

report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

April 2009

Das Landesrettungsdienstgesetz 2007 - eine Bestandsaufnahme

Die Landesregierung setzte sich mit der Neuregelung des Rettungsdienstgesetzes das Ziel, die Kosten des Rettungsdienstes zu senken und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dies sollte insbesondere durch die Reduzierung der Zahl der Rettungsleitstellen und durch die Einführung der Vertragslösung für die Finanzierung des Rettungsdienstes erreicht werden. Außerdem wollte man mit der Etablierung einer ärztlichen Leitung die Wahrscheinlichkeit von korrekten Entscheidungen über Rettungseinsätze wesentlich erhöhen.

Nun, im dritten Jahr des neuen Rettungsdienstgesetzes ist es an der Zeit, eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung oben genannter Ziele vorzunehmen.

Ernüchternde Bilanz

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird mit knapp 90 Mio. Euro Kosten für den Rettungsdienst im Jahr 2009 um mehr als neun Prozent höher belastet als 2006! Die Kosten für das Rettungswesen steigen demnach weiterhin, und dies jährlich um zwei bis drei Prozent! (vergleiche Grafik 1, Seite 3)

Die Reduzierung der Leitstellen auf freiwilliger kommunaler Basis muss als gescheitert betrachtet werden. Eine paritätische Besetzung der Schiedsstelle durch Kostenträger und Leistungserbringer ist mit der jetzigen Verordnung nicht gewährleistet.

Die Einführung der ärztlichen Leitung im Rettungsdienst ist erfolgt. Die Anzahl der Rettungsfahrten nimmt weiterhin jährlich zu, im Jahr 2009 wurden fast 10.000 Einsätze mehr gefahren als im Jahr 2006.

In dieser Ausgabe:

- Rettungsdienst, eine Bestandsaufnahme
- Kurzinterview mit Siegfried Scholz
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen

Die oben genannten Ziele konnten demnach überwiegend (bisher) nicht erreicht werden. Das hat vielfältige Ursachen, hier aus unserer Sicht nur einige:

Teuerungen der Gesamtwirtschaft und das Kostendeckungsprinzip

- Die im Jahr des Inkrafttretens des Rettungsdienstgesetzes vollzogene Gebietsreform eröffnete zwar Chancen zu höherer Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst, diese wurden aber nicht im erhofften Umfang genutzt.
- Die Mehrwertsteuererhöhung im Jahr 2007 führte zu 2,6 Prozent Erhöhung der Sachkosten.
- Die 48-Stunden-Woche gemäß EU-Richtlinie ab 2007 führt zu erhöhtem Personalbedarf.
- Die Erhöhung der Einsatzzahlen führt zu Erhöhungen der Vorhaltungen, um die Hilfsfrist einzuhalten.
- Überproportionale Erhöhungen von Kosten für Kraftstoffe und Energie, insbesondere 2007 und 2008
- Verteuerung des Aufwandes für die Absicherung der Notarzdienste, weil Krankenhäuser keine Ärzte mehr stellen
- Tarifierhöhungen

Rechtliche Rahmenbedingungen erweisen sich als Barrieren.

Das Kostendeckungsprinzip ist weiterhin in der RettDVO-LSA festgeschrieben. Die Forderung der Verbände nach einer paritätischen Schiedsamtbesetzung durch Leistungserbringer und Kostenträger erfüllte der Gesetzgeber (bisher) ebenfalls nicht.

Die Verhandlungslösung – der Spagat zwischen Beitragssatzstabilität und Kostendeckung im Rettungsdienst.

Die jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstellte Veränderungsrate der Grundlohnsammenentwicklung zum Vorjahr beträgt für das Jahr 2009 1,41 Prozent. Diese Rate soll nach § 133 Abs. 1 SGB V i. V. mit § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V den finanziellen Rahmen für die Ermittlung der Entgelte im Rettungsdienst bilden. Die tariflichen Lohnanpassungen sprengen mit Einmalzahlungen, Ost-West-Anpassungen, sonstigen Lohnerhöhungen, Zuschlägen und anderes mehr diesen Rahmen. So liegen allein die Personalkosten für 2009 mit 72 Mio. Euro um 2,8 Prozent über denen des Vorjahres, aber um reichliche neun Prozent über denen des Jahres 2006.

DER KOMMENTAR

Ist Hessen bald überall?

Die Wahl in Hessen zeigt drei Gewinner: Die Parteien, die im Bundestag die Opposition stellen. Das mag mit den persönlichen politischen Querelen im Laufe der vorangegangenen Monate zu tun gehabt haben, ist aber auch auf das Erscheinungsbild der großen Koalition auf Bundesebene insgesamt zurückzuführen. Was die Gesundheitspolitik anbelangt, gibt es zurzeit bundesweit Ärger in fast allen Leistungsbereichen: Die Ärzteschaft mobilisiert aus Unzufriedenheit über Einkommenszuwächse und Umverteilung zum großen Protest im Sommer – So fordert der Hausärzterverband schon jetzt „Wählen Sie was Sie wollen. Aber nicht SPD“. Die Zahnärzte beklagen die weiterhin bestehende Vergütungsdifferenz zu ihren Kollegen im Westen der Republik. Die Krankenhäuser leiden unter den finanziellen Lasten aus dem Angleich zum landesweiten Basisfallwert. Und die Krankenkassen? Sie sind die Opfer eines „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“, das den Wettbewerb abschafft und die finanzielle Kontrollierbarkeit des Systems weiter aushöhlt.

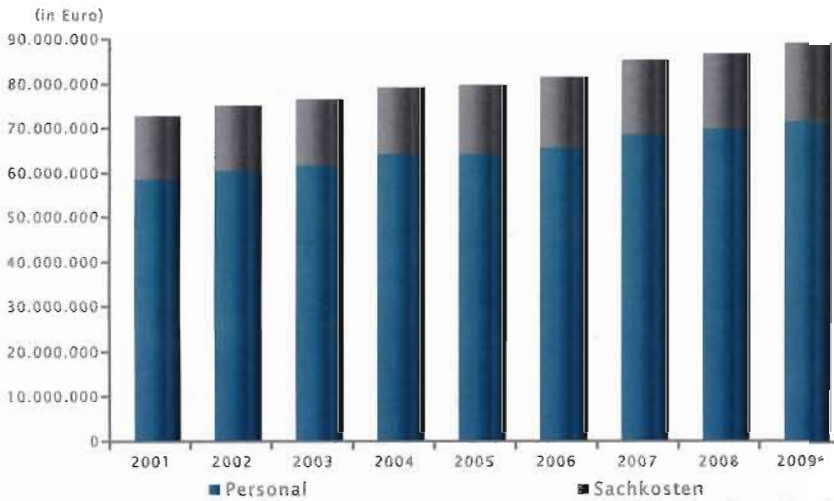
Der Verteilungskampf, der gerade tobt, lässt sich nur mit Sachgerechtigkeit nachhaltig eindämmen. Dabei kommt es darauf an, die KVen in die Verantwortung zu nehmen, sodass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gewahrt bleibt und nicht in ein Vakuum zwischen KV und Hausärzterverband fällt. Den Forderungen der Zahnärzte ist so zu begegnen, dass die ordnungspolitischen Vorgaben des Risikostrukturausgleichs Berücksichtigung finden. Das heißt, dass das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ auch zwischen den Kassenarten zur Anwendung kommt und die Benachteiligung der Ersatzkassen endlich aufhört. Und schließlich sollte noch einmal darüber nachgedacht werden, den Krankenkassen die Souveränität über ihre Beitragssätze zurückzugeben – das wäre auch eine Erleichterung für das BVA, das gerade über der Prognose für die beitragspflichtigen Einnahmen Deutschland 2010 grübelt.

Unsere Länderbeilage informiert Sie diesmal über den Sachstand zum Landesrettungsdienstgesetz, Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich sowie den Verhandlungsstand zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Wir machen unseren Job – wenn die Politik uns den nötigen Verhandlungsspielraum gibt.



Dr. Klaus Holst,
Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Rettungsdienstkosten im Vergleich
hier: Entwicklung der Gesamtausgaben in Sachsen-Anhalt



1 Landesvertretung Sachsen-Anhalt



ger des Rettungsdienstes und zwei Stimmen für die Leistungserbringer bleibt. Selbst wenn die Krankenkassen die Stimme des Vorsitzenden für sich gewinnen, würden sie nicht die notwendige Zweidrittel-Mehrheit erreichen, die für das Durchsetzen ihrer Interessen erforderlich ist. Sowohl der Träger als auch die Leistungserbringer streben eine Deckung der angemeldeten Kosten an, sodass die Schiedsstellenverordnung dem Ziel des Rettungsdienstgesetzes, nämlich der Schaffung effizienterer Strukturen und damit einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen, entgegensteht.

Reduzierung der Leitstellen bisher gescheitert

Grafik 1

Da die Personalkosten durchgängig mehr als 80 % an den Gesamtkosten ausmachen, stehen die Tarifabschlüsse, aber auch das Leistungs-geschehen im Zielkonflikt mit der Beitragssatzstabilität.

Folgende Ausnahmetatbestände tragen zudem noch zur weiteren Verschärfung bei:

- Strukturveränderungen (Standortänderungen bzw. zusätzliche Standorte),
- gesetzliche Änderungen (48-Stunden-Woche, Änderung der Mehrwertsteuer, Änderungen der Abgaben zur Sozialversicherung etc.), Einhaltung der tariflichen Bestimmungen sowie überdurchschnittliche Erhöhung von Kraftstoff- und Energiekosten, die die gesetzliche Krankenversicherung außerordentlich vergütet.

