



Foto: Blue Plane Studio – Fotolia

Längst etabliert

Strukturprüfungen als Form der Qualitätsprüfungen

Von Dr. rer. pol. Erika Raab

Krankenhäuser erleben täglich eine Vielzahl von Abrechnungsprüfungen. Bei diesen Prüfungen handelt es sich in der Regel um Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V, in denen der MDK nach Beauftragung durch eine Krankenkasse einen konkreten Behandlungsfall überprüft. Manchmal werden Krankenhäuser auch mit so genannten „Strukturprüfungen“ konfrontiert. Einerseits gibt es Prüfungen, die kontrollieren sollen, ob Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt sind, vom Krankenhaus eingehalten werden. Zum anderen gibt es zusätzlich Prüfungen, die darauf gerichtet sind zu kontrollieren, ob in OPS-Codes vorgegebene Strukturmerkmale vom Krankenhaus eingehalten werden. Qualitätsprüfungen in Form von Strukturmerkmalsprüfungen außerhalb der GBA-Richtlinien sind also längst Alltag der Medizincontroller bei der Prüfung von OPS bei Komplexbehandlungen im Rahmen von Einzelfallprüfungen des § 275 SGB V.

Keywords: Abrechnung, DRG, Medizincontrolling

Doch zunächst einen Schritt zurück zum Thema Qualität und Qualitätsprüfungen im Krankenhaus. Die Qualität einer medizinischen Behandlung ist eine komplexe Abbildung verschiedener Faktoren, weshalb sich Ansätze zur Definition von Dienstleistungen meist auf die Unterscheidung verschiedener Teilqualitäten oder Qualitätsarten beziehen. Ausgehend vom grundlegenden Definitionsansatz medizinischer Qualität durch Donabedian werden die drei Qualitätskategorien Struktur, Prozess und Ergebnis unterschieden.

Der Ansatz der Qualitätsprüfungen

Das Ergebnis einer Behandlung in Form des Behandlungserfolges stellt der Definition entsprechend die eindeutige Basis für eine Qualitätsbeurteilung dar. Da aber aufgrund der individuellen Patientenmerkmale und der verschiedenen Facetten einer medizinischen Behandlung die maximal individuell erreichbaren Behandlungsziele vorhersagbar sind, kann im Ergebnis der Zielerreichungsgrad nicht festgeschrieben werden. Die größte Schwierigkeit bei der Messung

von Ergebnisqualität liegt somit im Erkennen von objektiven Kriterien, die gesundheitliche Veränderungen des Patienten beschreiben, welche kausal auf die medizinische Versorgung zurückzuführen sind. Aufgrund der Schwierigkeit, Qualität im Krankenhaus zu definieren, finden sich eher Beschreibungen einer Behandlung mit hoher Qualität als eine exakte Definition. Neuere Definitionsansätze der medizinischen Qualität enthalten auch Erkenntnisse aus anderen Bereichen, insbesondere aus der ökonomischen Qualitätsdefinition. Der Ansatz basiert auf der Überzeugung, dass Qualitätsverbesserung in erster Linie dazu dient, Fehlern und „schlechter“ Qualität vorzubeugen und diese nicht nachträglich zu korrigieren, vereinfacht ausgedrückt: Qualität ist die Abwesenheit von Fehlern.

Bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zählt die Struktur- und Prozessqualität

Die Anwendung valider Instrumente zur Messung, Bewertung und Darstellung der Versorgungsqualität wurden im Koalitionsvertrag 2013 als aktuelle gesundheitspolitische Ziele in Deutschland be-

nannt. Zur Umsetzung wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit dem Ziel gegründet, die möglichst sektorenübergreifende Versorgungsqualität durch abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren zu messen und zu validieren. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei ihren Planungsentscheidungen unterstützen, indem sie eine Aussage dazu ermöglichen, ob Einrichtungen minimale Qualitätsanforderungen erfüllen, sodass sie im Krankenhausplan berücksichtigt werden können, oder ob sie diese Qualitätsanforderungen in einem Ausmaß verfehlen, dass Abteilungen aus dem Krankenhausplan oder bestimmte Leistungsbündel aus den Feststellungsbescheiden herausgenommen werden müssen.

