

Fehlbelegungsprüfungen im Krankenhaus

- Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts -

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

Februar 2003

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
<i>Zusammenfassung</i>	3
1 Einleitung	5
2 Allgemeine Angaben	5
3 Informationen zur Fehlbelegungsprüfung	7
4 Prüferärzte	8
5 Prüfanlässe	10
6 Prüfergebnisse	11
7 Folgen der Fehlbelegungsprüfungen	13
8 Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen	14
9 Ausblick	20

Zusammenfassung

Hintergrund

Wie schon in den letzten Jahren wird das Thema Fehlbelegung auch künftig in der krankenhaupolitischen Diskussion einen hohen Stellenwert einnehmen. Bei sog. Fehlbelegungen handelt es sich um Patienten, die entweder überhaupt nicht oder nicht mehr der vollstationären Behandlung bedürfen. Die Krankenkassen sollen durch die gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) darauf hinwirken, dass Fehlbelegungen vermieden oder abgebaut werden.

Methodik

Laut Herbstumfrage 2001 des DKI-Krankenhaus Barometers haben rund 21% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland bereits einmal eine Fehlbelegungsprüfung erfahren. Im Rahmen einer Folgeerhebung wurden alle Krankenhäuser, in denen laut Angaben im Krankenhaus Barometer eine Fehlbelegungsprüfung stattfand, schriftlich befragt. Die (bereinigte) Bruttostichprobe der Erhebung umfasste 109 Krankenhäuser. 57 Krankenhäuser nahmen letztlich teil (Rücklaufquote: 52,3%). Vorbehaltlich statistischer Unsicherheiten auf Grund der vergleichsweise kleinen Fallzahl sind die Ergebnisse der Folgeerhebung wiederum repräsentativ für die Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland bzw. für die Krankenhäuser mit Fehlbelegungsprüfungen.

Ergebnisse

Schwerpunkte der Fehlbelegungsprüfungen bildeten die Fachabteilungen für Innere Medizin, Allgemeinchirurgie sowie Gynäkologie/Geburtshilfe. Demgegenüber sind andere Fachabteilungen vergleichsweise selten Gegenstand von Fehlbelegungsprüfungen gewesen.

Seitens der Krankenhäuser besteht große Intransparenz hinsichtlich des verwandten Prüfverfahrens. Fast zwei Drittel der Befragten konnten nicht angeben, welches Prüfverfahren in der Fehlbelegungsprüfung zum Einsatz kam. Darüber hinaus informierte der MDK nicht durchweg umfassend über die Rechtsgrundlagen der Prüfung, die Prüfanlässe, die Prüfärzte sowie vor allem über die zu prüfenden Behandlungsfälle.

In rund 80% der Häuser hatten die Krankenhausärzte gegenüber den Prüfärzten des MDK die Möglichkeit einer mündlichen Stellungnahme oder fachlichen Erörterung in vielen oder allen Fällen, bei denen Bedenken gegen Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestanden. Mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer war zudem der Ansicht, ihre Stellungnahmen seien von den Prüfärzten angemessen berücksichtigt worden.

Die Fehlbelegungsprüfungen sind seitens des MDK relativ breit angelegt, insofern eindeutig dominierende Prüfanlässe nicht identifiziert werden konnten. Insgesamt gaben 78,9% der teilnehmenden Krankenhäuser mit Fehlbelegungsprüfung an, der MDK habe laut Prüfbericht Fehlbelegung bei ihnen festgestellt. Relativ gesehen bildeten ambulante Behandlungsalternativen sowie eine mangelhafte Ablauforganisation (vor allem unnötige Wartezeiten während des Krankenhausaufenthalts) die am häufigsten angeführten Fehlbelegungsgründe.

Bei rund zwei Dritteln der Häuser führten die Fehlbelegungsprüfungen zu finanziellen Sanktionen durch die Kostenträger, wie Rückerstattungen von Zahlungen, Rechnungskürzungen oder Budgetabschlägen. Beim restlichen Drittel hatten die Fehlbelegungsprüfungen keine

oder sogar positive Auswirkungen, beispielsweise die Anerkennung von mehr Pflgetagen oder einer veränderten Leistungsstruktur.

Infolge der Fehlbelegungsprüfungen haben die Krankenhäuser insbesondere ihre Dokumentation und Ablauforganisation durch eine Reihe von Maßnahmen verbessert (z.B. Verbesserung der Dokumentation zur Notwendigkeit der stationären Aufnahme/Behandlung, Optimierung des Behandlungsablaufs, Kodierschulungen). Darüber hinaus wurde teilweise auch die Kooperation mit den Kostenträgern und weiterbehandelnden Einrichtungen sowie das Angebot an nicht vollstationären Leistungen (z.B. ambulantes Operieren, vor-, nachstationäre Behandlung) ausgeweitet.

Fazit

Insbesondere durch eine verbesserte Dokumentation hinsichtlich der Erforderlichkeit einer stationären (Weiter)Behandlung sowie durch eine verbesserte Organisation der Patientenaufnahme und –entlassung lässt sich das Risiko von Fehlbelegungsprüfungen bzw. vermeintlichen Fehlbelegungen merklich reduzieren.

Gemäß den Neuregelungen des Fallpauschalengesetzes soll sich die Selbstverwaltung auch umfassend über Verfahrensfragen der Fehlbelegungsprüfung verständigen. Das Thema Fehlbelegung wird also auch künftig in jedem Fall einen hohen Stellenwert in der krankenhaupolitischen Diskussion einnehmen. Von daher sind die Krankenhäuser gut beraten, Fehlbelegungen bzw. Fehlbelegungsprüfungen durch entsprechende Maßnahmen weiterhin vorzubeugen.

1 Einleitung

Wie schon in den letzten Jahren wird das Thema Fehlbelegung auch künftig in der krankenhaupolitischen Diskussion einen hohen Stellenwert einnehmen. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat dies zum Anlass genommen, im Rahmen eines Forschungsprojektes eine systematische Erhebung bei den Krankenhäusern durchzuführen, die bereits Erfahrungen mit Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) haben.

Bei den sog. Fehlbelegungen handelt es sich um Patienten, die entweder überhaupt nicht oder nicht mehr der vollstationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Die Krankenkassen sollen insbesondere durch gezielte Einschaltung des MDK darauf hinwirken, dass Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zum Zwecke der Fehlbelegungsprüfung darf der MDK Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen.

Laut Herbstumfrage 2001 des *DKI-Krankenhaus Barometers*, einer turnusmäßig durchgeführten repräsentativen Krankenhauserhebung, haben rund 21% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland bereits einmal eine Fehlbelegungsprüfung nach § 17 a KHG (a.F.) erfahren. Im Rahmen einer Folgerhebung wurden alle Krankenhäuser, in denen laut Angaben im *Krankenhaus Barometer* eine Fehlbelegungsprüfung stattfand, nach ihren diesbezüglichen Erfahrungen und Schlussfolgerungen schriftlich befragt. Die (bereinigte) Bruttostichprobe der Erhebung umfasste 109 Krankenhäuser. 57 Krankenhäuser nahmen letztlich teil (Rücklaufquote: 52,3%). Vorbehaltlich statistischer Unsicherheiten aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahl sind die Ergebnisse der Folgerhebung wiederum repräsentativ für die Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland bzw. für die Krankenhäuser mit Fehlbelegungsprüfungen.