Die Besetzung der Schiedsstelle ist rechtswidrig

Eine wesentliche Neuerung, die mit der Verhandlungslösung einhergeht, ist die Schiedsstelle, die angerufen werden kann, wenn die Vertragspartner innerhalb von zwei Monaten nicht zur Einigung finden. Die Krankenkassen in Sachsen-Anhalt haben aufgrund der Besetzung der Schiedsstelle laut Schiedsstellenverordnung praktisch kaum Chancen, ein Schiedsverfahren zu gewinnen. Mehrere Einwände seitens der Kassen in Richtung Verordnungsgeber fanden kein Gehör, sodass es bis auf Weiteres bei der personellen Besetzung von zwei Stimmen für die Kostenträger, zwei Stimmen für die Trä-

Die Reduzierung der Leitstellen von 22 auf derzeit 14 Leitstellen im Zuge der Gebietsreform 2007 führte zu einer Senkung der Gesamtkosten für die Leitstellen in den Verhandlungen zum Budget des Jahres 2008.

Es wurden in den Vereinbarungen für 2008 insgesamt 6,8 Mio. Euro für die Leitstellen vereinbart. Gegenüber den Ist-Abrechnungen der Jahre 2006 und 2007 mit je 7,5 Mio. Euro entspricht das einer Absenkung von ca. 10 Prozent. 2009 wird dieser Budgetanteil insgesamt 7,2 Mio. Euro betragen und so das Niveau des Jahres 2006 fast schon wieder erreichen.

Ein neues Problem tut sich derzeit im Sachkostenbereich des Rettungsdienstes auf, weil die Kostenverteilung für den BOS-Funk = Digitales Sprech- und Datenfunknetz für die Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, in keiner Weise geklärt ist. Fest steht nur, dass Bund und Länder sich verpflichtet haben, den Digitalfunk bis zum 31.12.2010 flächendeckend einzuführen. Für eine akzeptable Funkversorgung in Sachsen-Anhalt ist laut Projektgruppe Digitalfunk BOS des Landes Sachsen-Anhalt mit Kosten in Millionenhöhe zu rechnen. Der Bund hat 50 % des Rumpfnetzes errichtet, der „Rest“ ist nun Ländersache. Erste Anfragen von Trägern zur Übernahme der Kosten der anzuschaffenden Endgeräte für die Fahrzeuge des bodengebundenen Rettungsdienstes liegen den Kostenträgern bereits vor – das Ministerium hält sich in dieser Frage bedeckt.

Sicher ist nur, dass die Träger in der Pflicht sind, das BOS-Funknetz bis 2010 einzuführen. Die Kostenträger lehnen eine Kostenübernahme für die Endgeräte im bodengebunden Rettungsdienst ab, da das Innenministerium lediglich die Beschaffung sicherstellen will, aber die Finanzierung von sich weist.

Die Ersatzkassen erwarten vor einer einvernehmlich vereinbarten Finanzierungsregelung, dass die Vertragspartner auch Einigkeit über die Anzahl der Leitstellen im Land erzielen.

Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes

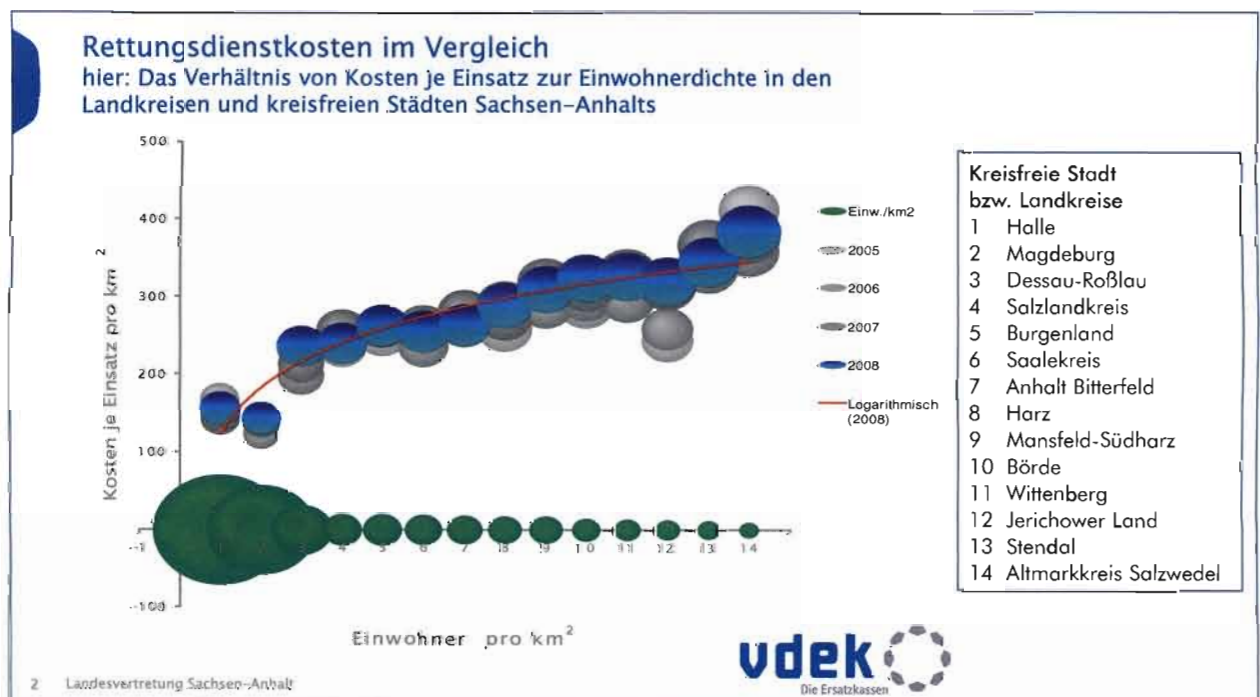
Nach wie vor bleibt festzustellen, dass ein wesentlicher Anteil der Notfalleinsätze indikationsmäßig in die Organisationsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Anhalt (KVSA) gehört. KVSA-eigene Leitstellen (z.B. Halle/ Magdeburg), aber auch eine mangelhafte Erreichbarkeit der KV-Notärzte sind Ursache dafür, dass ein wesentlicher Anteil der KV-Versorgungsfälle immer wieder durch den Rettungsdienst „versorgt“ werden und damit finanziell dem deutlich aufwendigeren Rettungsdienst zugeordnet werden müssen.

