



Foto: psdesign1 - Fotolia

Wenn die ambulante Abrechnung kränkelt

Ein Resümee aus der Beratungspraxis

Von Rainer Schmeißer

Stationäre Wahlleistungen alleine gelten längst nicht mehr als die einzigen zusätzlichen Ertragsbringer – seit fast einem Jahrzehnt werden die ambulanten Erlöse mehr und mehr für den Erfolg eines Krankenhauses bedeutend. In vielen Krankenhäusern werden ambulant mittlerweile vier- bis fünfmal so viele Patienten behandelt wie stationär. Während die Prozesse bei der Patientenaufnahme, auf den Stationen und in der Patientenabrechnung mittlerweile immer standardisierter, kontrollierter, sicherer und auch effizienter laufen, sind die ambulanten Prozesse in der Mehrzahl der Krankenhäuser noch immer ein wenig beachteter Bereich. Dabei schlummert gerade hier ein nicht gehobenes Potenzial zur Umsatzsteigerung.

Im Rahmen von Beratungsprojekten und Internen Revisionen hat sich gezeigt, dass bei vielen Krankenhäusern die nicht genutzten Potenziale von Erlösen aus Wahlleistungen und ambulanten Leistungen ähnlich gelagert sind. Dabei sind diese wiederkehrenden Muster im Wesentlichen rechtsform- und trägerunabhängig. Im Folgenden werden typische Fälle aus der Praxis dargestellt, die zum Hinterfragen der eigenen internen ambulanten Prozesse anregen sollen. Dabei wird auch auf den Bereich der stationären Wahlleistungen und mit den Umsatzerlösen verbundene Compliance-Risiken eingegangen.

Zehn Prozent der ambulant privaten und stationär privaten Fälle werden nicht abgerechnet

Zehn Prozent – das ist unter Beachtung der ständig weiter wach-

Ambulante Erlöse haben zunehmende Wichtigkeit für den Erfolg eines Krankenhauses. Leider werden durch nicht-optimales ambulantes Prozessmanagement zwischen 5 und 15 Prozent der erbrachten ambulant privaten Leistungen nicht abgerechnet. In folgendem Artikel erklärt der Autor, mit welchen Tools und Prozessoptimierungen dieses ungenutzte Potenzial an Erlösen gehoben werden kann.

Keywords: Abrechnung, Dokumentation, Prozessmanagement

senden ambulanten Erlöse von Krankenhäusern immens. Schließlich liegen hinter diesen Fällen sowohl variable als auch fixe Kosten. Die Praxis in der Beratung hat gezeigt, dass zwischen 5 ►

und 15 Prozent der ambulant privaten und stationär privaten Fälle nicht abgerechnet werden. Der Hintergrund hierbei sind insbesondere unsachgemäße Prozesse. In einem Großteil der Krankenhäuser erfolgt die Abrechnungserstellung durch externe Dienstleister, den sogenannte Abrechnungsfirmen. Dabei werden erfahrungsgemäß die Patientenakten von Privatpatienten durch die jeweilige Fachabteilung und nicht durch eine zentrale Stelle bereitgelegt und in regelmäßigen Abständen durch die beauftragte Abrechnungsfirma abgeholt. Risiko in diesem Prozess ist, dass nicht alle Patientenakten, die abgerechnet werden können, zur Abrechnung gegeben werden. Hier ist es erfahrungsgemäß einfach, innerhalb des Klinikums durch kleinere Interne Kontrollen Sicherheit zu erlangen, dass alle Patienten abgerechnet werden.

Dabei existieren oftmals bereits hierfür vorgesehene Kontrollen innerhalb des Klinikums. Diese sind aber nicht in allen Fachabteilungen bekannt und werden aus diesem Grund oftmals nicht gelebt. Typischerweise erfolgt die Kontrolle durch den Abgleich der ambulanten Falllisten mit den abgerechneten Fällen. Gleichzeitig dienen die Falllisten auch der Fachabteilung, z. B. der Chefarztsekretärin, bei der Suche und Bereitstellung der Behandlungsunterlagen für die Abrechnungsfirma.

Materialkosten werden nicht abgerechnet

Nicht immer können Materialkosten auch mit abgerechnet werden. Wenn dies jedoch möglich ist, sollte es auch ohne Ausnahmen erfolgen. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber, dass bei Privatrechnungen teilweise auf Grund fehlender oder unzureichender Prozesse – in einigen Fällen sogar durch bewusste Handlungen der beteiligten Ärzte und anderer Personen – Materialkosten nicht angesetzt werden. Dies hat auf Dauer und in der Menge erheblichen Einfluss auf nicht gedeckte Materialkosten und führt zu wirtschaftlichen Belastungen des Krankenhauses.