2 Allgemeine Angaben

Die erfassten Fehlbelegungsprüfungen fanden in den Jahren zwischen 1995 und 2002 statt, gut die Hälfte davon 1999 oder später. Schwerpunkte der Fehlbelegungsprüfungen bildeten die „großen“, d.h. in den meisten Krankenhäusern vorgehaltenen Fachabteilungen der Inneren Medizin, Allgemeinchirurgie sowie Gynäkologie/Geburtshilfe: In rund zwei Dritteln der beteiligten Häuser wurde die Innere Medizin auf Fehlbelegungen überprüft, bei knapp der Hälfte die Chirurgie und bei gut einem Drittel die Gynäkologie/Geburtshilfe. Demgegenüber sind

andere Fachabteilungen vergleichsweise selten Gegenstand von Fehlbelegungsprüfungen gewesen.

In der überwältigenden Mehrzahl der Häuser (96,5%) fand die Prüfung an Hand der Krankenakten statt. Lediglich in 5,3% der Häuser erfolgte die Prüfung (auch) durch die persönliche Einbeziehung von Patienten durch die Prüfärzte des MDK.

Der Prüfauftrag ging vergleichsweise selten von einer einzelnen Krankenkasse aus (14,0%). Teilweise haben mehrere Kassen den Prüfauftrag veranlasst (15,8%), überwiegend aber sämtliche GKV-Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG (61,4%). In der Vergangenheit dominierte mit Blick auf den Prüfauftrag für Fehlbelegungsprüfungen mithin eine „konzertierte“ Vorgehensweise der Krankenkassen.

Hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs der Fehlbelegungsprüfungen resultierten sehr große Streuungen bei den erhobenen Parametern:

- Im Mittel (Median) wurde die Fehlbelegungsprüfung etwa acht Wochen vor Beginn der Prüfung angekündigt. Bei jeweils rund 37% der teilnehmenden Häuser lagen zwischen Ankündigung und Durchführung der Prüfung vier Wochen oder weniger bzw. 11 Wochen oder mehr.
- Im Mittel (Median) dauerten die Fehlbelegungsprüfungen fünf Tage. Rund ein Drittel der Häuser gab aber auch an, der MDK habe länger als 10 Tage geprüft.¹
- Rund die Hälfte der Fehlbelegungsprüfungen (52,2%) erfasste einen Prüfungszeitraum von drei Monaten oder weniger. Gut ein Viertel (26,1%) erstreckte sich auf einen Prüfungszeitraum von einem halben Jahr und 15,2% auf ein Jahr.
- Der Mindestzeitraum zwischen der Entlassung der überprüften Fälle und der Fehlbelegungsprüfung lag im arithmetischen Mittel bei rund drei Monaten; der Höchstzeitraum zwischen Entlassung und Fehlbelegungsprüfung betrug durchschnittlich etwa sechs Monate.
- Der (endgültige) Prüfbericht lag den geprüften Krankenhäusern durchschnittlich nach etwa zwei Monaten vor. Rund ein Drittel der Häuser hatte den Prüfbericht bereits nach spätestens vier Wochen, ein Viertel musste zwischen drei und sechs Monaten auf ihn warten.

¹ Möglicherweise liegt hier eine gewisse Überschätzung der Werte vor, insofern der MDK nicht an allen Tagen des angegebenen Prüfzeitraums im Krankenhaus präsent war.

3 Informationen zur Fehlbelegungsprüfung

Das Krankenhaus sollte im Vorfeld der Fehlbelegungsprüfung möglichst umfassend zur anstehenden Prüfung informiert werden; zumindest sehen dies Rahmenvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Landeskrankenhausesellschaften vor. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen indes, dass der MDK seinen Informationspflichten nur unzureichend nachkommt. Auffallend ist insbesondere die große Intransparenz hinsichtlich des verwandten Prüfverfahrens. Immerhin 61,4% der Befragten konnten nicht angeben, welches Verfahren in der Fehlbelegungsprüfung zum Einsatz kam. 5,3% nannten das sog. AEP-Verfahren (Appropriateness Evaluation Protocol), 33,3% sonstige Verfahren. Auf entsprechende Nachfrage wurden hier überwiegend MDK-eigene Verfahren bzw. Prüfrichtlinien des MDK angeführt.

Selbst wenn man Erinnerungsmängel oder Informationsdefizite bei einem Teil der Befragten einräumt, bleibt festzuhalten, dass hinsichtlich des Prüfverfahrens eine große Unsicherheit auf Seiten der Krankenhäuser besteht, insofern die Prüfmaßstäbe auf Seiten des MDK vielfach nicht offen gelegt oder gar im Vorfeld der Fehlbelegungsprüfung konsentiert werden.

Etwas besser ist die Situation hinsichtlich der übrigen Informationsaspekte (vgl. Abb. 1): So wurden gut 60% der Krankenhäuser über die Rechtsgrundlagen informiert, knapp 80% über den Anlass der Prüfung. Rund 70% war der Name und die Qualifikation der Prüfärzte bekannt. Allerdings wurde etwa einem Drittel der Häuser die Namen der zu prüfenden Behandlungsfälle entweder überhaupt nicht oder nur teilweise mitgeteilt. Dies mag partiell darauf zurückzuführen sein, dass es sich gerade bei länger zurückliegenden Prüfungen nicht um Einzelfall-, sondern um Stichprobenprüfungen handelte.

Alles in allem informiert der MDK im Vorfeld der Prüfung also nicht durchweg umfassend über die Rechtsgrundlagen der Prüfung, die Prüfanlässe, die Prüfärzte sowie vor allem über die zu prüfenden Behandlungsfälle.

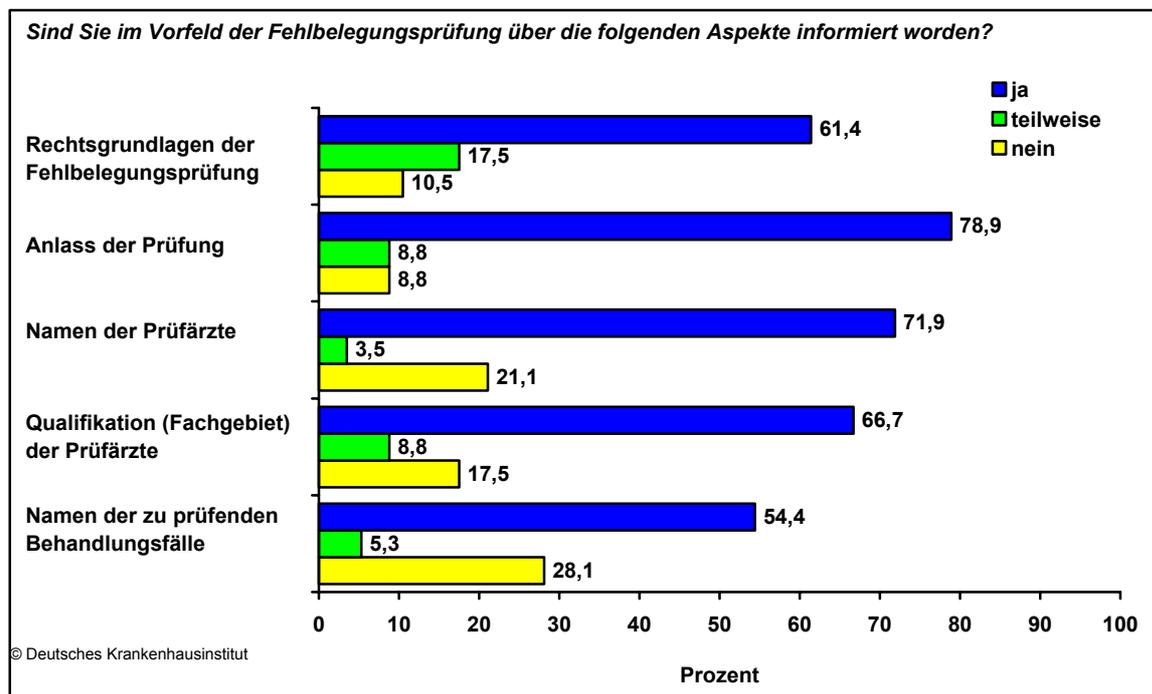


Abb. 1: Informationen zur Fehlbelegungsprüfung

4 Prüfer

Um eine hohe Sachkompetenz und Fairness der Fehlbelegungsprüfung zu gewährleisten, sollten die Prüfer ausschließlich ihr eigenes Fachgebiet betreffende Fälle überprüfen. Diese Empfehlung wird in den Prüfungen allerdings nicht durchweg eingehalten. Immerhin gut ein Viertel der befragten Krankenhäuser gab an, die Prüfer hätten auch andere Fachgebiete überprüft.