Die Vermittlung des vertragsärztlichen Notdienstes über die Leitstelle des Rettungsdienstes würde diese Situation spürbar entlasten. So sollte der KV-Notdienst in die Leitstelle des Rettungsdienstes integriert werden. Rechnungen für Einsätze des Rettungsdienstes (auch bei Nichterreichbarkeit des KV-Notarztes), die indikationsbezogen den KV-Notdienst betreffen, sollten nicht zu Kosten des Rettungsdienstes werden, sondern zuständigkeitshalber an die KV gerichtet werden.

Hierzu bedarf es untergesetzlicher Regelungen unter Federführung des Ministeriums.

Fazit:

Dringender gesetzlicher Änderungsbedarf besteht in der Besetzung der Schiedsstelle, um der fortgesetzten Kostenentwicklung Einhalt zu gebieten. Nach einer Reduzierung der Leitstellen sind durch Verordnung die Anzahl und die Standorte der Einsatzleitstellen mit Digitalfunktechnik sowie die Finanzierungsmodalitäten zu bestimmen. Eine Integration von KV-Notdienst und Rettungsdienst auf der Basis untergesetzlicher Regelungen ist aus Gründen der Wirtschaftlichkeit dringend geboten. Die ärztliche Leitung der Leitstellen hat diesbezüglich keine Verbesserung der Versorgung erzeugt.



Grafik 2:

Je größer die Einwohnerdichte, umso geringer die Kosten je Einsatz. Dieses Ergebnis ist allgemein sachlogisch und findet unsere ungeteilte Zustimmung. Inwieweit wir hier allerdings schon effiziente Kostenstrukturen besitzen, dürfte nur im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zu beantworten sein. Deshalb muss an dieser Stelle auch die Frage zur Plausibilität der Einsatzkosten leider unbeantwortet bleiben. Deren Validität kann aufgrund der vielen Einflussfaktoren, denen die Kostenentwicklung unterliegt, nicht ohne Weiteres überprüft werden. Interessant hierzu die Einzelergebnisse aus „Magdeburg“ und „Salzwedel“, die sich vom Trend nach unten bzw. oben deutlich abheben.

Das Kurzinterview mit dem Kurdirektor aus dem Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg



Geschäftsführer und Kurdirektor, Dipl.-Ing., Dipl.-Jur. Siegfried Scholz

▼ **Worin sehen Sie die Vorzüge des Gesundheitswesens in den neuen Ländern ab 1990?**

▲ Der große Vorzug des Gesundheitswesens „Ost“ besteht darin, dass in allen Leistungsbereichen in erheblichem Maße investiert wurde. Damit steht der Bevölkerung das modernste Gesundheitswesen in Europa zur Verfügung.

▼ **Sehen Sie Elemente aus dem „DDR-Gesundheitswesen“, die wiederbelebt bzw. neu eingeführt werden sollten?**

▲ Ein wesentlicher Beitrag zur besseren Grundversorgung würde dadurch geschaffen werden, wenn Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken für die ambulante Versorgung der Bevölkerung zugelassen würden.

▼ **Wie kann nach Ihrer Auffassung regionales Denken und Handeln im Gesundheitswesen abgebaut werden?**

▲ Bei der Planung des Gesundheitswesens dürfen Kreis- und Ländergrenzen nicht Betrachtungs- und Planungsgrenzen darstellen.

▼ **Folgt man den Aussagen der Politik, wird sich nach dem Superwahljahr 2009 vieles ändern! Welche Schwerpunkte für die Reformen würden Sie setzen?**

▲ Entscheidend für die Zukunft und damit für die wirtschaftliche Sicherstellung der Aufgaben des Gesundheitswesens wird es sein, Planungs- und Investitionsentscheidungen dieses Bereiches nicht nach politischen Gesichtspunkten, sondern nach reinen kaufmännischen zu fällen.

▼ **Welche Perspektiven sehen Sie explizit für die stationäre Rehabilitation in Sachsen-Anhalt?**

▲ Die stationäre Rehabilitation in Sachsen-Anhalt müsste bei verantwortungsbewusster Handhabung und Nutzung eine zukunftssträchtige Perspektive haben. Dieser Optimismus ergibt sich aus der niedrigsten Bettendichte aller Bundesländer.

▼ **Sie haben als Kurdirektor in den letzten 20 Jahren maßgeblich dafür gesorgt, dass das Eisenmoorbad in Bad Schmiedeberg eine erfolgreiche Entwicklung genommen hat, was möchten Sie Ihrem Nachfolger als Rat mit auf den Weg geben?**

▲ Immer das Gefühl zu haben, was morgen notwendig ist und was übermorgen auf dem Markt nachgefragt wird.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Sachsen-Anhalt

Der Gesetzgeber will das ärztliche und pflegerische Versorgungsangebot für nicht heilbare, schwer erkrankte Patienten mithilfe der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung dort verbessern, wo die herkömmliche Palliativversorgung aufgrund des Erkrankungsstadiums des Patienten nicht angemessen ist. Mit einer ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch hochqualifizierte Palliativfachkräfte und Palliativärzte sollen betroffene Patienten die Möglichkeit erhalten, ihre letzten Lebenstage in vertrauter (häuslicher) Umgebung zu verbringen und dabei weiterhin optimal versorgt zu sein. Diese Neuerung stellt damit jedoch hohe Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung als auch an die Leistungserbringer wie z.B. ambulante Hospiz- und Pflegedienste.

In Sachsen-Anhalt ist hierzu ein Vertragswettbewerb unter den Kassenverbänden und Leistungserbringern ausgebrochen. Die AOK Sachsen-Anhalt hat sehr schnell Verträge nach § 140a SGB V mit stationären Leistungserbringern geschlossen, um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen. Die vdek-Landesvertretung sieht die

Umsetzung der SAPV im Rahmen einer integrierten Versorgung jedoch als nicht richtlinienkonform, so dass sie ein eigenes SAPV-Konzept auf der Grundlage des zwischen vdek und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. abgestimmten Mustervertrages entworfen hat. Derzeitige Verhandlungen mit der LiGA der Wohlfahrtsverbände und dem Hospiz- und Palliativverband Sachsen-Anhalt e.V. zeigen, dass unser Konzept durchweg positiven Anklang findet und die Leistungserbringer an einem Vertragsabschluss interessiert sind.

In Sachsen-Anhalt wird die SAPV nach den Vorstellungen der Ersatzkassen vorerst in den vier Regionen Stendal, Magdeburg, Dessau und Halle umgesetzt werden, da hier zum Teil bereits Netzwerke und Kooperationsvereinbarungen bestehen. Die Palliativ-Care-Teams sollen Strukturen und Erfahrungen der vorhandenen ambulanten Hospizdienste soweit wie möglich nutzen. Die vier benannten Versorgungszentren sollen im zweiten Schritt dann neben ihrer Versorgungstätigkeit auch als Multiplikatoren dienen, um eine Ausdehnung der SAPV in die benachbarten Regionen zu ermöglichen.

Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen in Sachsen-Anhalt

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft gem. § 275 SGB V im Auftrag der Krankenkassen ausgewählte Abrechnungsfälle. Prüf-

umfang und Prüfung an sich bilden ein ständiges Konfliktpotenzial zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern. Ging es vor Einführung der DRG

im Wesentlichen um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (primäre Fehlbelegung) und/oder der Dauer der Behandlung im Krankenhaus (sekundäre Fehlbelegung), ist seit der Einführung der DRG die weitergehende Frage zur korrekten Kodierung des Behandlungsfalles hinzugekommen.

Die Quote der geprüften DRG-Fälle bezogen auf die Anzahl der vereinbarten DRG in den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt liegt im Jahr 2008 bei 5,4 %. Aus dieser Auswahl sind 54 % der überprüften DRG-Rechnungen in Sachsen-Anhalt nicht korrekt. Im Klartext: 11.600 Rechnungen von insgesamt 22.010 geprüften Abrechnungen sind fehlerbehaftet und können von den Krankenkassen gegenüber den betroffenen Krankenhäusern mit einer Kürzung des Rechnungsbetrages belegt werden. (vgl. Grafik 3, Seite 7 und Tabelle 1)

Die Krankenkassen haben die Pflicht, mit den Beiträgen ihrer Mitglieder wirtschaftlich umzugehen. Die Rechnungsprüfung trägt dazu bei, ausschließlich

ANMERKUNG TABELLE 1

Die Tabelle zeigt die nach erfolgter Prüfung korrigierten Rechnungen gewichtet zur Gesamtanzahl der mit den Krankenhäusern vereinbarten DRG's. Es sind nur die Krankenhäuser aufgeführt, die mit DRG abrechnen.

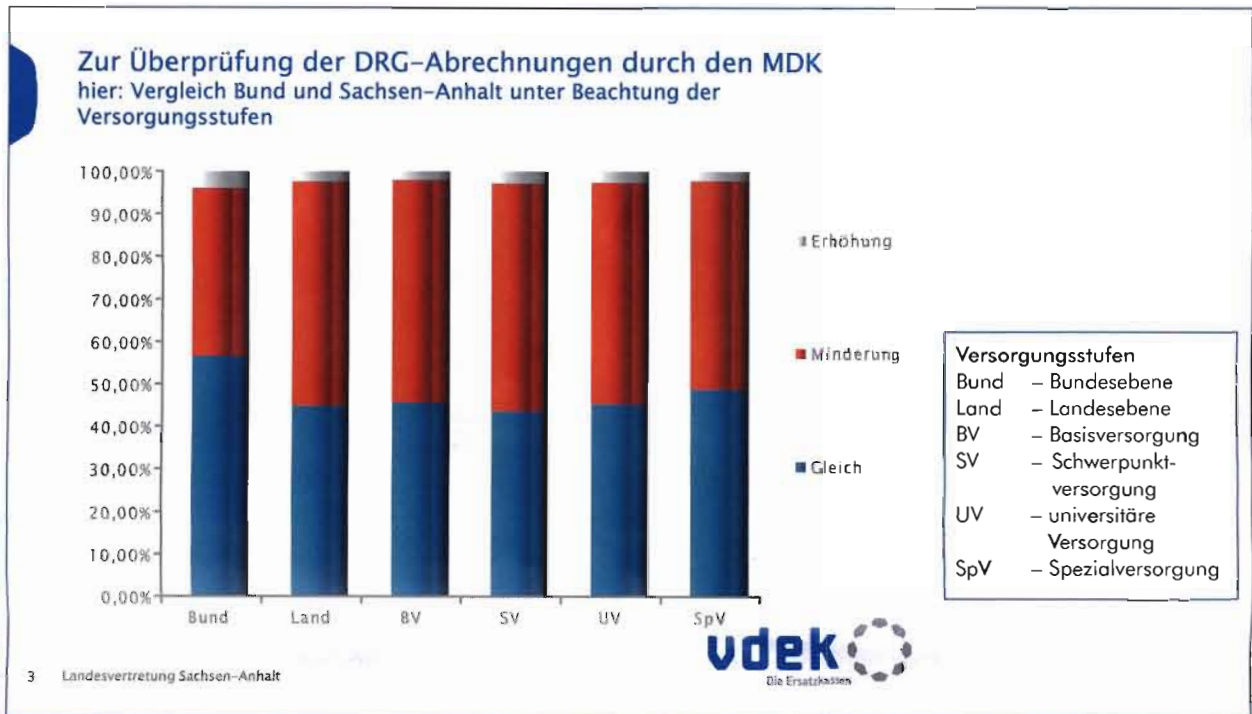
Krankenhaus	Anteil der Begutachtungen zu den vereinbarten DRG 2008	Rechnungsbetrag nach Begutachtung			Versorgungsstufe
		Minderung	Gleich	Erhöhung	
Klinik des Westens Magdeburg	3,99 %	76,92 %	23,08 %	0,00 %	BV
NRZ Magdeburg (Akutbereich)	9,57 %	72,73 %	18,18 %	9,09 %	SpV
AMEOS Klinikum St. Salvator Halberstadt	6,02 %	69,05 %	28,55 %	2,41 %	SV
Klinik St. Marienstift Magdeburg	2,83 %	67,05 %	28,98 %	3,98 %	BV
Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg	4,32 %	65,34 %	33,56 %	1,10 %	SV
Altmark-Klinikum	3,79 %	63,65 %	33,68 %	2,67 %	BV
MEDIGREIF Kreiskrankenhaus Burg	4,16 %	60,24 %	37,86 %	1,90 %	BV
Johanniter Krankenhaus Genthin - Stendal	4,54 %	59,68 %	36,60 %	3,72 %	SV
Pfeiffersche Stift. Magdeburg	4,88 %	59,46 %	38,92 %	1,62 %	BV
Lungenklinik Lostou	9,15 %	59,06 %	38,96 %	1,99 %	SpV
Lungenklinik Ballenstedt	13,12 %	58,40 %	41,18 %	0,42 %	SpV
Kl. Dorothea Christ. Erxleben	3,26 %	58,13 %	39,96 %	1,91 %	SV
MediClin Herzzentrum Coswig	2,96 %	56,45 %	40,32 %	3,23 %	SpV
Asklepios-Kliniken Weißenfels-Hohenmölsen	3,80 %	56,26 %	42,02 %	1,72 %	BV
Ameos Klinikum Haldensleben	6,12 %	56,25 %	40,63 %	3,13 %	SpV
HELIOS Klinik Lutherstadt Eisleben	2,07 %	55,85 %	42,14 %	2,01 %	BV
Carl-von-Basedow-Kl. Merseburg-Querfurt	4,04 %	55,57 %	41,38 %	3,05 %	SV
Stadtkrankenhaus Calbe	3,96 %	55,24 %	43,81 %	0,95 %	BV
Diakoniekhs. Halle	3,88 %	55,20 %	42,99 %	1,81 %	BV
Uniklinikum Magdeburg	4,14 %	53,94 %	43,83 %	2,23 %	UV
Krankenhaus Anhalt-Zerbst	2,49 %	53,76 %	43,55 %	2,69 %	BV
MEDIGREIF Bördekrankenhaus, Neindorf	3,30 %	51,52 %	46,21 %	2,27 %	BV
Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau	5,15 %	51,35 %	43,54 %	5,10 %	SV
Klinikum Bernburg	3,81 %	50,96 %	47,13 %	1,91 %	BV
Uniklinikum Halle-Wittenberg	4,80 %	50,36 %	46,62 %	3,02 %	UV
Kreiskliniken ASL/SFT	2,97 %	48,22 %	49,58 %	2,21 %	BV
Gesundheitszentrum Bitterfeld I Wolfen	3,48 %	48,14 %	50,31 %	1,55 %	BV
BG-Klinik Halle	3,33 %	47,83 %	51,17 %	1,00 %	SpV
Diakonissenkrankenhaus Dessau	3,80 %	47,34 %	50,00 %	2,66 %	BV
KMG Klinikum Havelberg	4,19 %	47,32 %	48,21 %	4,46 %	BV
HELIOS Klinik Sangerhausen	2,18 %	47,04 %	49,67 %	3,29 %	BV
Diakonie-Krankenhaus Elbingerode	2,36 %	46,67 %	50,00 %	3,33 %	SpV
Städtisches Klinikum Dessau	3,61 %	45,98 %	51,44 %	2,58 %	SV
Fachkhs. für Rheumatologie Vogelsang	1,71 %	45,95 %	50,00 %	4,05 %	SpV
Harz-Klinikum Wernigerode/Blankenburg	3,80 %	45,91 %	51,26 %	2,82 %	SV
Diakoniekhs. Seehausen	2,95 %	45,81 %	52,90 %	1,29 %	BV
Krankenhaus Köthen	3,11 %	45,16 %	51,91 %	2,93 %	BV
Klinikum Magdeburg	3,53 %	44,41 %	52,88 %	2,71 %	SV
Krankenhäuser St.-Barbara & St. Elisabeth, Halle	3,25 %	42,52 %	54,83 %	2,65 %	SV
Klinik Bosse Wittenberg	2,79 %	42,11 %	57,89 %	0,00 %	SpV
Sana Ohreklinikum	2,95 %	41,23 %	56,79 %	1,98 %	BV
AWO Fachkhs. Jerichow	1,23 %	40,00 %	60,00 %	0,00 %	SpV
Klinikum Burgenlandkreis, Naumburg	2,17 %	39,29 %	57,80 %	2,91 %	BV
Fachkhs. Uchtsprünge	5,99 %	36,49 %	60,81 %	2,70 %	SpV
Klinikum Schönebeck	4,00 %	34,19 %	63,60 %	2,21 %	BV
Waldklinik Bernburg	0,58 %	25,00 %	75,00 %	0,00 %	SpV

Tabelle 1

realisierte und notwendige Leistungen zu finanzieren. Der Gesetzgeber hat mit Einführung des GKV-WSG ab 1.4.2007 für Prüfungen, die nicht zur Korrektur der Rechnung führen, eine Gebühr eingeführt. Die Höhe beträgt aktuell 300 Euro pro Fall. Die Kran-

kenkasse hat diese Gebühr für Fälle als Aufwandsentschädigung an das Krankenhaus zu zahlen.

Solange aber jede zweite geprüfte Rechnung zu hoch ist, reduziert diese Gebühr das Prüfgeschehen nicht.



Grafik 3:
Der Vergleich mit den auf der Bundesebene (Quelle: DKI Krankenhausbarometer) erhobenen Zahlen zeigt, dass der Anteil der zu beanstandenden Rechnungen in Sachsen-Anhalt höher ist als auf der Bundesebene. Für Sachsen-Anhalt erhält man bezogen auf die Versorgungsstufen der Krankenhäuser wiederum ein differenziertes Bild. In der Spezialversorgung (SpV) ist der Anteil der korrekt kodierten Abrechnungen am höchsten, dies kann mit dem bei diesen Krankenhäusern meist eingeschränkten Versorgungsauftrag auf bestimmte Leistungsbereiche zusammenhängen, die Möglichkeiten der „unsauberen“ Kodierung sind damit eingeschränkt.