Die Etablierung von funktionsfähigen internen Kontrollen, wie beispielsweise ein Vier-Augen-Prinzip der Rechnungsprüfung, kann Abhilfe schaffen. Idealerweise wäre der Einsatz von modernen Softwarelösungen in Verbindung mit digitalen Patientenakten, die auch im ambulanten Bereich Rechnungsvorschläge erstellen können und die nur noch zur Kontrolle freigegeben werden müssen, zu empfehlen.

Absprachen mit Abrechnungsfirmen sorgen für non-compliance

Für gewöhnlich erhalten die Abrechnungsfirmen die Patientenakten oder eine zuvor durch das Klinikpersonal zusammengestellte Liste der abzurechnenden Leistungen. Die Abrechnungsfirmen haben sich dann an diesen Dokumenten für die Abrechnung zu orientieren. Insbesondere sollten bei ambulant privaten und stationär privaten Leistungen auch die Regelungen der höchstpersönlichen Leistungserbringung nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) beachtet werden. Die Beratungspraxis zeigt aber, dass teilweise individuelle Vereinbarungen zwischen dem ermächtigten bzw. liquidierenden Arzt und der Abrechnungsfirma bestehen. Dies kann beispielsweise dafür sorgen, dass Visiten auch durch Oberärzte als Chefarztleistung abgerechnet werden. In einem Großteil der Vereinbarungen wird festgehalten, dass die Abrechnungsfirmen ausgewählte GOÄ-Ziffern grundsätzlich abrechnen sollen. Hierunter fallen meistens v. a. Visiten, die nur abrechnungsfähig sind, wenn diese durch den ermächtigten Arzt durchgeführt werden. Dies führt dazu, dass die ermächtigten Ärzte dafür Sorge zu tragen haben, dass die Leistung auch höchstpersönlich durch sie erbracht wird. Leider ist dies erfahrungsgemäß nicht immer der Fall. Wenn entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen werden, müssen im Klinikum bzw. in der Ambulanz entsprechende interne Kontrollen implementiert werden, die eine höchstpersönliche Leistungserbringung sicherstellen.

Doppelabrechnungen und nicht abgerechnete Behandlungen

Gerade zwischen dem ambulanten Bereich, Tagesklinik, vollstationären Aufenthalt sowie vor- und nachstationärer Behandlung fällt es vielen Krankenhäusern schwer, sachgerecht zu trennen und anschließend entsprechend richtig abzurechnen. Hierbei sind sowohl Doppelabrechnungen in der Praxis auffallend, als auch nicht abgerechnete Behandlungen.

In beiden Fällen bestehen Risiken, aus denen unterschiedliche Probleme erwachsen können. Typische zur Doppelabrechnung führende Probleme sind unter anderem:

- die Erstellung von Fällen bei Terminierung des Patientenkontakts und die anschließende vergessene Stornierung bei Absage des Termins,
- die Erstellung von Fällen bei Terminierung des Patientenkontakts mit einem Arzt und der Behandlung und Dokumentation durch einen anderen Arzt,
- die gemeinsame Dokumentation von ambulanten Besuchen und tagesklinischen Besuchen in einer Patientenakte.

Doppelte Abrechnungen können systemseitig durch Massendatenauswertungen festgestellt und regelmäßig überprüft werden. Prozessuale Feststellungen und anschließende Verbesserungen können insbesondere durch regelmäßige Prüfungen der Internen Revision erfolgen.



Zu Feststellungen führen ebenfalls Abgleiche der stationären OP-Zeiten mit ambulanten Leistungen des entsprechenden Arztes. Dadurch kann die höchstpersönliche Leistungserbringung geprüft werden. Erfolgt diese Untersuchung durch die Interne Revision im Nachgang, so wirkt die Untersuchung aufdeckend. Mit den heutigen technischen Möglichkeiten können diese Analysen fortlaufend erfolgen. In einem Continuous Compliance Management-System (CCMS) werden aktuelle digitale OP-Berichte und gleichzeitige ambulante Abrechnungen desselben Arztes festgestellt und in Folge dessen eine Abrechnung grundsätzlich bis zur Klärung verhindert.

Im schlimmsten Fall sechs Monate bis zur Abrechnung

Wie kommen die meist noch handschriftlichen ambulanten Behandlungsdokumentationen privater Patienten oder auch die wiederum meist digitalen stationär privaten Behandlungsakten zur Abrechnung? Neben dem Thema der vollständigen Übergabe der Unterlagen an die Abrechnung gibt es noch ein weiteres Kriterium, an dem sich ein guter Prozess messen lassen muss: die Zeit.

In zahlreichen Stichproben sind Behandlungen bis zu sechs Monate lang nicht zur Abrechnung gebracht worden. Eine Abrechnung erfolgte teilweise erst dann, wenn der Patient zu einer nachfolgenden Behandlung erneut vor Ort war und die Patientenakte dann zur Abrechnung gegeben wurde. In Folge der erneuten Behandlung werden im besten Fall die noch nicht abgerechneten vorherigen Behandlungen noch nachträglich abgerechnet.

Unterlagen werden unvollständig abgelegt, Verträge falsch geschlossen

Sowohl der ambulante Patient als auch der stationäre Patient haben im Rahmen der Aufnahme und Behandlung die unterschiedlichsten Verträge und Erklärungen zu unterzeichnen. Unzureichende Prozesse können an dieser Stelle verhindern, dass Patienten diese Verträge stets vorgelegt bekommen;

Im Weiterverarbeitungsprozess besteht das Risiko, dass keine vollständige Digitalisierung der Unterlagen erfolgt. In vielen Fällen finden sich nur Teile der Verträge unterschrieben in den Patientenakten. In Streitsituationen kann dies fatal sein und mindestens eine vollständige Erlösgenerierung verhindern. Wenn bereits der Prozess mangelhaft umgesetzt ist, bleibt natürlicherweise im Anschluss auch zu Recht die Frage: Wurden – aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht – dem Patienten ausreichend Wahlleistungen angeboten oder sind Umsatzpotenziale verloren gegangen?

Digitalisierung führt zu besseren Abrechnungsergebnissen

Die derzeit häufig noch handschriftliche Dokumentation in den Ambulanzen ist deutlich kürzer und weniger umfangreich als digitale Dokumente der Behandlungen auf den Stationen. Dort erleichtern Vorlagen, Tablets und Spracherkennung idealerweise die Dokumentation und letztlich auch die Abrechnung. In den meist wenig umfangreichen ambulanten Patientenakten wird nur unzureichend oder mit wenigen Wörtern und Abkürzungen dokumentiert. Die Abrechnungsfirma oder die interne Abrechnung kennen zumeist die Handschrift und Eigenheiten der Dokumentation des Arztes. Ein externer Dritter, zum Beispiel eine Prüfstelle, würde unter Umständen aus dieser Dokumentation nicht alle notwendigen Schlüsse ziehen können. Als Beispiel seien hier GOÄ-Ziffern genannt, deren Abrechnung innerhalb eines Quartals nur dann möglich ist, wenn es sich um einen neuen Behandlungsfall handelt. Dieser ist meist unzureichend dokumentiert und eine erneute Abrechnung – zumindest wenn man nach der Dokumentation geht – ausgeschlossen.

Handlungsfelder identifizieren und Potenziale heben

Aus den Beratungserfahrungen heraus ist das ATLAS Online-Assessment „Umsatzerlöse im Krankenhaus“ entstanden. Ausgehend von einer Online-Prozessbefragung wird unter Einbindung aller an den Prozessen beteiligten Mitarbeitern in dem As-

essment der Status quo in der Abrechnung und dem Patientenmanagementprozess erfasst und bewertet. Die erhobenen Daten werden in den sieben Dimensionen weiterführend analysiert: Allgemeine Erlösprozesse, stationäre Erlöse, ambulante Erlöse, Wahlleistungen, Compliance, Interne Revision und Berichterstattung stehen im Fokus der Reifegradbestimmung. Dies schafft die Voraussetzung, um Lücken und Chancen sowie Handlungsfelder auf dem Weg zu einem höheren Reifegrad mit steigenden Erlösen und erfolgreichen MDK-Prüfungen zu identifizieren.

Durch eine digitale Dokumentation in der Ambulanz, regelmäßige Revisionen und interne Kontrollen können Abrechnungen der Höhe nach optimiert, dem Grunde nach untersetzt und Fehler aufdeckend festgestellt werden. Ein CCMS kann zudem fehlerhafte und nicht konforme Abrechnungen aufdecken, bevor sie getätigt werden. Hierfür sollte im Krankenhaus eine größere Aufmerksamkeit auf die ambulanten Prozesse gelegt werden. Dies kann zur Wirtschaftlichkeit des gesamten Krankenhauses beitragen. ■

Rainer Schmeißer
Steuerberater, Manager
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Gesundheitswirtschaft
rschmeisser@kpmg.com



Rainer Schmeißer