Darüber hinaus kritisierte rund die Hälfte der Krankenhäuser einen mangelnden inhaltlichen Zusammenhang zwischen Prüfanlass und Prüfung. D.h. in diesen Häusern wurden nicht nur Fälle überprüft, auf die sich laut Informationen im Vorfeld der Prüfanlass bezog.

Hingegen hatten die Krankenhausärzte gegenüber den Prüfern des MDK überwiegend die Möglichkeit einer mündlichen Stellungnahme oder fachlichen Erörterung in den Fällen, bei denen Bedenken gegen Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestanden. In immerhin gut 80% der Häuser war dies bei vielen oder allen Fällen möglich (vgl. Abb. 2). Das Bemühen der Prüfer, ihre Kollegen aus den Krankenhäusern einzubeziehen, ist also unverkennbar.

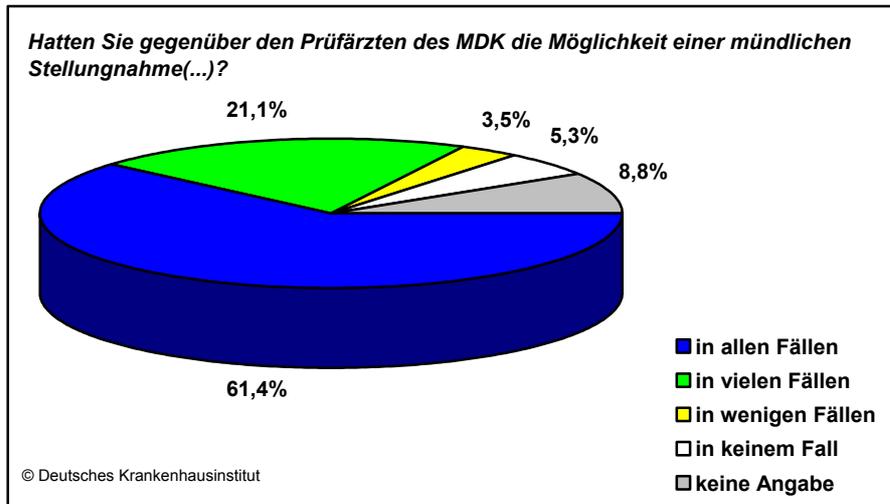


Abb. 2: Möglichkeit der Stellungnahme

Es liegt auf der Hand, dass zwischen den beiden Parteien nicht immer Konsens über die Angemessenheit der Krankenhausbehandlung erzielt wurde. Nichtsdestotrotz war immerhin mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer der Ansicht, ihre Stellungnahmen seien von den Prüfern – völlig oder überwiegend – angemessen berücksichtigt worden. In rund einem Drittel der Häuser war dies nicht der Fall (vgl. Abb. 3). Diese Ergebnisse legen zumindest die Hypothese nahe, dass die Fehlbelegungsprüfungen bis dato vielfach nicht so rigoros ausgefallen sind wie in der Fachdiskussion – sowohl von Krankenhaus- als auch von Kassenseite – suggeriert wird.

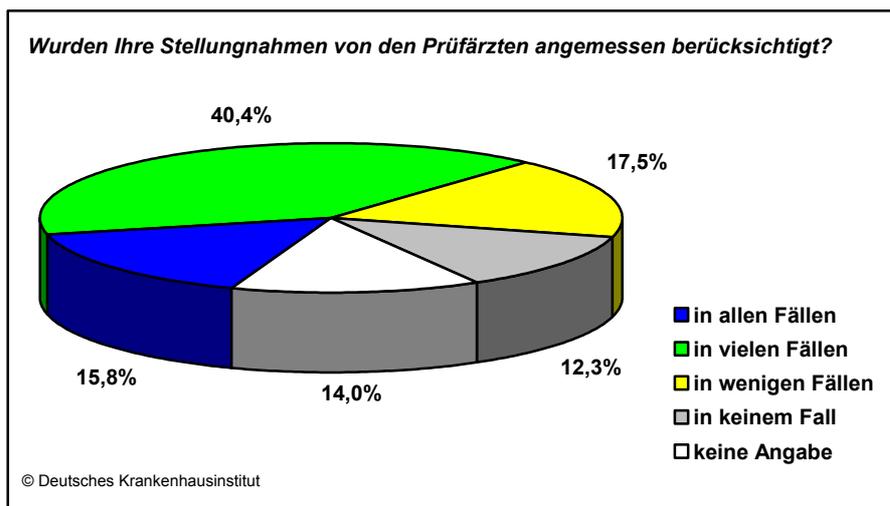


Abb. 3: Berücksichtigung von Stellungnahmen

5 Prüfanlässe

Wie oben erwähnt, sind rund 90% der Krankenhäuser vorab über den Anlass der Fehlbelegungsprüfungen informiert worden. Diese Krankenhäuser sollten angeben, welche Prüfanlässe ihnen konkret genannt wurden. Die Ergebnisse können im Detail der Abb. 4 entnommen werden. Auffallend ist zunächst, dass es keine eindeutig dominierenden Prüfanlässe gibt. Vielmehr streuen die Antworten stark über die verschiedenen Alternativen. Sofern es überhaupt zu Fehlbelegungsprüfungen kommt, sind diese offensichtlich relativ breit angelegt.

