

System im Kollaps

Wie die Dokumentationsflut Kliniken handlungsunfähig macht

Von Prof. Dr. Erika Raab und Susanne Clemens

Dokumentation spielt in allen Bereichen des Krankenhausalltags eine wesentliche Rolle. Dokumentationspflichten, welche von ärztlicher Seite zu leisten sind, betreffen dabei nur einen Teilbereich. Sie sollen eine persönliche Gedächtnisstütze für die behandelnden Ärzte sein und eine sachgerechte (Weiter-)Behandlung der Patienten gewährleisten. § 630f Abs. 2 BGB bestimmt den Umfang: Aufzuzeichnen sind danach sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Erfolge, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind ebenfalls in die Patientenakte aufzunehmen. Die Aufzählung in § 630f Abs. 2 BGB ist allerdings nicht abschließend, hinzu kommen spezialgesetzliche Dokumentationspflichten: § 85 StrlSchG trifft spezielle Regelungen für die vorzunehmenden Aufzeichnungen bei der Anwendung von ionisierenden Strahlen oder radioaktiven Stoffen. Für den Einsatz und die Gewinnung von Blut- und Plasmaprodukten finden sich Dokumentationsanforderungen in §§ 11, 14 TFG, wonach z.B. zur Rückverfolgbarkeit der eingesetzten Produkte deren Chargennummern verzeichnet werden müssen. Die Dokumentation von Chargen- bzw. Seriennummern ist nach § 15 MPBetreibV auch bei Implantationen von Medizinprodukten vorgesehen; zudem ist dem Patienten ein Implantatpass auszuhändigen. Im Rahmen der Organspende ergeben sich weitere spezielle Dokumentationspflichten. Bei genetischen Untersuchungen sowie vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen ist die genetische Beratung zu dokumentieren (§§ 10 Abs. 4, 15 Abs. 3 GenDG). Weitere Regelungen zur Dokumentation finden sich z.B. für den Betriebsarzt in § 6 Abs. 3 Arb-

MedVV, für die gesundheitliche Betreuung bei arbeitenden Jugendlichen aus § 37 Abs. 3 JArbSchG, ferner im Rahmen der Substitution von Betäubungsmittelabhängigen aus § 5 Abs. 11 BtMVV.

Kriterien für die medizinische Dokumentation

Im Zusammenspiel mit der Pflegedokumentation muss die eigentliche medizinische Dokumentation verschiedenen Kriterien genügen und Bedingungen erfüllen: Gewährleistung einer patienten- und bedarfsgerechten, interdisziplinären Information und Kommunikation, Qualitätssicherung und hierüber Gewährleistung der Patientensicherheit sowie spiegelbildlich die eigene Sicherung im Haftungsfall. Darüber hinaus stellt sie Leistungsträgern gegenüber Sozialleistungsträgern und den jeweils zuständigen Medizinischen Diensten sicher – also in Kurzform: medizinisch, haftungsrechtlich und leistungsrechtlich.

Bereits im Jahr 2015 hat die HIMSS Europe eine Erhebung in deutschen Akutkrankenhäusern durchgeführt, mit dem Ziel, Transparenz über das Volumen der Dokumentation zu schaffen und einen besseren Überblick zum Ressourceneinsatz zu gewinnen. Dabei wurde der Dokumentationsaufwand einschließlich aller dabei anfallenden Abläufe sowohl in der Ärzteschaft als auch beim Pflegepersonal im Verlauf eines Behandlungsfalls ermittelt, sowie das Einsparpotenzial durch die Verwendung IT-gestützter Lösungen berechnet. Die Studie zeigte bereits zum damaligen Zeitpunkt die erhebliche Belastung des Krankenhauspersonals durch Dokumentationsvorgaben: Im Jahr 2015 wendeten Ärzte vier Stunden und das Pflegepersonal 36 Prozent ihrer täglichen Arbeitszeit hierfür auf. Die Dokumentationskosten beliefen sich seinerzeit bereits auf circa 21 Prozent des gesamten Personalaufwands für

Ärzeschaft und Pflegepersonal. Die HIMSS Studie fand heraus, dass durchschnittlich 65.550 Euro im Jahr aufgewandt werden mussten, wenn ein Chefarzt dokumentiert.

