



Selbst-Check

– bevor der MDK kommt

Ergebnisse aus mehrfachen Simulationen einer Prüfung nach § 17c KHG in konservativen und operativen Fachabteilungen in den Jahren 2004 bis 2006 zeigen ein deutliches Nutzenpotenzial für Krankenhäuser zur Verbesserung interner Abläufe im Bereich der medizinischen Dokumentation und der Erlösoptimierung. Gleichzeitig können Potenziale zur Verbesserung der Dokumentationsqualität präzisiert und abgeleitet werden.

Krankenhausträger sind per Gesetz verpflichtet, dafür zu sorgen, dass

- keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus bleiben, die nicht mehr stationär behandelt werden müssen (sog. primäre und sekundäre Fehlbelegung),
- eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
- sowie die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhäuser ordnungsgemäß erfolgt.

Gleichzeitig sind die Krankenkassen ermächtigt, durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des SGB V) die Einhaltung dieser Verpflichtungen durch Stichproben zu prüfen.

Auch wenn der MDK inzwischen das DRG-System als „im Durchschnitt

Die simulierte Prüfung nach § 17c KHG – Erfahrungen und Ergebnisse

stabil“ bewertet, mit der Prognose, dass die zunehmende Erfahrung aller Beteiligten die Notwendigkeit von Prüfungen zukünftig reduzieren werde, ist Vorbeugen ökonomisch sinnvoll.

Methode und Stichprobenauswahl

Die GSG Consulting GmbH hat von 2004 bis 2006 Simulationen von Prüfungen nach § 17c-Prüfung gemäß KHG durchgeführt mit dem Ziel, das Fehlbelegungs- und Fehlkodierungs-Risiko zu ermitteln. Gleichzeitig wurde die Qualität der medizinischen Dokumentation bewertet.

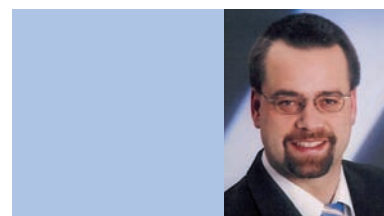
Ausgewählt wurde eine am DRG-Spektrum der jeweiligen Abteilung angelegte Auswahl der Behandlungsfälle (wahrscheinlich kritischer Fälle) anhand der Krankenhausdaten nach § 21 KHEntG. Die Auswahl der Stichproben erfolgte nach einem definierten Screening-Verfahren unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien. Im Anschluss erfolgte eine fachärztliche Fallauswahl und Plausibilitätsprüfung.

Die Ermittlung der sekundären Fehlbelegung erfolgte anhand „kritischer Tage“, d.h. einer nicht ausreichenden medizinischen Herleitung der weiteren vollstationären Versorgungsnotwendigkeit bzw. einer unzureichenden medizinischen Verlaufsdoku-

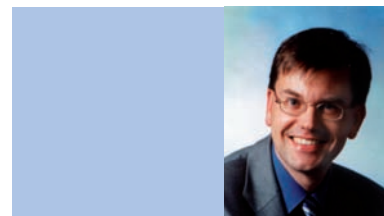
mentation im Sinne der Vorgaben des SGB V.

Kriterien für die Auswahl waren:

- Operationen, die im Katalog stationärsersetzender Maßnahmen nach § 115b aufgeführt sind (primäre Fehlbelegung),
- mangelnde oder fehlende medizinische Begründung der vollstationären Aufnahme, nicht-operative Be-



Dr. med. Jörg-Peter Klötzer
Facharzt für Chirurgie



Dr. med. Uwe Balschun
Facharzt für Allgemeinmedizin

handlungen bei Diagnosen, die ambulant erbracht werden können (primäre Fehlbelegung) und

- Überschreitungen der oberen Grenzverweildauer der zugeordneten DRG, die zu einer Abrechnung tagesbezogener Entgelte führt (sekundäre Fehlbelegung).

Die Kodierung gemäß Entlassungsanzeige wurde regelmäßig überprüft. Es erfolgte zudem eine spezifische Auswahl von Patientenakten an Hand von Kodierungsauffälligkeiten.

Konzept und Durchführung

Die Simulation der §-17-Prüfung erfolgte innerhalb einzelner Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen.

Bei der Analyse wurde an Hand der Krankenakte der gesamte Krankenhausaufenthalt des Patienten betrachtet. Entsprechend der Vorgehensweise des MDK erfolgte die Prüfung der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung der Patienten anhand der Krankenunterlagen. Bei jeder Krankenakte wurde die ärztliche Dokumentation formal und inhaltlich sowie die pflegerische Dokumentation orientierend auf Dokumentationsmängel hin analysiert.

Inhaltlich überprüft und fallbezogen ausgewertet wurden: ärztliche Aufnahme- und Verlaufsdocumentation, Pflegeanamnese und -dokumentation, sämtliche Befunde und Behandlungsberichte.