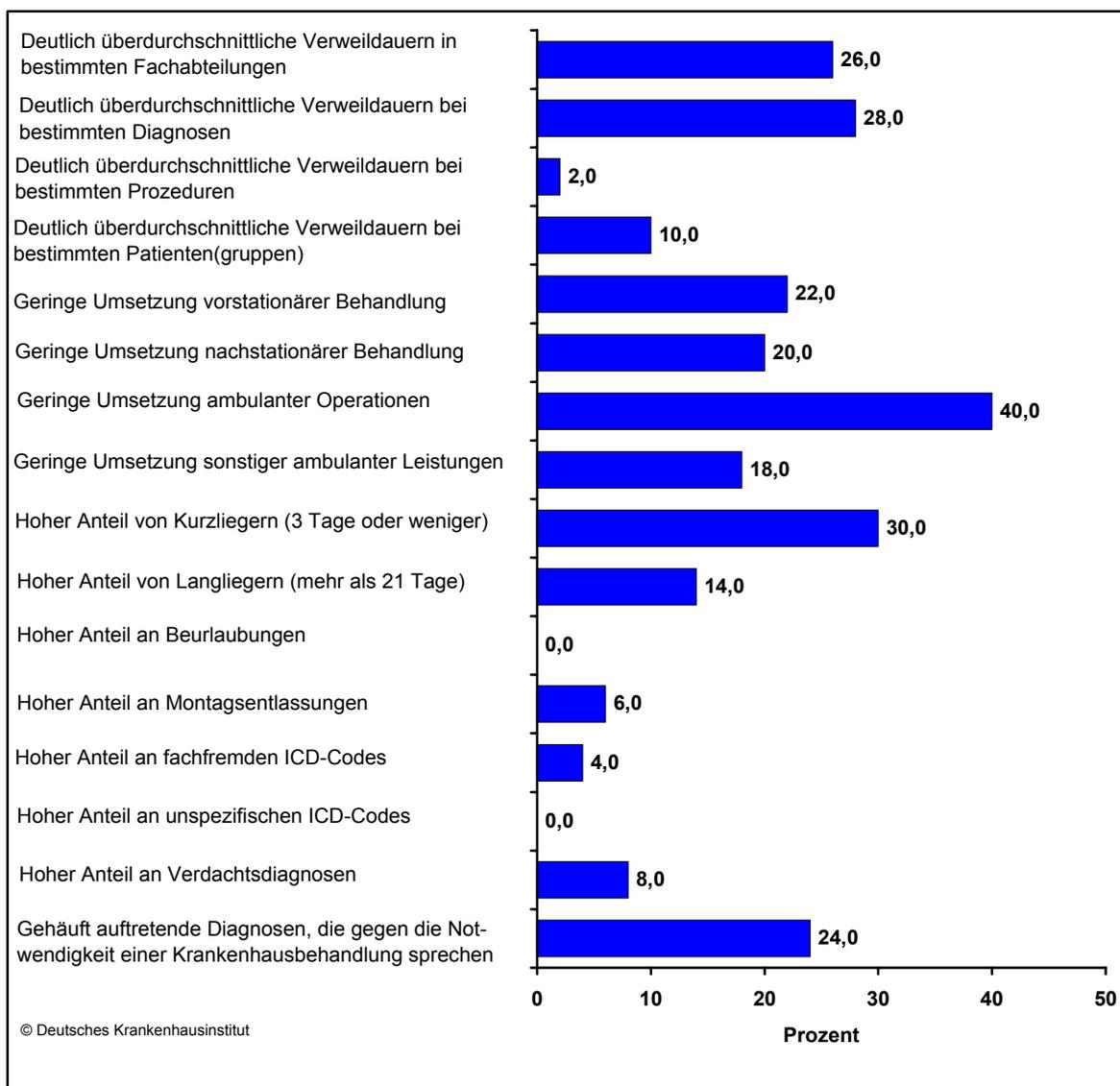


Abb. 4: Prüfanlässe

Bei jeweils gut einem Viertel der Krankenhäuser waren überdurchschnittliche Verweildauern in bestimmten Fachabteilungen bzw. bei bestimmten Diagnosen Anlass für Fehlbelegungs-

prüfungen. Auch eine unzureichende Umsetzung der Behandlungsformen nach § 115 a/b SGB V, also des ambulanten Operierens sowie der vor- und nachstationären Behandlung, wurde vergleichsweise oft genannt. Relativ gesehen, bildet die mögliche Substitution stationärer Behandlung durch ambulante Operationen sogar den am häufigsten angeführten Prüf Anlass. Seine Bedeutung dürfte im Rahmen des DRG-Systems noch weiter zunehmen. Dasselbe gilt für den Anteil von Kurzliegern, dessen Höhe bereits bei 30% der Krankenhäuser zu Fehlbelegungsprüfungen Anlass gab.

Andere Prüfanlässe, wie ein hoher Anteil an Verdachtsdiagnosen, fachfremden und unspezifischen ICD-Codes, die insbesondere mit Blick auf das DRG-System verstärkt diskutiert werden, spielen dagegen einstweilen noch keine Rolle. Auch „klassische“ Fehlbelegungsindikatoren, wie hohe Anteile an Beurlaubungen und Montagsentlassungen sowie – mit gewissen Einschränkungen – ein hoher Anteil von Langliegern, sind eher von untergeordneter Bedeutung.

6 Prüfergebnisse

Insgesamt gaben 78,9% der teilnehmenden Krankenhäuser mit Fehlbelegungsprüfung an, der MDK habe laut Prüfbericht Fehlbelegung bei ihnen festgestellt. In 8,8% der Häuser lag nach Ansicht des MDK keine Fehlbelegung vor. Die übrigen machten diesbezüglich keine Angaben.

Selbstverständlich wäre es wünschenswert gewesen, die Ergebnisse der Fehlbelegungsprüfungen statistisch differenziert zu erfassen, etwa nach Fallzahlen und Fehlbelegungstagen oder Häufigkeiten für einzelne Fehlbelegungsgründe. Im Rahmen eines Pretests der Erhebung wurde dies auch versucht. Bedauerlicherweise stellte sich dabei heraus, dass die seinerzeit befragten Krankenhäuser die entsprechenden Informationen überwiegend nicht beisteuern konnten oder wollten; sei es, weil die Daten als zu brisant angesehen wurden, sei es, weil ihre Aufbereitung zu aufwendig gewesen wäre. Vor diesem Hintergrund wurde in der Haupterhebung von einer differenzierten Erfassung der Prüfergebnisse abgesehen. Stattdessen ist nur allgemein gefragt worden, welche möglichen Gründe für Fehlbelegungen in den Prüfberichten überhaupt aufgeführt waren. Die entsprechenden Antworten können im Detail der Abb. 5 entnommen werden.