Seither hat sich die Dokumentationspflicht erheblich ausgeweitet: Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

Der nachfolgende Beitrag erläutert, warum das ganze System der Abrechnungskontrollen, die Einzelfall-, Struktur- und Qualitätsprüfungen dringend reformiert werden müssen. Denn wertvolle Personalressourcen und nicht zuletzt Versicherungsgelder werden durch immer komplexere praxisferne Regelungen in einem Wettstreit der Abrechnungsabteilungen von Kliniken und Krankenkassen verschwendet.

Keywords: Dokumentation, Recht, Gesundheitspolitik

(KHSg) vom 10. Dezember 2015 erfolgte beispielsweise eine Neuordnung der Vorschriften zur Qualitätssicherung. § 136 SGB V weist dem G-BA nicht nur die Kompetenz, sondern auch die Verpflichtung zu, zur Sicherstellung der medizinischen Qualitätsstandards nicht nur für die vertragsärztliche Versorgung, sondern auch für zugelassene Krankenhäuser entsprechende Richtlinien und Beschlüsse zu erlassen. Der G-BA hat Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen zu bestimmen und dabei auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen (Behandlung des Bauchortenaneurysmas, Kinderherzchirurgie, minimalinvasive Herzklappeninterventionen, Positronenemissionstomographie zur Behandlung des ▶

nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms, Protonentherapie beim Rektumkarzinom, Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur, Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, LDR-Brachytherapie bei Prostatakarzinom, Liposuktion bei Lipödem, bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem, Lungendenergie durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungendenergie und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten). Entsprechend § 137 Abs. 2 S. 1 SGB V muss der G-BA für Leistungserbringer eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze festlegen. § 137 SGB V dient der Durchsetzung der Vorgaben für die Qualitätssicherung, die vom G-BA nach den §§ 136 ff. SGB V festgelegt worden sind. Die Vorschrift sieht dafür verschiedene Instrumente, auch Maßnahmen mit Eingriffscharakter, vor. Vergütungsbezogen können Abschläge (§ 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB V) und bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§ 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V) auch der Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen werden (§ 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V). Dokumentationsmängel können folglich immense ökonomische Auswirkungen haben.

Seit dem Jahr 2020 legt die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL) des G-BA Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. In der PPP-RL werden insoweit Minutenvorgaben für die Personalausstattung für jede Berufsgruppe je Behandlungswoche festgelegt. Die Mindestvorgabe an Personal wird für jeden Bereich über das Ausmultiplizieren der Minutenwerte mit der Anzahl der Behandlungswochen be-

stimmt. Die berechneten Mindestvorgaben gelten als erfüllt, wenn die Personalausstattung über oder gleich 100 Prozent ist und keine Berufsgruppe unter 100 Prozent liegt. Ab diesem Jahr müssen Einrichtungen 90 Prozent der berechneten Personalausgaben erfüllen, um sanktionsfrei zu bleiben. Ab dem Jahr 2024 muss die Personalausgabe zu 100 Prozent erreicht werden. Die hierzu getroffenen Maßnahmen und deren Umsetzung sollen im Qualitätsbericht auf der Grundlage des § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V dargestellt werden. Die Einrichtungen sind zudem verpflichtet, die tatsächlichen Personaleinsatzzahlen zu erheben und quartalsweise bzw. monatsweise auszuwerten. Die Datenerhebung erfolgt hierbei durch das IQTIQ.

MDK-Reformgesetz

Eine weitere wesentliche Änderung erfolgte durch das MDK-Reformgesetz, das zum 1. Januar 2020 in Kraft trat. Mit § 275d SGB V wurden u. a. Strukturprüfungen eingeführt. Statt wie bisher die technischen und personellen Voraussetzungen für bestimmte Krankenhausleistungen in vielen Einzelfällen zu prüfen, wird das Verfahren nunmehr in einer Strukturprüfung des jeweils abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssels gebündelt. Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom BfARM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

Grundlage der Begutachtung ist die StrOPS-Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Entsprechende Anforderungen hat der Medizinische Dienst Bund in insgesamt sechs Anlagen zusammengetragen und auf seiner Webseite veröffentlicht. Die Flut an Unterlagen, die zusammenzutragen sind, hat leider nicht zu einer Entlastung der Krankenhäuser geführt. Strukturprüfungen bedürfen einer zeitintensiven Vorbereitung, an der neben den Mitarbeitenden des Medizincontrollings, Ärzten, Pflegekräften, der Sozialdienst und das Pa-

tientenmanagements beteiligt sind. Auch nach Begutachtung der abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie Erhalt eines positiven Bescheids ist es weiterhin nötig, Strukturmerkmale regelmäßig zu überprüfen. Denn Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale mehr als einen Monat nicht mehr einhalten, müssen dies den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie dem Medizinischen Dienst mitteilen. Zudem gilt es, künftige gesetzliche Änderungen sowie Änderungen von OPS-Codes und Richtlinien im Blick zu behalten, um zeitnah reagieren zu können. Insbesondere hochdetailliert nachzuweisende Komplexbehandlungs-codes werden von einer großen Anzahl von Krankenhäusern kodiert. Sie stellen einen erheblichen Teil des Budgetvolumens des Krankenhauses. Somit sind die Erfüllung und der Nachweis der Strukturmerkmale mit dem entsprechend hohen administrativen Aufwand von existenzieller Bedeutung.

Eine Minderung des administrativen Aufwands schlägt sich allerdings nicht – wie mit dem MDK-Reformgesetz angedacht – in einer Reduzierung der Einzelfallprüfungen nieder. Zwar besagt § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V, dass eine solche Einzelfallprüfung bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d geprüft wurden, nicht mehr zulässig ist. Gleichwohl kann die Kodierung entsprechender Komplexcodes noch immer im Hinblick auf die einzuhaltenden Mindestmerkmale zu einer Prüfung durch den MD führen. Einzelfallprüfungen konzentrieren sich zudem schlicht auf andere Fragestellungen, führen also zu einer Verlagerung der Schwerpunkte, z.B. auf die primäre und sekundäre Fehlbelegung sowie Fallzusammenführung. Dabei führt die Prüfquotenregelung in seiner gegenwärtigen Form das System ad absurdum. Mit den Vorgaben der Prüfverfahrensverordnung, den detaillierten Vorgaben der Übermittlung von Daten im Leistungserbringerportal und besonders intensiv zu überwachenden Fristenregelungen ähnelt die moderne Medizincontrolling-Abteilung eher einer gut eingerichteten Anwaltskanzlei. Aktueller Höhepunkt ist das Erörterungsver-

fahren, bei dem viele Krankenkassen mangels Festlegung eines standardisierten Datenaustauschs auf ein eigenes Programm beharren.

Prüfquote

Anschließend folgt die Überwachung der Prüfquote: Die Prüfquote wird vom GKV-Spitzenverband auf Basis der Meldungen der Krankenkassen ermittelt, und zwar durch Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen, Anzahl der eingeleiteten Prüfungen, Anzahl der abgeschlossenen Prüfungen und Anzahl der Prüfungen ohne Beanstandungen (§ 275c Abs. 4 S. 2 SGB V). Mittels dieser Daten ermittelt der GKV-Spitzenverband u. a. die zulässige Prüfquote (§ 275c Abs. 4 S. 3 Nr. 3 SGB V). Die Prüfquote wird allein auf Grundlage der Ergebnisse der MD-Prüfungen ermittelt. Welche Daten die Krankenkassen de facto an den GKV-Spitzenverband melden, bleibt dabei völlig intransparent. Eine erforderliche Listung zum Abgleich der Ausschöpfung der Prüfquote ist wiederum mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Spätere Korrekturen (z.B. nach Widerspruch oder Gerichtsverfahren) werden bei der Prüfquotenermittlung zudem nicht berücksichtigt, ebenso wenig wie Einwendungen gegen einzelne Prüfergebnisse. Die festgelegte Systematik stellt einen Fehlanreiz für Krankenkassen dar, da Krankenhäuser in erheblichem Maße von diesen Beanstandungsquoten abhängig sind. Auch unberechtigte Rechnungsbeanstandungen können das Zünglein an der Waage sein, um in die höhere Prüfquote eingeordnet zu werden.

Berücksichtigt man, dass die Festlegung der Prüfquoten neben möglichen Rückzahlungsansprüchen auf den Differenzbetrag auch Aufschlagszahlungen auslöst, lässt sich von einer doppelten Sanktionierung für das Krankenhaus sprechen. Insbesondere die Tatsache, dass der Widerspruch sowohl gegen den Bescheid zur Festsetzung der Prüfquote als auch zur Festsetzung der Aufschlagzahlung nach § 275c Abs. 5 SGB V keine aufschiebende Wirkung hat, verdeutlicht die erheblichen Auswirkungen auf die Liquidation der Krankenhäuser. Die Aufschlagzahlungen unterliegen nicht dem Aufrechnungsverbot des § 109 Abs. 6 SGB V. Um eine Aufrechnung zu verhindern, ist das Krankenhaus gezwungen, die aufschiebende

Wirkung über ein einstweiliges Rechtschutzverfahren wiederherzustellen, und zwar mit erheblichem Aufwand für alle Beteiligten.

