

Notfallabrechnung nach EBM 2009: Krise oder Chance?

Die Umstellung der ambulanten Notfallabrechnung ab dem 01.01.2009 durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern von der Pauschalabrechnung auf die Einzelabrechnung und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe von der Pauschalerstattung auf die Einzelerstattung machen ein schnelles Handeln notwendig. Dr. Heinrich Schulte, spezialisierter Wirtschaftsprüfer im Krankenhausbereich und Stephanie Dörfler, Fachkraft im Bereich Abrechnungswesen, erläutern im Interview die Sachlage.

Interview mit Heinrich Schulte und Stephanie Dörfler

Die kassenärztlichen Vereinigungen Bayern und Westfalen-Lippe haben die Notfallabrechnung für Krankenhäuser geändert. Wie ist das zu verstehen?

Schulte: Die KV Bayern hat im Dezember 2008 die bestehende Pauschalabrechnung aufgekündigt. Sie räumt den Krankenhäusern allerdings jetzt eine Übergangsfrist bis zum 30.06.09 ein, in der sie die bisherige Abrechnungsweise noch praktizieren können. Ab dem 01.07.2009 sind die Krankenhäuser verpflichtet, alle Leistungen, die im Rahmen des Notfalldienstes erbracht werden, nach den einzelnen Gebührensätzen des EBM 2009 abzurechnen.

Dörfler: In Westfalen-Lippe wurde schon immer die Einzelleistungsabrechnung nach dem EBM durchgeführt. Die Erstattung erfolgte jedoch nach Pauschalen, die nach Ersatz- und Primär-Kassen unterschieden wurden. Alle Röntgenleistungen und abteilungsbezogenen Sachkostenpauschalen wurden zusätzlich erstattet.

Was ändert sich mit der Durchführung der Einzelleistungsabrechnung?

Schulte: In Bayern ist diese Änderung sicherlich sehr gravierend, da man sich dort erst mit dem EBM und dessen



Stephanie Dörfler, Fachkraft im Bereich Abrechnungswesen der medipa GmbH in Mülheim-Ruhr



Heinrich Schulte, Wirtschaftsprüfer der Steuerberatungsgesellschaft Schulte & Humm aus Würzburg

Leistungen auseinandersetzen muss. Vielen ist der EBM eigentlich nur im Rahmen der Abrechnung ambulanter Operationen bekannt. Doch gelten hier andere Bedingungen.

Dörfler: In Westfalen-Lippe kann die veränderte Erstattung nach berechneten Einzelleistungen kritisch werden. Für alle Häuser, die bereits in der Vergangenheit sorgfältig dokumentiert und spitz abgerechnet haben, ändert sich nichts. Bei den anderen Häusern ist die Sensibilisierung der Mitarbeiter für eine sorgfältige Dokumentation und die dadurch gewährleistete vollständige Abrechnung aller erbrachten Leistungen äußerst wichtig. Nur so können Mindereinnahmen vermieden werden.

Was bedeutet dies für ein mittleres Krankenhaus?

Schulte: Bei 10.000 Notfallscheinen im Jahr erstattete die KV Bayern dafür 250.000 Euro.

Dörfler: Für Westfalen-Lippe kann ich diese Zahl nicht genau darstellen. Für Versicherte der Primärkassen betrug die Erstattung 20,50 Euro und für die der Ersatzkassen 23,30 Euro. Wenn wir bei 10.000 Fällen von ca. 60 Prozent Primär- und 40 Prozent Ersatzkassen ausgehen, wäre dies ein Betrag von 216.000 Euro.

Die von Ihnen genannten Pauschalbeträge sind ja nicht besonders hoch, wie hoch ist denn die Chance, bei genauer Abrechnung eine Honorarverbesserung zu erreichen?

Schulte: Die Befürworter der Einzelabrechnungen vertreten die Auffassung, dass man über 40,00 Euro erreichen

kann. Dies ist in dem oben von mir beschriebenen Fall eine Verbesserung um 150.000 Euro (60 Prozent).

Dörfler: Für Westfalen-Lippe gehe ich ebenfalls davon aus, dass wesentlich mehr Honorare pro Notfallschein erreicht werden können. Wir betreuen auch dort als Abrechnungsstelle einige Krankenhäuser und haben die abrechnungsrelevanten Unterlagen bereits so abgestimmt, dass eine umfassende und vollständige Abrechnung aller erbrachten Leistungen erfolgt. Ich befürchte allerdings, dass jene Häuser, die die Abrechnung bisher eher oberflächlich vorgenommen haben, Probleme bekommen werden, die Honorare aus 2008 zu erreichen.

Schulte: Für die Krankenhäuser in Bayern sehe ich das genauso. Als Wirtschaftsprüfer habe ich regelmäßig mit deren Erlösen zu tun. Die Notfallscheinabrechnung spielt dort sicher-

lich eine eher untergeordnete Rolle. Wenn ich mir allerdings vorstelle, dass man bei der Abrechnung jetzt bis zu 10,00 Euro pro Fall verlieren könnte, so ergeben sich schnell einmal 100.000 Euro Mindereinnahmen gegenüber 2008. Wogegen die Häuser, die sich bereits frühzeitig auf die Einzelabrechnung vorbereitet haben, ggf. Mehreinnahmen von 15,00 Euro pro Fall erzielen können.

Welche Schlussfolgerung kann man nun daraus ziehen?

Schulte: Das fatale bei der KV-Erstattung ist, dass man eigentlich erst mitten im Folgequartal die Höhe der Erstattung des Vorquartals erfährt. Hat man Mindereinnahmen, bleibt nicht mehr viel Zeit zu einer Analyse und zur Gegensteuerung. Wahrscheinlich wissen daher viele Häuser erst im 3.Quartal 2009, wie

sich die Einnahmesituation hier gestalten wird.

Dörfler: Meine Erfahrungen sind, dass sich viele Krankenhäuser aufgrund des gegenüber der DRG- Abrechnung geringen Honorarvolumens zu spät auf die häufigen Änderungen einstellen. Nur wenigen wird es daher gelingen, das Honorar zu halten oder sogar zu verbessern. Das gilt allerdings nicht für die Häuser, die sich rechtzeitig an eine Abrechnungsstelle gewandt haben.

Schulte: Ja, das ist übrigens das Stichwort. Ich kann da nur empfehlen, die Übergangszeit für Schulungen der Mitarbeiter zu nutzen, eventuell Unterstützung durch Fachkräfte zu holen oder auch sich frühzeitig an eine Abrechnungsstelle zu wenden. ■

Weitere Informationen unter:

www.Schulte-humm.de

www.medipa.de

Interview: Dagmar Kopp