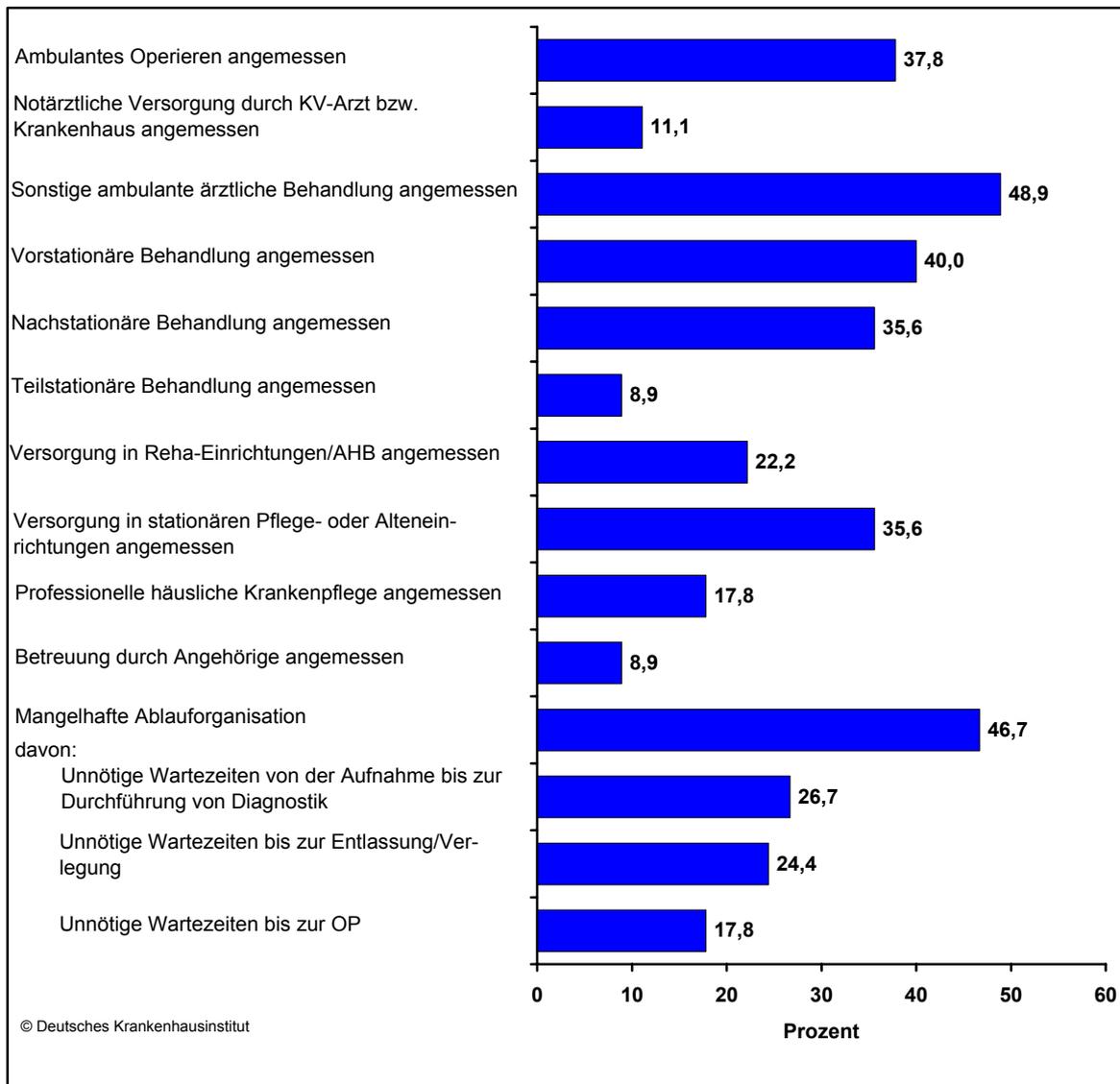


Abb. 5: Gründe für Fehlbelegungen

Analog zu den Prüfanlässen fällt auch bei den Gründen für Fehlbelegungen abermals die starke Streuung der Ergebnisse ins Auge. Drei Fehlbelegungsgründe erfassen die Substitution der stationären Versorgung durch ambulante Behandlungsmöglichkeiten: Das ambulante Operieren findet demnach, 37,8% der Befragten zufolge, in den Prüfberichten Erwähnung. 11,1% der Befragten führen eine notärztliche Versorgung durch einen KV-Arzt oder das Krankenhaus und gar 48,9% eine sonstige ambulante ärztliche Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung an. Darüber hinaus werden von 40% bzw. 35,6% der Krankenhäuser die Angemessenheit von vor- oder nachstationärer Behandlung als Gründe für Fehlbelegungen genannt.

Zwei Items thematisieren die Versorgung in anderen stationären Einrichtungen: 22,2% der Befragten erwähnen in diesem Zusammenhang die Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen und 35,6% die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen als Begründung für Fehlbelegungen. Häusliche Krankenpflege, sei es durch professionelle Pflegekräfte (17,8%) oder Angehörige (8,9%) findet dagegen selten Erwähnung. Insgesamt legen diese Ergebnisse zumindest die Hypothese nahe, dass – im Unterschied zu den 80er-Jahren und frühen 90er-Jahren – die sog. Fehlbelegung durch Pflegefälle allmählich an Bedeutung verliert.

Bemerkenswert ist schließlich, dass Mängel in der Ablauforganisation des Krankenhauses in nahezu der Hälfte der Prüfberichte (46,7%) aufgeführt sind. Diese betreffen (mit Werten jeweils um 25%) in nahezu gleicher Weise unnötige Wartezeiten von der Aufnahme bis zur Durchführung von Untersuchungen und Diagnostik wie unnötige Wartezeiten bis zur Entlassung/Verlegung des Patienten. In den operativen Fächern sind zudem unnötige Wartezeiten bis zur Operation ein Kritikpunkt des MDK.

7 Folgen der Fehlbelegungsprüfungen

Fehlbelegungsprüfungen können finanzielle Konsequenzen für die Krankenhäuser nach sich ziehen, insofern nach Ansicht der Kostenträger Kosten für (voll)stationäre Leistungen zu Unrecht übernommen wurden. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser nach möglichen finanziellen Sanktionen infolge der Fehlbelegungsprüfung befragt. Auf eine exakte Quantifizierung von entsprechenden Geldbeträgen wurde – analog zu den Prüfergebnissen – wegen der zu erwartenden hohen Anzahl von fehlenden Antworten auch hier verzichtet. Über die Folgen der Fehlbelegungsprüfungen informiert Abb. 6:

In jeweils rund 15% der Krankenhäuser kam es infolge der Fehlbelegungsprüfung zu Rückerstattung von Zahlungen an bzw. zu Rechnungskürzungen durch die Kostenträger. In etwa 9% der Häuser sind – (mit)bedingt durch die Fehlbelegungsprüfung - Kostenübernahmeerklärungen nicht anerkannt worden. Die Auswirkungen der Fehlbelegungsprüfung halten sich insofern mit Blick auf die genannten Sanktionsmöglichkeiten in Grenzen.

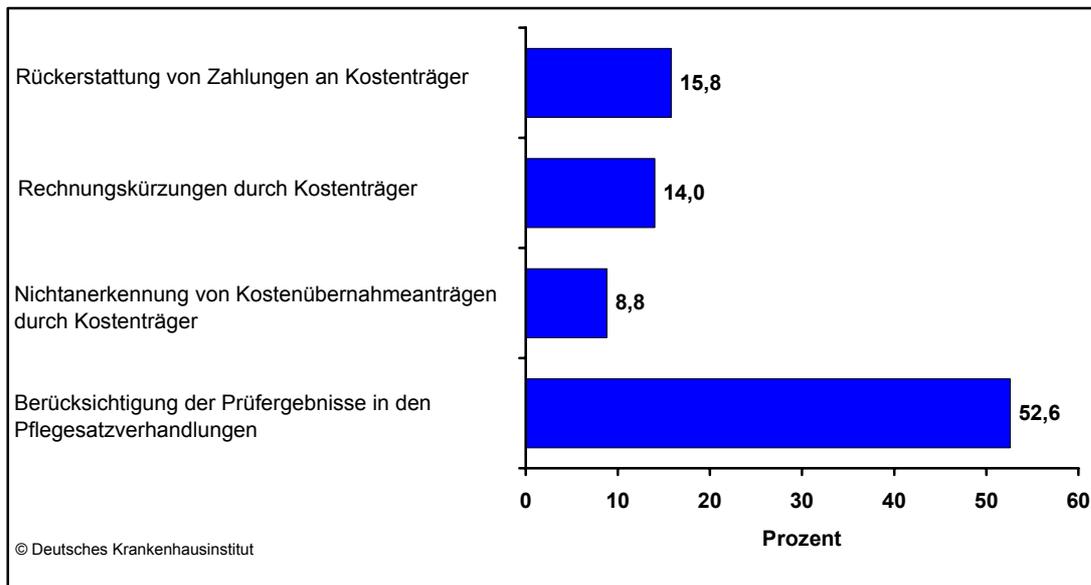


Abb. 6: Folgen der Fehlbelegungsprüfung

Die Ergebnisse der Fehlbelegungsprüfungen waren nicht einmal durchweg Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen. Lediglich in gut der Hälfte der befragten Häuser fanden sie bei den Pflegesatzverhandlungen für den darauffolgenden Pflegesatzzeitraum Berücksichtigung. Davon führten wiederum zwei Drittel im Rahmen einer offenen Frage negative Konsequenzen der Fehlbelegungsprüfungen an, z.B. Budgetabschläge, Kürzungen bei den vereinbarten Fallzahlen oder Pfegetagen. Beim restlichen Drittel hatten die Fehlbelegungsprüfungen keine oder sogar positive Auswirkungen, beispielsweise die Anerkennung von mehr Pfegetagen oder einer veränderten Leistungsstruktur.

8 Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen

Gerade mit Blick auf die künftige Vermeidung von Fehlbelegungen bzw. Fehlbelegungsprüfungen sind selbstverständlich die Konsequenzen von besonderem Interesse, die die betroffenen Krankenhäuser aus der Fehlbelegungsprüfung gezogen haben. Deswegen wurden die Maßnahmen, die die Krankenhäuser infolge der Fehlbelegungsprüfung eingeleitet oder ausgebaut haben, entsprechend differenziert erfragt. Im Einzelnen ist dabei zwischen den Bereichen *Dokumentation*, *Organisation*, *Kooperation* und *Leistungsangebot* zu unterscheiden.