Das höchste Potenzial für Rechnungskorrekturen ist dagegen in der Schwerpunktversorgung (SV) zu finden, gefolgt von universitärer Versorgung (UV) und Basisversorgung (BV). Der Anteil der Rechnungen, bei denen sich eine Korrektur zugunsten des Krankenhauses ergibt, ist mit lediglich 2,5 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt angesiedelt.

HINTERGRUND 1

Die Krankenkassen vergüten einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand von DRG, die sich nach bestimmten Kriterien wie Diagnose, Operation/Prozedur und Alter definieren. Damit ist die Behandlung jeder Krankheit genormt. Fallgruppen sind medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungsaufwandes theoretisch homogen. Die Krankenhäuser müssen die Diagnosen einschließlich der Komplikationen und Begleiterkrankungen sowie der Behandlungsmaßnahmen exakt verschlüsseln. Dieser Vorgang wird als Kodierung bezeichnet und stellt die zentrale Abrechnungsgrundlage der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen dar. Diese Kodierung erfolgt nach jährlich festgelegten Kodierrichtlinien unter der Anwendung der internationalen Diagnoseschlüssel (ICD). Der MDK überprüft die Qualität der Kodierung. Dieser gesetzliche Auftrag ist im § 275 SGB V geregelt. Der Gesetzgeber überträgt dem MDK dabei eine maßgebliche Rolle, die Qualität der Leistungserfassung bei der stationären Behandlung zu beurteilen. Diese Kodierqualität ist auch für die Weiterentwicklung des DRG-Systems von Bedeutung. Der DRG-Katalog wird jährlich überprüft und den praktischen Erfordernissen angepasst. Die Vergütung der einzelnen Behandlungsfälle im DRG System entspricht den durchschnittlichen Kosten für diese Leistung. (Hintergrund 2 siehe Seite 8)

HINTERGRUND 2

Was bedeutet falsche Abrechnung unter DRG-Bedingungen?

Eine falsche Hauptdiagnose wird angegeben, zahlreiche Nebendiagnosen sind verschlüsselt, für die es aber keine Angaben der Behandlung gibt, Schlüssel für Operationen werden angegeben, die es nach Einsicht in die Patientenakte nicht gegeben hat. Komplikationen treten plötzlich bundesweit vermehrt auf.

VERANSTALTUNGSTERMINE

Im Brennpunkt:

Wirtschaft und Gesundheitswesen

vdek-Symposium der Landesvertretung Sachsen-Anhalt
vom 25. bis 26. Juni 2009
auf Schloss Hundisburg

Zum 01.01.2009 ist in Deutschland der Gesundheitsfonds eingeführt worden. Ein einheitlicher Beitragssatz auf die Einkommen in Höhe von 15,5 Prozent soll die Ausgaben des Gesundheitswesens möglichst vollständig finanzieren. Änderungen dieses Beitragssatzes erfolgen nur auf Beschluss des Bundestags. Damit ist die Gesundheitspolitik mit ihren Debatten über Lohnnebenkosten, Stabilität der Beitragssätze und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens als wesentliches Thema in der allgemeinen Wirtschaftspolitik angekommen. Denn das Arbeitskräftepotenzial, die Beschäftigung, das Lohnniveau und damit im weiteren Sinne das Volkseinkommen bestimmen die finanzielle Ausstattung des Fonds.

Wie stabil sind die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds im konjunkturellen Zyklus? Verursacht das Gesundheitswesen aus Sicht der Privatwirtschaft nur Kosten oder bietet es nicht auch wichtige Standortfaktoren? Welche Erwartungen stellt die Privatwirtschaft an Gesundheitswesen und Politik?

Diese Fragen wollen wir mit Politik und Entscheidungsträgern aus Wirtschaft und Gesundheitswesen diskutieren.

Als Referenten haben u.a. zugesagt:

Dr. Boris Augurzky, RWI, Essen

Dr. Volker Hansen, BdA; Berlin

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorstand TK, Hamburg

(Jens Ackermann, FDP; Berlin)

(Dr. Rühmkorf, Die Linke; Berlin)

Edelinde Eusterholz, Vorstand vdek, Berlin

Dr. Paul Kriegelsteiner, Verband der Nordostchemie, Berlin

Dr. Ulrich Vorderwuelbecke AFA, Berlin

Detlef Schubert, Staatssekretär im Wirtschaftsministerium, Magdeburg

(Das vollständige Programm ist von der vdek-Landesvertretung zu beziehen.
Tel. 0391-56516-0)

Vorankündigung

am 11. September 2009 im Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg
4. Tag der integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek

Schleierufer 12 · 39104 Magdeburg

Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: LV_sachsen-anhalt@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel