahr weder mit einer grundlegenden Verbesserung der Einnahmensituation der GKV noch mit einer hohen Bereitschaft zur Fortführung der staatlichen Zuschüsse zu rechnen. Der Wegfall des Bundeszuschusses kann zusammen mit dem Aufbau der Liquiditätsreserve in Kombination mit bereits leichten Ausgabenzuwächsen der GKV zu einer Unterschreitung der 95-Prozent-Grenze des Gesundheitsfonds führen. Im Ergebnis könnte dies zu einer unpopulären Erhöhung des Einheitsbeitragssatzes im Jahr 2012 führen.

Ohne Einsparungen auf der Ausgabenseite der Krankenkassen lassen sich Beitragssatzsteigerungen in der Öffentlichkeit nur schwer vermitteln. Insofern kommen die Forderungen der Kassen zu Nullrunden und Honorarkürzungen nicht überraschend. Allerdings dürften die Krankenkassen insgesamt über Rücklagen in Höhe von rund 6 Mrd. € verfügen, die es zunächst zu aktivieren gilt. Zudem ist es schwer verständlich zu machen, dass in derart schweren Zeiten Beitragsgelder in Höhe von 1,7 Mrd. € aus der medizinischen Versorgung herausgelöst werden, um eine Liquiditätsreserve für einen Fonds aufzubauen, der ohnehin reformiert werden soll.

Regierungskommission zur Reform der GKV-Finanzierung

Unterstützung erhält Bundesgesundheitsminister Rösler bei seinem Reformprojekt zur nachhaltigen Finanzierung der GKV vom Bundeswirtschaftsministerium. Dessen wissenschaftlicher Beirat hat am 12. Mai 2010 ein Gutachten veröffentlicht, in dem drei Modelle zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung diskutiert werden. Allen gemeinsam ist die Umwandlung des bisherigen Arbeitnehmerbeitrags in eine kassenspezifische Gesundheitsprämie. Die Autoren sprechen sich zudem für die Überführung der Einkommensumverteilung aus der GKV in das Steuer-Transfer-System aus. In einem vierten langfristig zu realisierenden Modell sollen auch die Elemente Kapitalaufbau und individuelle, übertragbare Alters-



HEALTH CARE MANAGER (VKD DKG DKI)

Sie möchten sich gezielt berufsbegleitend im Bereich der Gesundheitswirtschaft weiter qualifizieren und streben an, zukünftig verantwortungsvolle Managementaufgaben zu übernehmen?

Im Qualifizierungsprogramm HEALTH CARE MANAGER (VKD DKG DKI) werden Sie befähigt, im Gesundheitswesen Führung zu übernehmen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, verantwortlich Lösungen für betriebswirtschaftliche Aufgaben in der Gesundheitswirtschaft zu finden.

DIE TRÄGER

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) garantieren, Ihnen den neuesten Stand der Methoden und Kenntnisse des Managements in enger Verbindung mit aktuellen Erfahrungen aus der Praxis zu vermitteln. Verlassen Sie sich auf den hohen Anspruch der Träger, denn ihr Interesse ist Ihre Anerkennung als Health Care Manager!

ZEITLICHER RAHMEN

- 2-5 Semester – Sie bestimmen flexibel Ihren zeitlichen Einsatz
- Präsenzunterricht an 12 Wochenenden mit ca. 240 Unterrichtsstunden
- ca. 700 Zeitstunden Eigenstudium
- 5 Kernmodule
- 5 Satellitenmodule als Ergänzung und Vertiefung zu den Kernmodulen

ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN/ AKADEMISCHE ANERKENNUNG

Dieses Qualifizierungsangebot ist offen für jeden Interessenten. Es bestehen keine Zugangsvoraussetzungen, außer dem persönlichen Ziel, sich berufsbegleitend intensiv auf die Übernahme von Führungsaufgaben in der Gesundheitswirtschaft vorzubereiten.

Bei vorliegender Hochschulzugangsberechtigung kann eine akademische Anerkennung in Form von Creditpoints erfolgen.

Neben der Möglichkeit der individuellen Anfrage bei einzelnen Hochschulen hat die FOM - Fachhochschule für Oekonomie und Management GmbH Essen bei vorhandener Hochschulzugangsberechtigung eine generelle Anrechnung von 35 Creditpoints auf ihren Bachelor-Studiengang zugesagt.



START: September 2010
in Düsseldorf





Staatssekretär Bahr hält nichts von Spar-Schnellschüssen: Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Daniel Bahr (FDP), hat Forderungen nach kurzfristigen Einsparungen bei Ärzten und Kliniken eine Absage erteilt. Wer glaube, das drohende Milliardendefizit bei den gesetzlichen Kassen kurzfristig über Einsparungen decken zu können, der müsste den Ärzten und Krankenhäusern schon das wegnehmen, was sie in den vergangenen Jahren mehr bekommen haben, sagte Bahr der Ärzte Zeitung am 26. Mai. Die Koalition wäre stattdessen gut beraten, an der Umstellung der Kassenfinanzierung weiterzuarbeiten. Die Prämie sei weiterhin nötig, „wenn wir diese Gesundheitsversorgung auf dem jetzigen Niveau halten wollen“, so Bahr. Das BMG habe ein Prämienmodell erarbeitet, das ohne Bundesrat umgesetzt werden könne.

Aus: Ärzte Zeitung Online, 26. Mai 2010

Foto: BMG

rückstellungen eingeführt werden. Dieser Schritt würde eine Unterscheidung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung obsolet machen. Die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen sollte nach Ansicht der Autoren zunächst in der PKV erprobt werden.

Ausgewählte krankenhaushausrelevante Entschlüsse des 113. Deutschen Ärztetages

Nach Vorstellungen der Ärzteschaft sollen künftig ausschließlich Ärzte die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte an Medizinischen Versorgungszentren halten dürfen. Ein Beschluss der Delegierten des diesjährigen Ärztetages in Dresden bekräftigte nochmals den bekannten Vorschlag. Die Bundesärztekammer ergreift damit einseitig Position für niedergelassene Ärzte.

Ein weiteres Votum gegen Krankenhäuser wurde zur ambulanten fachärztlichen Versorgung gefasst. Die Ärzteschaft sieht die fachärztliche Versorgung in niedergelassenen Praxen in Gefahr. Krankenhäuser sollen zwar in die ambulante ärztliche Versorgung mit eingebunden werden, aber künftig ausschließlich nachrangig zum niedergelassenen Bereich. Die derzeitige Regelung, insbesondere bei den § 116 b-Leistungen, wird als konfliktär bezeichnet. Nach den Vorstellungen der Ärztetagsdelegierten sollen Krankenhäuser künftig nur dann an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen, wenn eine Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die Defizite der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung ist dies keine gute Botschaft, insbesondere nicht für GKV-Patienten.

Die Delegierten forderten zudem eine Beteiligung der Landesärztekammern an der ambulanten *und* stationären Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung müsse unter Einbeziehung der Rehabilitation und Pflege künftig sektorübergreifend ausgestaltet werden und sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientieren.

Eine deutliche Absage erteilte die Ärzteschaft der Einführung selektivvertraglicher Vertragsstrukturen insbesondere im stationären Bereich. Diese gefährdeten die Sicherstellung einer

flächendeckenden, qualitativ hochwertigen stationären Versorgung. Weiterhin sprachen sich die Delegierten für eine ausreichende Finanzierung belegärztlicher Leistungen und eine Streichung der mit dem KHRG eingeführten Abschläge auf Hauptabteilungs-DRGs aus.