Schwerpunkt der Maßnahmen bildet eindeutig eine verbesserte Dokumentation (vgl. Abb. 7). Indirekt bestätigen die Krankenhäuser damit die Hypothese, dass eine vermeintliche Fehlbelegung auch auf eine unzureichende Dokumentation zurückzuführen ist bzw. negativen Er-

gebnissen von Fehlbelegungsprüfungen durch eine angemessene Dokumentation teilweise vorgebeugt werden kann.

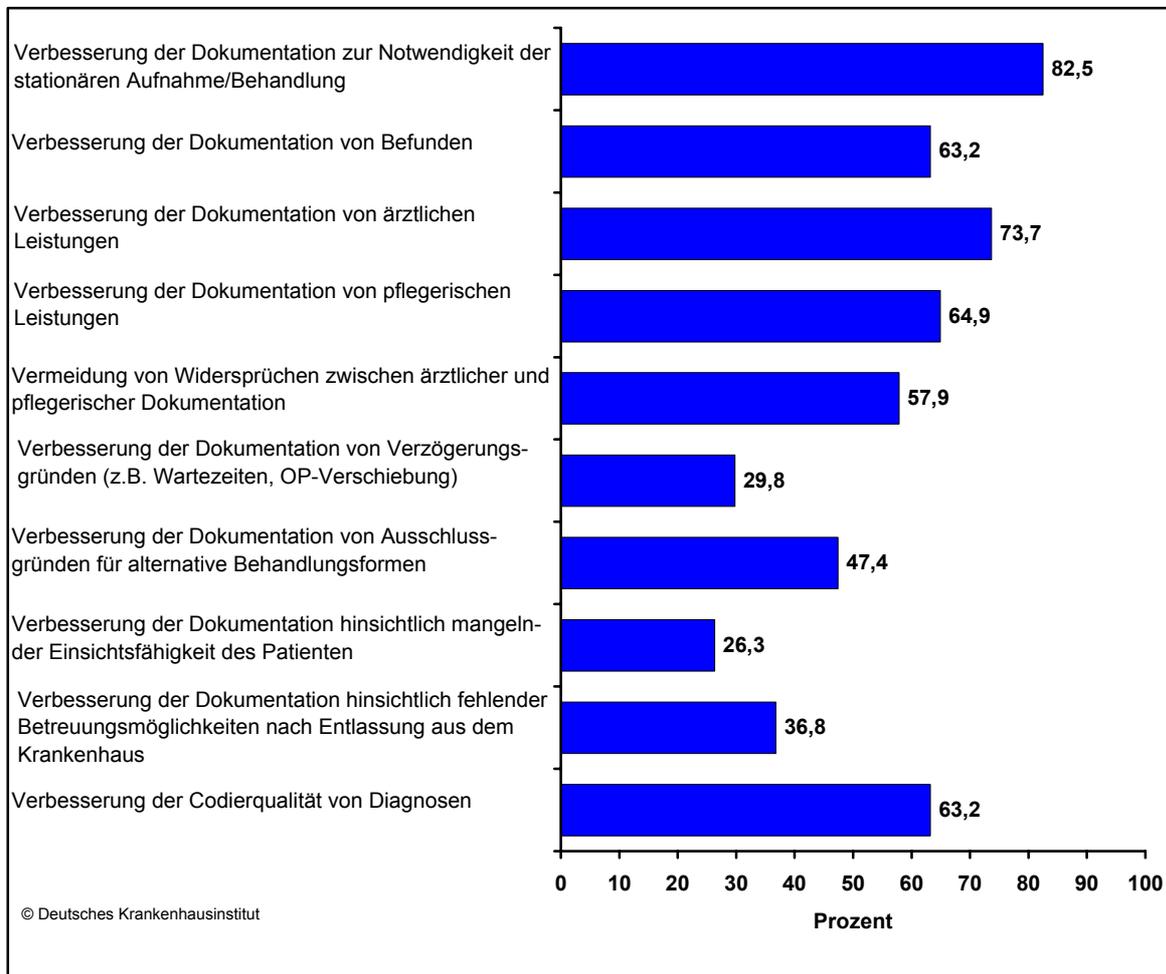


Abb. 7: Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen: Dokumentation

Besonderen Wert legen die Krankenhäuser auf eine genaue Dokumentation der Notwendigkeit der stationären Aufnahme bzw. stationärer Behandlungstage. 82,5% der Häuser haben ihre Dokumentation entsprechend angepasst. Des Weiteren hat die Mehrzahl der Krankenhäuser ihre Befunddokumentation sowie die Dokumentation von ärztlichen und pflegerischen Leistungen verbessert, inklusive der Vermeidung von Widersprüchen zwischen ärztlicher und pflegerischer Dokumentation.

Daneben haben bereits über 60% der Häuser im Anschluss an die Fehlbelegungsprüfung die Kodierqualität ihrer Diagnosen optimiert; ein Aspekt, dem gerade im DRG-System besondere Bedeutung zukommen wird, wengleich weniger mit Blick auf Fehlbelegungen im engeren Sinne als hinsichtlich möglicher Fehlkodierungen.

Nur wenige Ausschlussgründe für nichtstationäre Behandlungen werden vergleichsweise selten dokumentiert: So erfassen weniger als 30% der Häuser Verzögerungsgründe während der Behandlung (z.B. Wartezeiten, OP-Verschiebungen), obwohl Mängel in der Ablauforganisation in rund der Hälfte der Prüfberichte als Ursachen für Fehlbelegung angeführt sind.

Auch mangelnde Einsichts- oder Kommunikationsfähigkeit des Patienten sowie fehlende Betreuungs- oder Versorgungsmöglichkeiten nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind bei deutlich weniger als der Hälfte der Krankenhäuser Gegenstand einer verbesserten Dokumentation. Wenngleich es sich beim entsprechenden Patientenkontext nicht nur um Pflegefälle handeln dürfte, mag dies nichtsdestotrotz als weiteres Indiz dafür gelten, dass die sog. Fehlbelegung mit Pflegefällen zusehends an Bedeutung verliert.

Im Vergleich zur Dokumentation werden Organisationsveränderungen nach Fehlbelegungsprüfungen deutlich seltener in Angriff genommen (vgl. Abb. 8). Teilweise mag dies durch den größeren Aufwand von organisatorischen Veränderungen bedingt sein; teilweise mögen die Krankenhäuser – wie oben erwähnt – die Ursachen vermeintlicher Fehlbelegungen eher in Dokumentationsmängeln sehen. Unter den organisatorischen Maßnahmen bilden die Optimierung des Behandlungsablaufs und (wenngleich wahrscheinlich teilweise DRG-bedingt) Kodierschulungen die Handlungsschwerpunkte. Jeweils deutlich weniger als die Hälfte der Krankenhäuser hat indes die Patientenaufnahme, die Diagnostik, die OP- und die Entlassungsplanung infolge der Fehlbelegungsprüfung angepasst.

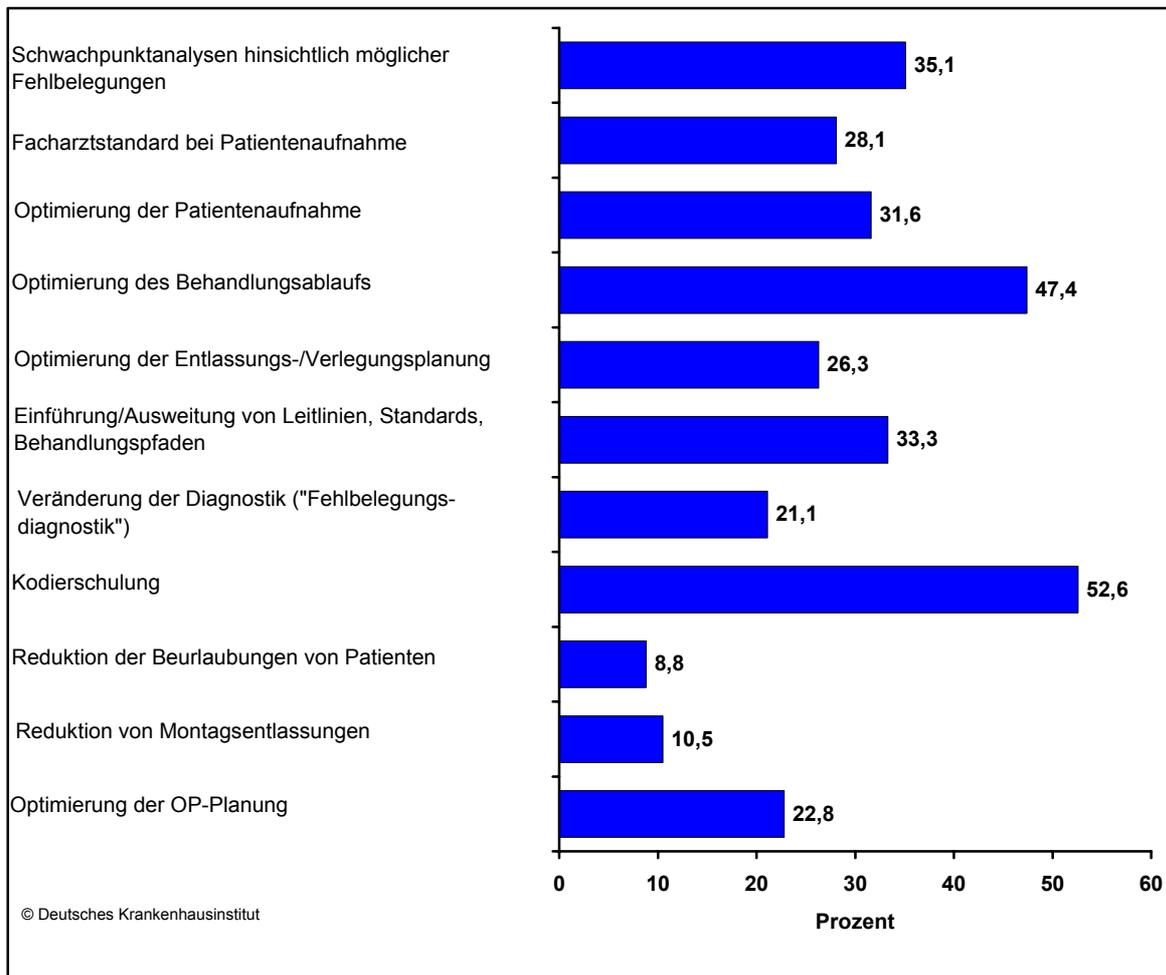


Abb. 8: Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen: Organisation

Analoge Ergebnisse resultieren für die Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Versorgungsbereichen (vgl. Abb. 9). Bemerkenswert ist immerhin, dass schon knapp die Hälfte der Krankenhäuser bemüht ist, die Kostenträger bei möglicherweise strittigen Fällen einzubinden. Jeweils rund ein Drittel der Häuser hat zudem die Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen und stationären Pflege- oder Alteneinrichtungen verbessert, je ein Viertel die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten.

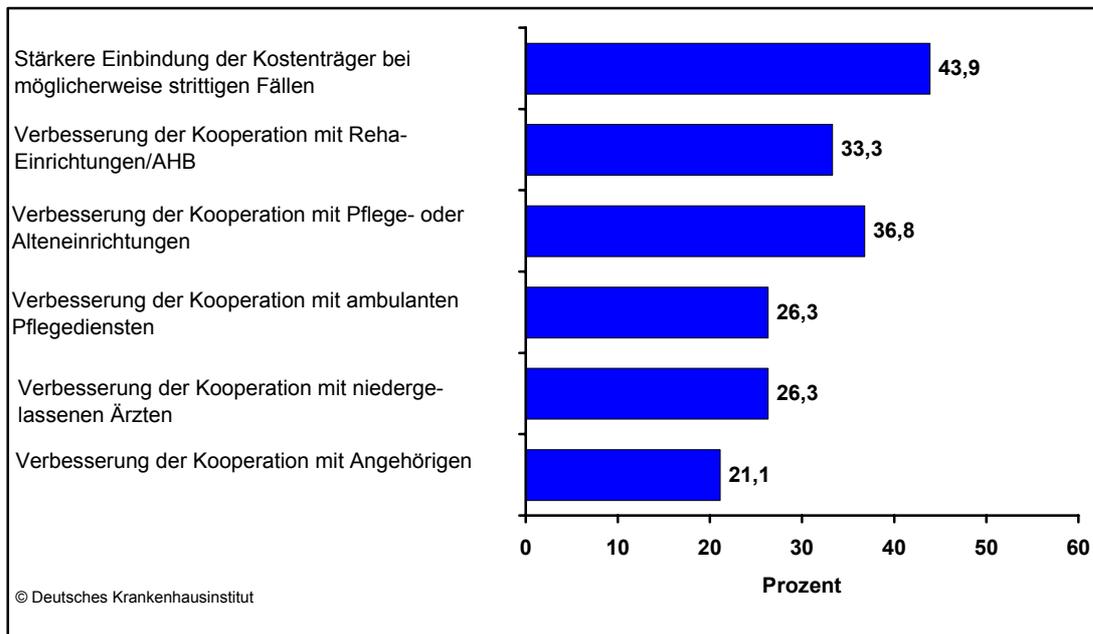


Abb. 9: Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen: Kooperation

Mit Blick auf zusätzliche Leistungsangebote wurden insbesondere das ambulante Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlungen eingeführt oder ausgebaut (vgl. Abb. 10). Dies entspricht der Tatsache, dass die substitutive Erbringung dieser Behandlungsformen auch vergleichsweise häufig als Fehlbelegungsgrund angeführt war.

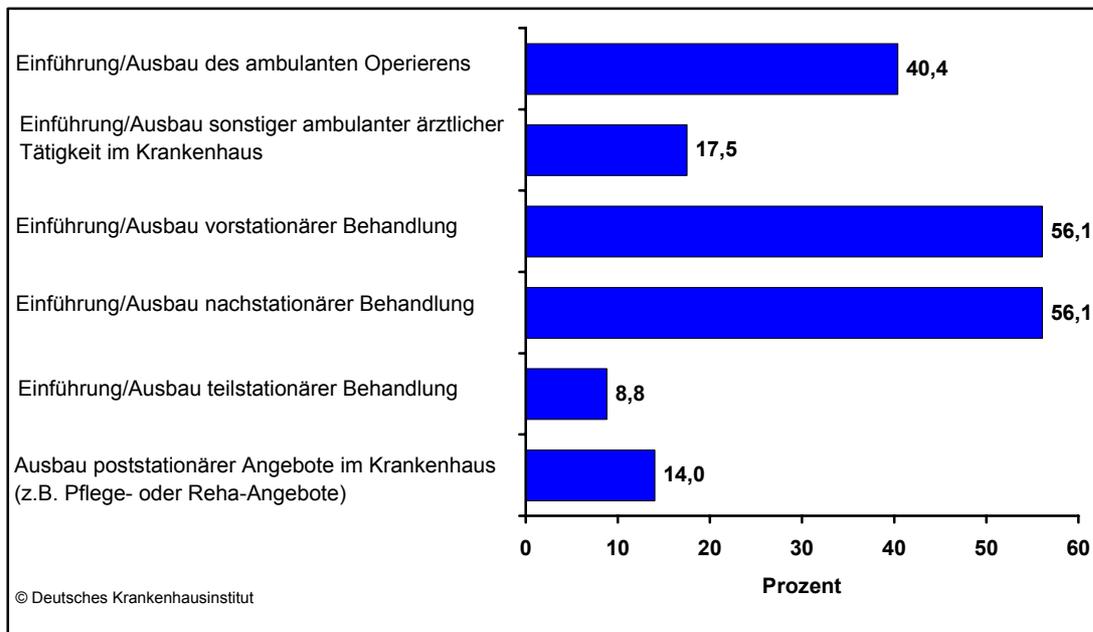


Abb. 10: Konsequenzen aus Fehlbelegungsprüfungen: Leistungsangebot

Abschließend wurden die teilnehmenden Krankenhäuser noch gefragt, ob die o.a. Maßnahmen das Risiko weiterer Fehlbelegungsprüfungen reduziert hätten. Immerhin rund die Hälfte der Befragten ist der Ansicht, dass dies deutlich der Fall sei; rund 15% äußern sich diesbezüglich eher skeptisch; etwa ein Viertel ist eher unentschieden (vgl. Abb. 11). Weiterführende Analysen zeigen, dass die Befragten die Wahrscheinlichkeit weiterer Fehlbelegungsprüfungen signifikant geringer einschätzten, wenn sie vor allem die folgenden Maßnahmen durchgeführt hatten:

- Verbesserung der Dokumentation zur Notwendigkeit der stationären Aufnahme/Behandlung
- Verbesserung der Dokumentation von Ausschlussgründen für alternative Behandlungsformen
- Verbesserung der Dokumentation hinsichtlich fehlender Betreuungs- oder Versorgungsmöglichkeiten nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- Optimierung der Patientenaufnahme
- Optimierung der Entlassungsplanung
- Kooperation mit ambulanten Pflegediensten.

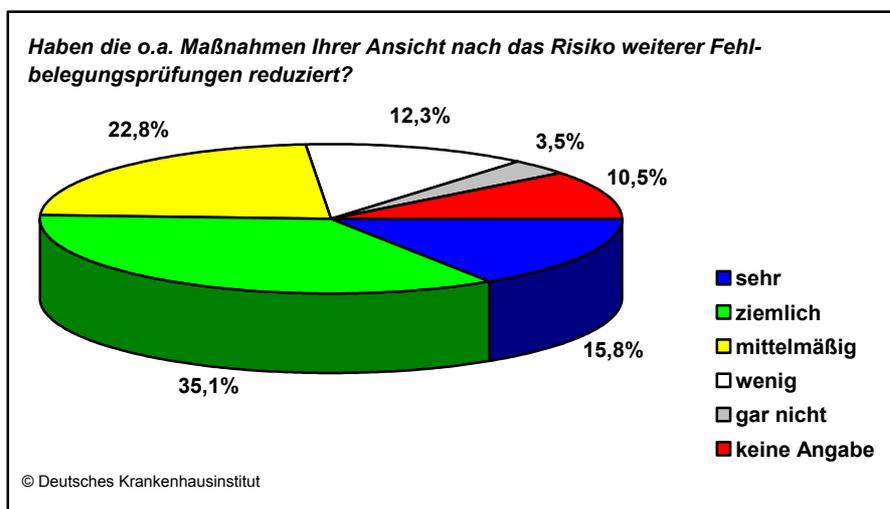


Abb. 11: Risiko weiterer Fehlbelegungsprüfungen

Alles in allem lässt sich somit festhalten, dass sich insbesondere durch eine verbesserte Dokumentation hinsichtlich der Erforderlichkeit einer stationären (Weiter)Behandlung sowie durch eine verbesserte Organisation der Patientenaufnahme und –entlassung das Risiko von Fehlbelegungsprüfungen bzw. vermeintlicher Fehlbelegungen merklich reduzieren lässt.

9 Ausblick

Durch das Fallpauschalengesetz bzw. DRG-System ändern sich auch die Rahmenbedingungen für Fehlbelegungsprüfungen. Die sog. sekundäre Fehlbelegung, also die fehlende Notwendigkeit einzelner Behandlungstage bzw. eine zu lange Verweildauer, wird wegen der Verweildauer senkenden Anreize der DRGs merklich an Bedeutung verlieren. Da zumindest innerhalb der Grenzverweildauer nicht erforderliche Behandlungstage zu Lasten des Krankenhauses gehen, dürfte sie zukünftig keinen Schwerpunkt von Fehlbelegungsprüfungen des MDK bilden. Allenfalls in Bereichen mit tagesgleichen Pflegesätzen sowie mit Blick auf die Überprüfung der Relativgewichte bei ausgewählten Fallpauschalen dürfte die Angemessenheit der Behandlungsdauer noch Gegenstand von Fehlbelegungsprüfungen sein.

Die Prüfung auf sog. primäre Fehlbelegung, also der fehlenden Notwendigkeit einer stationären Aufnahme überhaupt, wird dagegen weiter an Bedeutung zunehmen. Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage sind nach § 17 c KHG (n.F.) nunmehr nicht nur verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen, sondern auch verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen zulässig. Es steht zu erwarten, dass die Kostenträger diese Möglichkeit nutzen werden, um krankenhausspezifisch wie krankenhaussübergreifend Fehlbelegungsfälle bzw. -anteile abzuschätzen und entsprechende Substitutionspotenziale in den Verhandlungen mit den Krankenhausträgern geltend zu machen. Neben dem Verweildauer reduzierenden Druck durch das DRG-System dürfte dadurch zusätzlicher Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt werden, stationäre durch ambulante Behandlung zu substituieren.

Abzuwarten bleibt, ob in Zukunft die sog. tertiäre Fehlbelegung, also die fehlende Angemessenheit der Krankenhausbehandlung auf der jeweiligen Versorgungsstufe, eine größere Rolle spielen wird als bislang. Im Zusammenhang mit anderen gesetzlichen Neuregelungen, wie z.B. der Mindestmengenregelung, könnten die Kostenträger möglicherweise bemüht sein, hierüber einen stärkeren Einfluss auf die Krankenhausplanung und Leistungssteuerung zu gewinnen. Über die bisherigen Prüfungstätigkeiten hinaus wird künftig die stichprobenhafte Prüfung von vorzeitigen Verlegungen oder Entlassungen sowie der ordnungsgemäßen Abrechnung der DRGs (Upcoding, Fehlcodierungen etc.) einen weiteren Tätigkeitsschwerpunkt des MDK bilden. Dabei handelt es sich aber nicht mehr um Fehlbelegungsprüfungen im eigentlichen Sinne.

Mangels eindeutiger gesetzlicher oder vertraglicher Grundlagen waren bis dato inhaltliche und formale Aspekte von Fehlbelegungsprüfungen zwischen Kostenträgern bzw. MDK und

Krankenhäusern oftmals strittig; das Verfahren war insbesondere für die Krankenhauseite vielfach intransparent. Gemäß § 17 c KHG (n.F.) soll sich die Selbstverwaltung nun auch umfassend über Verfahrensfragen der Fehlbelegungsprüfung verständigen (z.B. Prüfverfahren, Stichprobengröße, fachliche Qualifikation der Prüfer, Besprechung der Prüfergebnisse etc.). Es bleibt zu hoffen, dass dadurch Fehlbelegungsprüfungen transparenter, zuverlässiger und weniger konflikträchtig werden. Das Thema Fehlbelegung wird also auch künftig in jedem Fall einen hohen Stellenwert in der krankenhauspolitischen Diskussion einnehmen. Von daher sind die Krankenhäuser gut beraten, Fehlbelegungen bzw. Fehlbelegungsprüfungen durch entsprechende Maßnahmen weiterhin vorzubeugen.