Die primäre Fehlbelegungsprüfung erfolgte u.a. unter Anwendung der Prüfkriterien entsprechend den GAEP-Kriterien. Daneben fanden weitere medizinische Faktoren Eingang, die eine stationäre Aufnahme in retrospektiver Bewertung erforderlich machten.

Zur Objektivierung des Verfahrens führten zwei klinisch erfahrene Fachärzte eine Vor-Ort-Analyse der Patientendokumentation durch.

Überprüft wurden Abteilungen sowohl aus dem konservativen Bereich als auch aus operativen Fächern.

Ergebnisse

Die durchschnittliche Dokumentationsquote (tägliche patientenbezogene Dokumentation/Behandlungstage) konnte anhand von Stichproben in operativen und konservativen Fächern in vergleichbarer Höhe ermittelt werden. Relativ intensiv erfolgte die Dokumentation im Fachgebiet Gynäkologie/Geburtshilfe, im konservativen Fachspektrum wurden die besten Werte von der Akutneurologie erreicht (Abbildung 1).

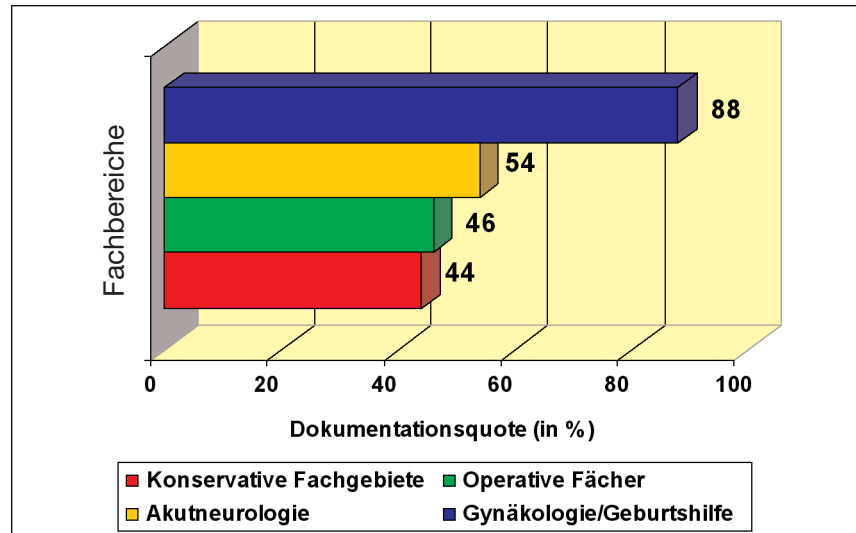


Abbildung 1: Ausgewählte Dokumentationsquoten nach Fachbereichen.

Lag eine hohe Dokumentationsquote vor, konnte zumeist auch eine höhere Qualität der medizinischen Aussagekraft festgestellt werden. Im Einzelfall wurden erhebliche Defizite, insbesondere in der ärztlichen Aufnahme- und Verlaufsdocumentation, offenbar.

Die Prüfung der Fehlbelegungsquote erbrachte im Bereich der operativen Fächer ein Risiko der primären Fehlbelegung von ca. 12 bis 15 %, in konservativen Fächern zeigte sich je nach Ausrichtung und Behandlungsschwerpunkten der Abteilung eine Varianz zwischen 8 % und bis zu 31 %.

Global höhere Risiken in Bezug auf eine potenzielle sekundäre Fehlbelegung ergaben sich nach den Analysen vor allem für die Fachgebiete Innere Medizin, Geriatrie und Allgemeine Chirurgie.

Bezüglich der Erlösrisiken konnte insbesondere für die Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie ein gefährdetes Erlöspotenzial im Sinne eines Downcodings aufgezeigt werden.

Schlussfolgerung

Die Simulation einer Überprüfung von Behandlungsfällen nach § 17c KHG zur internen Evaluation von Aufnahme-, Dokumentations- und Entlassungs-

management für Kliniken ist sinnvoll für das aufdecken präventiven Verbesserungspotenzials, vor allem hinsichtlich der Kodierqualität und des ambulanten Behandlungspotenzials.

Bei der Evaluation der Ergebnisse und deren Kommunikation für die jeweilige Abteilung geht es nicht nur um die Analyse ökonomischer Risiken, sondern auch um die Förderung eines internen Qualitätsmanagements (z.B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Verlegungskonzepte, Dokumentationsstruktur).

Dr. med. Uwe Balschun
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Dr. med. Jörg-Peter Klötzer
 Facharzt für Chirurgie
 Kontakt
 GSG Consulting GmbH
 Westring 303
 D-44629 Herne
 E-mail: info@gsg-consulting.de
 www.gsg-consulting.de

Literatur bei den Verfassern