Die Delegierten begrüßten die Bemühungen des Bundesgesundheitsministers zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Gesundheitsberufen und unterbreiteten Vorschläge zur Förderung einer familienfreundlichen Arbeitspolitik im Krankenhaus. In diesem Zusammenhang forderten die Delegierten auch die Beibehaltung und Einhaltung der geltenden Arbeitszeitbestimmungen und erteilten den Bestrebungen zur Aufteilung der Bereitschaftsdienste in aktive und inaktive Arbeitszeit auf europäischer Ebene eine Absage.

Anhörung zum GKV-Änderungsgesetz

Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages führte am 19. Mai 2010 eine Anhörung zum Gesetzgebungsverfahren des GKV-Änderungsgesetzes durch. Krankenhäuser sind unter anderem hinsichtlich der Nutzungsmöglichkeiten privater Abrechnungsstellen bei ambulanten Leistungen, der Nachverhandlung fehlender Personalstellen in der Psychiatrie und der Erhöhung des Herstellerabschlags bei Arzneimitteln betroffen.

Die Möglichkeit für Krankenhäuser zur Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen über private Abrechnungsstellen ist eine vielfach geübte Praxis. Die Regierung beabsichtigt die Verlängerung dieser Option. Die DKG kritisierte jedoch, dass die beabsichtigte Regelung hinsichtlich ihrer inhaltlichen und zeitlichen Ausprägung nicht ausreichend ist. Vielmehr gelte es, Regelungen zu treffen, die es Krankenhäusern wie anderen Leistungserbringern generell erlauben, privatärztliche oder gewerbliche Abrechnungsstellen zu beauftragen. Dabei seien einheitliche Regelungen für alle ambulant erbrachten Leistungen notwendig.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Klarstellung der Bemessungsgrundlage für die Vergütung der Personalstellen in der Psychiatrie wurde seitens der DKG begrüßt, weil die durch das KHRG vorgesehenen verbesserten Finanzierungsbedingungen in den Budgetverhandlungen durch die Krankenkassen

sen vielfach blockiert wurden. Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass der Maßstab für die nach § 6 Absatz 4 BpflV zu führende Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) die tatsächlich realisierte Personalbesetzung am 31. Dezember 2008 ist und nicht eine im Rahmen früherer Budgetvereinbarungen lediglich vereinbarte Stellenzahl.

Da die Gefahr besteht, dass sich die geplante Erhöhung des Herstellerabschlags für Arzneimittel mittelbar auf die Krankenhäuser auswirkt, hat die DKG sich ebenfalls zu diesem Thema geäußert und eine gesetzliche Klarstellung gefordert. Vermieden werden muss eine einseitige Aufbringung des Herstellerrabattes zu Lasten der Krankenhäuser bei der Erbringung ambulanter Leistungen. Mit der 15. AMG-Novelle wurde die Verpflichtung, einen gesetzlichen Herstellerrabatt auf die bisher davon ausgenommenen Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen (insbesondere Zytostatika) zu gewähren, erweitert. Diese Neuregelung ist in ihrer Gültigkeit für Krankenhausapotheken rechtlich umstritten, obwohl die freie Preisverhandlung der Krankenhäuser mit den pharmazeutischen Herstellern eine Anwendung auf Krankenhausapotheken verbietet. Diese Rechtsunsicherheit hat bereits zu einseitigen Belastungen für die Kliniken geführt und würde sich durch eine Erhöhung des gesetzlichen Rabattes auf 16 Prozent deutlich verschärfen.

DKG-Geschäftsstelle Bereich Politik ■

VUD: Pharmafirmen treiben Preise in die Höhe

Die Gesetzgebungsinitiative von Gesundheitsminister Rösler zeigt Wirkung. Pharmafirmen erhöhen bei patentgeschützten Medikamenten für die Universitätsklinika erneut massiv die Preise. Sie reagieren damit auf die Ankündigung des Ministers, für Verordnungen durch niedergelassene Ärzte bei patentgeschützten Arzneimitteln die freie Preisfestsetzung durch die Hersteller zu beenden und rückwirkend einen Preisstopp festzuschreiben. Dagegen plant das Ministerium für die Preise von Arzneimitteln im Krankenhaus bisher keine Maßnahmen. Damit geht in den Uniklinika die Kostenexplosion bei den patentgeschützten Medikamenten ungebremst weiter. Pharmafirmen haben innovative Arzneimittel in den letzten drei Jahren teilweise um zweistellige Prozentsätze verteuert. „Wir brauchen für innovative patentgeschützte Arzneimittel auch im Krankenhaus eine Deckelung der Preise wie bei den Vertragsärzten. Die Firmen dürfen sich nicht auf unsere Kosten schadlos halten. Sonst drohen massive negative Folgen für die Versorgung schwerstkranker Patienten“, so Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands.

Während der Anteil der Arzneimittelkosten für Uniklinika 9 Prozent der stationären Gesamtausgaben ausmacht, sind es bei allen anderen Krankenhäusern nur 5,1 Prozent.

Die erneute Preiserhöhung entspricht vergangenen Erfahrungen, wonach Kostendämpfung bei patentgeschützten Me-

dikamenten im vertragsärztlichen Sektor zu Preissteigerungen beim Einkauf eben dieser Medikamente durch die Krankenhäuser führt. Die pharmazeutische Industrie versucht auf diese Weise, Umsatz- und Gewinneinbußen zu kompensieren. „Gerade hochwertige innovative Arzneimittel zur Krebsbekämpfung sind besonders betroffen“, so Strehl. Die Krankenhäuser können Preisschübe gegenüber den Krankenkassen nur mit Zeitverzug und bestenfalls anteilig geltend machen. Somit bekommen sie einen erheblichen Teil der Kostensteigerungen nicht refinanziert. Wenn sie nicht in wirtschaftliche Schieflagen geraten wollen, müssen sie entweder die Gabe dieser teuren Arzneimittel absetzen oder an anderer Stelle – etwa beim Personal – ausgleichen. Dies beeinträchtigt besonders die Versorgung Schwerstkranker.

Christliche Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Verteilung der Leistungen

Im Rahmen des diesjährigen Hauptstadtkongresses in Berlin formulierten die kirchlichen Krankenhausverbände DEKV und KKVD am 6. Mai den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf aus der Sicht christlicher Krankenhäuser. Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) setzen sich demnach für eine bedarfsgerechte, verlässliche Krankenhausversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau für alle Menschen in unserer Gesellschaft ein. „Eine bedarfsgerechte Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen wird auch zukünftig den sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft stärken“, so der Vorsitzende des KKVD, Domkapitular Dieter Geerlings. Krankenhäuser haben einen hohen Stellenwert in der medizinischen Versorgung und genießen großes Vertrauen in der Bevölkerung. „Dies impliziert einen effizienten Einsatz von Ressourcen. Nicht zuletzt verfügen wir über eine interdisziplinäre Kompetenz auf hohem Niveau, die eine umfassende Versorgung in allen Regionen sichern kann“, ergänzte Manfred Witkowski, Vorsitzender des DEKV. Aus der Sicht der christlichen Krankenhausträger ist es die Aufgabe der Gesundheitspolitik, die Voraussetzungen und erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit eine flächendeckende, zwendungsgeprägte Versorgung langfristig gesichert werden kann.

Dabei dürfen Sektorengrenzen und unterschiedliche Finanzierungssysteme für die Behandlung der Patienten keine Rolle spielen. Im Sinne der Patienten plädieren DEKV und KKVD daher für eine stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung im und am Krankenhaus. Der Wettbewerb im Krankenhausbereich muss nach eigenen Kriterien beurteilt und geregelt werden. Maßstab muss die Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit sowie die Sicherung der Trägervielfalt und Wahlfreiheit der Patienten sein. Entscheidend ist die Förderung des Qualitätswettbewerbs, Preiswettbewerb im Krankenhausbereich dagegen gefährdet die Qualität.

Die vollständige Positionierung der christlichen Krankenhausverbände ist auf den Internetseiten der Verbände abrufbar. ■