Einrichtungen, die neu in den Krankenhausplan aufgenommen werden wollen, müssen nachweisen, dass sie die Einhaltung der entsprechenden Anforderungen gewährleisten können. Die Auflage des BMG an den G-BA vom 24. Februar 2017 weist darauf hin, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren den Planungsbehörden der Länder eine fundierte fachliche Grundlage zur Verfügung stellen sollen, die es erlaubt, mindestens fachabteilungsbezogen „eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ mit den entsprechenden Konsequenzen festzustellen. Am 19. Februar 2018 veröffentlichte das IQTIG einen Vorbericht, in welchem die Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus den Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen geprüft werden sollte. Ausgehend von der Prämisse, eine wertende Beschreibung der Versorgungsqualität vorzunehmen, wurde im Vorbericht zwischen fallbezogenen und betrieblichen Anforderungen unterschieden.

Dabei sollen fallbezogene Anforderungen sich direkt auf die Versorgungsprozesse und Versorgungsergebnisse im Einzelnen (Prozess- und Ergebnisqualität) beziehen, indem sie die erforderli-

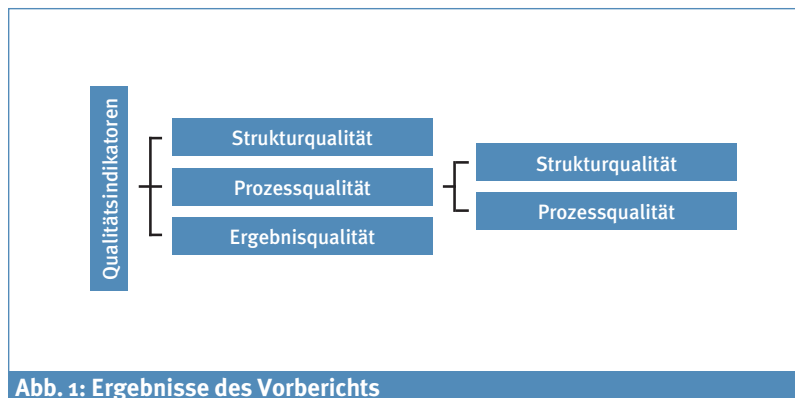


Abb. 1: Ergebnisse des Vorberichts

chen Versorgungsprozesse als Prozessstandards vorgeben und die mindestens erwartbaren Versorgungsergebnisse als Ergebnisindikatoren festlegen. Betriebliche Anforderungen beziehen sich im Gegensatz dazu auf vorhandene Versorgungsstrukturen wie z.B. Räumlichkeiten, organisatorische Regelungen sowie die personelle und technische Ausstattung und werden einrichtungsbezogen bestimmt. Werden diese Vorgaben in die Begrifflichkeiten des Qualitätsmanagements übersetzt, definiert auch das IQTIG als Grundlage die Struktur- und Prozessmerkmale als Erfolgsfaktoren. Vereinfacht lassen sich die Ergebnisse des Vorberichtes grafisch wie in Abbildung 1 abbilden (► Abb. 1).

Qualitätsprüfungen des MDK sind längst Alltag

Mit Blick auf die bereits von Donabedian grundlegend beschriebenen Definitionen zur Qualität bei Dienstleistungen überrascht der Vorbericht des IQTIG wenig. Erfolgt in der Praxis der Medizincontroller der Abgleich der Erkenntnisse des IQTIG insbesondere zu den betrieblichen Anforderungen, spricht Strukturmerkmalen, so zeigt sich, dass derartige MDK-Qualitätsprüfungen längst umgesetzt sind: Bei vertiefter Betrachtung der bestehenden „Komplex-OPS“ zeigt sich, dass der OPS selbst bereits Qualitätsmerkmale in Form von Struktur- und Prozessmerkmalen enthält. Der Aufbau von Komplexcodes im DRG- als auch im PEPP-System lässt sich mithin auf die Grundstruktur wie in Abbildung 2 gezeigt abstrahieren (► Abb.2).

Gelingt es dem Krankenhaus anhand der Dokumentation auf Ein-

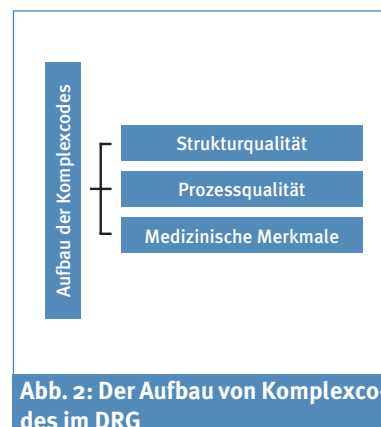


Abb. 2: Der Aufbau von Komplexcodes im DRG

zelfallebene nicht, einen vollständigen Nachweis der Einhaltung der Struktur- oder Prozessvorgaben des OPS zu führen, wird die Leistung nicht vergütet – unabhängig davon, ob 50 oder 99 Prozent der Merkmale des Codes nachgewiesen werden konnten. Dieses Alles-oder-Nichts-Prinzip führt bereits jetzt in der Praxis zur impliziten Sanktionierung von Kodier- oder Dokumentationsfehlern. Dabei ist die Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen innerhalb eines Komplex-OPS streitig: Weder im SGB V noch in anderen Gesetzen findet sich eine explizite Rechtsgrundlage für eine Strukturprüfung von durch OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen. Zwar hat das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 18.07.2013 (B 3 KR 25/12 R) Ausführungen zu Strukturprüfungen gemacht, aber die Frage, ob diese Strukturprüfungen an sich zulässig sind, nicht diskutiert und auch keine Rechtsgrundlage für diese Prüfungen benannt. Das BSG führte in seinem Urteil aus, dass – zumindest bei strukturellen Abrechnungsvoraussetzungen eines Komplexbehandlungskodes, die unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall auf Grund der allgemei-

nen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses stets erfüllt sein müssen – eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht in Betracht komme, da es sich bei diesen Strukturmerkmalen nicht um eine medizinische Sachfrage handele, zu deren Klärung der MDK einzuschalten wäre.

Parallele Prüfverfahren mit gleichem Inhalt

Während die Strukturprüfungen im Rahmen des MDK-Verfahrens klar der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes dienen, verweist die Zielrichtung der Strukturprüfungen in Richtung Qualität – und im Ergebnis letztlich auch auf die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Beide Prüfverfahren entwickeln sich aktuell unabhängig voneinander. Es ist bereits jetzt ersichtlich, dass die Einführung eines weiteren Prüfverfahrens den Dokumentationsumfang und Personaleinsatz sowohl bei den Leistungserbringern, als auch bei den Kostenträgern erhöhen wird. Nicht zuletzt wird der MDK mit zusätzlichen Fachkräften den gestiegenen Prüfungsaufträgen gerecht werden müssen. Angesichts des bestehenden Fachpersonalmangels im ärztlichen Bereich und aufgrund der bereits aktuell bestehenden Leistungsverdichtung bei allen mit den Prüfverfahren beschäftigten Mitarbeitern ist dies bereits jetzt ein limitierender Faktor. Da aufgrund der unterschiedlichen Zielrichtung unterschiedliche Prüfergebnisse durchaus vorstellbar sind, steht zu erwarten, dass die juristischen Auseinandersetzungen weiter zunehmen.

Lösungsansätze

OPS-Codes beinhalten bereits jetzt eine Vielfalt von Struktur- und Prozessmerkmalen. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens von Fachgesellschaften sind sie häufig unter Betonung von Qualitätsaspekten eingebracht worden. Im Klassifikationsverfahren wurden sie vom DIMDI mit den Interessenvertretern abgestimmt und umgesetzt. Bei Auslegungsproblemen diskutieren FoKA und SEG4 über Anwendungsregeln. Denkbar wäre hier, den Schlichtungsausschuss als Instanz zur verbindlichen Klärung bei einem Dissens einzubin-

den, um eine langwierige juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden. In den Bundesländern, in welchen Strukturprüfungen Alltag sind, konnten aus den bisherigen Erfahrungen für die Regelung einer einheitlichen Qualitäts- und Abrechnungsprüfung diverse Anregungen gewonnen werden. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft auf die Empfehlungen der DKG zum Thema Strukturprüfungen im Krankenhaus verwiesen, welche klar den Handlungsbedarf bei Strukturprüfungen erkennen lässt. Würden Qualitätsmerkmale in den OPS integriert und als Bestandteil von Struktur- und Prozessmerkmalen im Rahmen der MDK-Prüfung kontrolliert, würde die klassische Abrechnungsprüfung obsolet und in eine neue Form überführt werden: Innerhalb einer Strukturprüfung wären sowohl Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekte abzufragen, diese könnten prospektiv in die Budgetverhandlungen eingebracht werden und würden nicht zuletzt trotzdem für die Wettbewerbskomponenten relevant.

Fazit

Qualitätsprüfungen durch den MDK sind längst im Klinikalltag im Rahmen von Prüfungen der GBA-Richtlinien als auch in Form von Strukturprüfungen der Komplexcodes etabliert, wobei die Rechtsgrundlage für letztere nicht geklärt ist. Aufgrund der hohen Detailtiefe der OPS-Komplexcodes besteht in den Krankenhäusern bereits ein enormer Dokumentationsaufwand, welcher angesichts des Fachkräftemangels kontraproduktiv zur Erreichung der personalintensiven Qualitätsziele wirkt. Bei einem Vergleich der Struktur des Qualitätsbegriffes und der Struktur der Komplexcodes zeigt sich bereits eine hohe Übereinstimmung zwischen den Merkmalen, so dass in der Praxis längst eine strenge Form der Qualitätskontrolle etabliert ist. Aufgrund ihrer Zugänglichkeit zu einer Messbarkeit sind die Struktur- und Prozessqualität am ehesten geeignet, Qualitätsvorgaben abzubilden. Diese könnten in Strukturmerkmale der OPS-Codes integriert und im Rahmen einer Vorab-Strukturprüfung bereits vor der Leistungserbringung geprüft werden.

Weitere Lösungsansätze werden in einer Restrukturierung der OPS-Komplexcodes gesehen. Werden allgemeine Struktur- und Prozesskennzeichen aus der Einzelfallprüfung in eine jährliche Strukturprüfung vergleichbar zu den Strukturprüfungen der GBA-Richtlinien überführt, würde dies nicht nur eine deutliche Entlastung der Prüfsituation vor Ort bewirken, sondern als planungsrelevante Qualitätsindikatoren abstrakt-generell in die Krankensteuerung einfließen können. Für Krankenhäuser würde dies unabhängig vom Ergebnis Planungssicherheit bedeuten: Nicht das konkret-individuelle retrospektive Ergebnis von Einzelfallprüfungen führt nach der Leistungserbringung zu Vergütungsverlusten und hohen Rückstellungen aufgrund etwaiger Widerspruchs- und Klageverfahren, sondern prospektiv erfolgt zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern die grundsätzliche Erlaubnis zur Erbringung der Leistungen im Rahmen des Versorgungsauftrages, so dass eine Anpassung der Vorhaltungen möglich erscheint. In den nächsten Monaten wird die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling weitere Positionen und Vorschläge für eine Restrukturierung des Prüfsystems für stationäre Behandlungen publizieren. ■

Dr. rer. pol. Erika Raab
Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e. V.
Karlsruher Str. 34/1
68766 Hockenheim
Erika.Raab@medizincontroller.de



Dr. rer. pol. Erika Raab