Besonders arbeitsintensiv wirkt die sogenannte „Fehlerstufe 4“ des Prüfverfahrens, in welchem Krankenkassen eingehende Rechnungen unter Forderung einer medizinischen Begründung der akutstationären Aufnahme abweisen. Solange nicht die Klinik im Einzelfall verbal die sich eigentlich aus der Kodierung des Datensatzes ergebende schriftliche Begründung an die Krankenkasse nachliefert, wird die Zahlung komplett verweigert.

Seit dem 1. April 2022 werden Krankenhäuser zudem sanktioniert, wenn sie bei invasiv beatmeten Patienten den Beatmungsstatus nicht regelkonform erhoben haben. Die B-BEP-Abschlagsvereinbarung für verletzte Patienten, der OPS-Kode I-717 (Feststellungsuntersuchung des Entwöhnungspotentials) und die Vorgaben des §301 SGB V geben das Prozedere rund um die verpflichtenden Feststellungsuntersuchungen vor. Diese Codes müssen unter bestimmten Voraussetzungen bereits während des stationären Aufenthaltes erhoben werden – ansonsten resultieren Abschlüge.

Ogleich vorstehend nur ein geringer Teil des Dokumentationsaufwands angesprochen wird, zeigt sich doch, dass sich dieser in den letzten Jahren vervielfacht hat. Noch nicht angesprochen ist hierbei der erhebliche Bereich der pandemiebedingten Dokumentations- und Meldepflichten. Wenngleich Leistungen patienten- und bedarfsgerecht sowie qualitätsorientiert erbracht werden, sind die Abrechnung des Behandlungsfalls, die Erlössicherung und damit die Abrechnungsprüfung an Formalien, Dokumentationen, Nachweisen, Fristen und Widersprüchen gebunden. In der Mehrheit geht ein Dokumentationsversehen mit einer Sanktionierung einher und hat damit unmittelbare Auswirkung auf die Liquidität der Krankenhäuser. Dazu kommen praktische Probleme, wie der Umgang mit dem neuen Leistungserbringer-Portal, über das der elektronische Aktenaustausch mit dem MD abgewickelt werden soll. Insbeson-

dere in der angespannten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nach zweieinhalb Jahren Pandemie spürt jede einzelne Mitarbeiterin und jeder einzelne Mitarbeiter im Krankenhaus die Auswirkungskraft, die aus einem kleinen Fehler erwachsen kann. Das System kollabiert – auf allen Seiten.

Fazit

Das ganze System der Abrechnungskontrollen muss dringend reformiert werden, von Einzelfall-, über Struktur- bis Qualitätsprüfungen. Hier sind Bürokratiemonster geschaffen worden, welche nicht nur zeit- und personalintensiv sind, sondern als Wettbewerbsinstrument ausschließlich der Krankenkassenseite dienen. Eine ausbalancierte Kontrollinfrastruktur, im Sinne von Versorgungsqualitätsverbesserung, fehlt bislang. Wertvolle Personalressourcen und nicht zuletzt Versicherungsgelder werden durch immer komplexere praxisferne Regelungen in einem Wettrennen der Abrechnungsabteilungen von Kliniken und Krankenkassen verschwendet. Eine Evaluation bestehender Dokumentationspflichten und Entbürokratisierung findet nicht statt. Statt dessen sieht der neue Referentenentwurf des BMG für den gleichen Sachverhalt (Personalmangel in der Pflege) neben der weiter bestehenden sanktionsbewerten Pflegeuntergrenzendokumentation zusätzlich die stationsgenaue Erfassung des Pflegekontrollinstrumentes PPR 2.0, selbstverständlich auch sanktionsbewehrt, vor. Es scheint, als verliere selbst der Gesetzgeber den Überblick über die sanktionsbewehrten Kontrollinstrumente. ■

Literatur bei den Verfasserinnen

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA
Vorstandsvorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
Obere Hauptstr. 23
68766 Hockenheim

Ass. jur. Susanne Clemens
Leiterin Geschäftsbereich I –
Recht und Verträge
Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.
Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn