

## **Mitteilung**

### **der Landesregierung**

**Bericht der Landesregierung zu einem Beschluss des Landtags;  
hier: Denkschrift 2011 des Rechnungshofs zur Haushalts- und  
Wirtschaftsführung des Landes Baden-Württemberg  
– Beitrag Nr. 24: Abrechnung stationärer Leistungen an  
den Universitätsklinika**

#### Landtagsbeschluss

Der Landtag hat am 28. März 2012 folgenden Beschluss gefasst (Drucksache 15/724 Abschnitt II):

*Die Landesregierung zu ersuchen,*

- 1. auf die Vorstände der Universitätsklinika mit dem Ziel einzuwirken,*
  - a) den erfolgreichen Weg der Professionalisierung der Abrechnung stationärer Leistungen konsequent fortzusetzen,*
  - b) den Umgang mit den Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen weiter zu optimieren und dabei insbesondere die Ärzte von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten,*
  - c) bei Zahlungsverzug die Forderungen zügig und konsequent beizutreiben und auch bei den Krankenkassen die gesetzlich vorgesehenen Verzugszinsen zu erheben;*
- 2. dem Landtag über das Veranlasste bis 31. Dezember 2012 abschließend zu berichten.*

## Bericht

Mit Schreiben vom 28. November 2012 Nr. I-0451.1 berichtet das Staatsministerium wie folgt:

Zu Ziffer 1 a):

Das *Universitätsklinikum Freiburg* hat vor dem Hintergrund des Berichts des Rechnungshofs eine Projektgruppe initiiert, die das Forderungsmanagement im Klinikum analysieren und Verbesserungspotenziale aufzeigen sollte. Im Zuge des Projekts konnten u. a. folgende Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden:

- Etablierung einer zentralen Bearbeitung der Kostensicherung durch Neudefinition der Schnittstelle zwischen Patientenmeldung und zentraler Kostensicherung (Fälle mit ungeklärter Kostensicherung gehen nach vier Tagen von den dezentralen Anmeldebereichen in die zentrale Bearbeitung über),
- Bündelung der für die Bearbeitung notwendigen Expertise in der Abteilung zentrale Abrechnung,
- Erhöhung der Anzahl der stationären Abrechnungsläufe von zwei pro Woche auf tägliche Rechnungsläufe,
- Strukturierung strittiger offener Forderungen über klar definierte Mahnperrkennzeichen (soll die Beitreibung einer Forderung ausgesetzt werden, wird ein entsprechendes Kennzeichen gesetzt, welches eine klare Zuordnung und Analyse der noch offenen Forderung ermöglicht),
- Verkürzung des automatisierten Mahnverfahrens auf einen regelmäßigen 3-Wochen-Rhythmus.

Dadurch konnte die Abrechnungsgeschwindigkeit (Freigabe Kodierung bis zur Rechnungsstellung) von 16,2 Tagen (2008) auf 10 Tage (2012) reduziert werden.

Das *Universitätsklinikum Heidelberg* verfügte bereits 2009 über ein effektives und effizientes Forderungsmanagement, was auch durch den Rechnungshof bestätigt wurde. Dennoch wurde durch die Reduzierung auf eine Mahnstufe bei Selbstzahlern die Dauer des Geldeingangs bei stationären Forderungen von 48 Tagen (2009) auf 41,1 Tage (2012) reduziert.

Das *Universitätsklinikum Tübingen* hat sein Forderungsmanagement durch folgende Maßnahmen weiter optimiert:

- Regelmäßige Mahnläufe bei Selbstzahlern und Krankenkassen,
- Reduzierung der Mahnstufen von drei auf zwei (eine Reduzierung auf eine Mahnstufe wird als nicht sinnvoll erachtet),
- Unterstützung der Beitreibung seit dem Jahr 2010 durch ein Inkassounternehmen,
- Vorauskasse bei ausländischen Patienten/-innen, die keine Versicherung angeben.
- Die Dauer bis zur Abrechnungsfreigabe konnte gegenüber dem Stand zum Zeitpunkt der Prüfung des Rechnungshof von 13,6 Tagen auf 11,3 Tage reduziert werden.

Durch diese Maßnahmen ist die Dauer des Geldeinganges von 41,8 Tagen in 2009 auf 30,5 Tage in 2012 gesunken.

Das *Universitätsklinikum Ulm* erreichte eine weitere Verbesserung des Forderungsmanagements durch die Optimierung der gut etablierten DRG-Kodierung zur Abrechnung stationärer Leistungen. Dies wird vor allem durch die systematische Professionalisierung dieser Tätigkeiten mit den klinischen Kodierfachkräften verfolgt.

Zu Ziffer 1 b):

Das Verfahren zur Behandlung von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) soll in *Freiburg* auf die Vor-Ort-Überprüfung umgestellt werden (MDK-Prüfer begutachten pro Termin ca. 80 bis 100 Fälle, die bei Konsens damit abgeschlossen sind). Erste Gespräche mit den „großen“ Krankenkassen AOK und BEK/GEK wurden geführt und ergaben ein unterschiedliches Bild. Während die AOK dem Vor-Ort-Verfahren positiv gegenübersteht, verhielt sich die BEK/GEK eher ablehnend. Durch einen Stellenwechsel des bisher für das Projekt zuständigen und erfahrenen Medizincontrollers konnte dieses Projekt zunächst nicht weiter umgesetzt werden; aktuell werden Gespräche mit der AOK geführt.

Am Standort *Heidelberg* wurde das Vor-Ort-Verfahren bereits zum Zeitpunkt der Prüfung des Rechnungshofs umgesetzt; es wird weiter ausgebaut. Zwischenzeitlich werden 70 % der etwa 8 000 Prüffälle pro Jahr in diesem Verfahren bearbeitet. Weitere Krankenkassen sollen einbezogen werden. Zusätzliche Prüftermine zur Bewältigung der steigenden Fallzahlen wurden im Juli 2012 eingeführt.

Der Standort *Tübingen* hat zur Verbesserung der Bearbeitung von MDK-Anfragen eine Reihe von Maßnahmen umgesetzt, welche insbesondere in einer Bearbeitung der MDK-Anfragen im zentralen Medizincontrolling sowie in weiteren Prozessoptimierungen bezüglich der Ablauforganisation und des Berichtswesens liegen. Hierdurch findet eine Entlastung des ärztlichen- sowie des Kodierpersonals statt. Diese Zentralisierung und Prozessoptimierung wird weiter fortgeführt. Eine Vor-Ort-Überprüfung findet nicht statt.

Am Standort *Ulm* ist eine zunehmende Anfragefrequenz und Prüfungsintensität durch die Kostenträger bzw. den MDK erkennbar. Im Jahr 2011 wurden 5 962 MDK-Anfragen gestellt. Dies entspricht einer Prüfquote von 11,6 %. Diesem Umstand wird in einer Struktur mit zentralem Ein- und Ausgang sowie zentraler Überwachung des Bearbeitungsstands zu jeder Anfrage begegnet. Die Bearbeitung der MDK-Anfragen wird in hohem Maße durch klinische Kodierfachkräfte des zentralen Medizincontrollings unterstützt, um die Ärzteschaft so weit als möglich zu entlasten. Eine Vor-Ort-Überprüfung findet nicht statt.

Zu Ziffer 1 c):

Das Universitätsklinikum *Freiburg* mahnt offenstehende stationäre Forderungen generell in einem regelmäßigen 3-Wochen-Rhythmus. Ein bestimmter Teil der Forderungen bleibt trotz Mahnverfahren offen. Im Rahmen einer Analyse wurden die hieraus möglichen Zinsansprüche hinsichtlich der Durchsetzbarkeit eingeschätzt. Diese Analyse hat gezeigt, dass Zinsansprüche bei den meisten Kostenträgern bestehen. Die Erfahrung hat ebenfalls gezeigt, dass Verzugszinsen von den privaten als auch gesetzlichen Krankenkassen nicht anstandslos und oft nur nach klageweiser Geltendmachung akzeptiert werden. Im Rahmen des Klageverfahrens werden Verzugszinsen mit eingeklagt; insbesondere bei teuren Einzelfällen werden Verzugszinsen gezielt berechnet und geltend gemacht.

Am Universitätsklinikum *Heidelberg* ist man der Auffassung, dass die Erhebung von Verzugszinsen bei den Krankenkassen nicht zielführend wäre. Aufgrund der unterschiedlichen Abwicklung der Zahlungen durch die Krankenkassen (z. B. Verrechnung aus MDK-Prüfungen) entstünde ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der in keinem Verhältnis zu der Höhe der zu erzielenden Einnahmen steht.

Das Universitätsklinikum *Tübingen* erhebt bei allen Krankenkassen und Selbstzahlern Verzugszinsen. Aufgrund der Notwendigkeit vertrauensvoller und langfristiger vertragspartnerschaftlicher Beziehungen und des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes werden bei Zahlungsverweigerung der Krankenkassen keine weiteren Maßnahmen ergriffen.

Die Anmahnung und Beitreibung von Forderungen bei den Kostenträgern ist am Standort *Ulm* seit langem etabliert. Im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Datenübermittlung erfolgte eine Aktualisierung der Softwarelösungen, die die systematische zeitnahe Berechnung von Verzugszinsen im stationären Bereich erlaubt.

Nach Einschätzung der Klinika würde das mit der Erhebung von Verzugszinsen bei Krankenkassen entstehende Konfliktpotenzial das Klima der jährlichen Budget-Verhandlungen unnötig belasten und die Kooperationsbereitschaft der Kassen und somit letztlich das finanzielle Ergebnis der Klinika negativ beeinflussen.