

Externe Qualitätssicherung Relevante Änderungen ab 2004

Auslösemechanismus

Das DRG-Entgeltsystem bringt auch der externen vergleichenden Qualitätssicherung neue Herausforderungen. So war es durch den Wegfall der „alten“ Fallpauschalen bzw. Sonderentgelte notwendig geworden, einen neuen Auslösemechanismus für die Qualitätssicherung zu finden, denn jede abgerechnete DRG kann prinzipiell mehrere zu dokumentierende Leistungen enthalten. Die externe Qualitätssicherung trennt sich somit endlich vom bisherigen Entgeltbezug, was vor allem von Seiten der Ärzteschaft schon länger gefordert wurde. Dazu wurde von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) der sogen. „QS-Filter“ geschaffen, eine Software-Spezifikation, die von den EDV-Anbietern in die Kliniksoftware zu integrieren ist. Der „QS-Filter“ nutzt in erster Linie Prozeduren (OPS-Kodes) und Diagnosen (ICD-Kodes) sowie deren Kombinationen, vergleicht sie mit den Ein- und Ausschlusskriterien für die Leistungsbereiche und löst bei den entsprechenden zu erfassenden Kombinationen die Dokumentation aus. Mit diesem Verfahren wird eine gewisse Kontinuität für die Inhalte der eingeführten Qualitätssicherungsverfahren gewahrt bleiben. Die Möglichkeit, Leistungsbereiche in der Qualitätssicherung nach medizinisch-pflegerischen Kriterien unabhängig von Entgelten abzugrenzen, steht nun erstmals zur Verfügung. Medizinisch völlig unnötige Hilfskonstrukte wie sie in Form des sogen. Minimaldatensatzes – der keinerlei für die Qualitätssicherung relevanten Informationen enthält – bislang notwendig waren, werden künftig entfallen. Wichtig ist dabei, dass der „QS-Filter“ Zugriff auf abteilungsübergreifende Falldaten hat, damit von der Software tatsächlich jede zu dokumentierende Leistung erkannt und das Anlegen eines QS-Datensatzes ausgelöst wird. Mit Hilfe der „QS-Filter“-Software wird auch am Jahresende die Sollstatistik für den Vollzähligkeitsabgleich erstellt.

Einbezogene Leistungsbereiche

Das Bundeskuratorium hat beschlossen, dass ab 2004 einige Leistungsbereiche ausgesetzt werden. Dies betrifft die Module 1/1, 1/2, 3/1, 5/1, 7/1, 10/1, 12/2, 12/3, 14/1, 17/6 und 20/1. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Vor allem zu geringe Fallzahlen (zum Beispiel Ulnarisrinnensyndrom, Schlittenprothese) und die fehlende Einbeziehung des ambulanten Sektors (zum Beispiel Hernien, Katarakt) haben zu dieser Entscheidung geführt. Das sächsische Lenkungsgremium hat sich dem angeschlossen und keine davon abweichenden Regelungen für Sachsen getroffen. Eine freiwillige Fortführung ist jedoch grundsätzlich möglich und wird von den Arbeitsgruppen Chirurgie und Urologie für die Leistungsbereiche „12/3 – Hernienchirurgie“ und „14/1 – Transurethrale Prostataresektion“ empfohlen. In allen orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Modulen 17/1 bis 17/3, 17/5 und 17/7 ist ab 2004 ein verbindlicher Pflegeteil integriert. Allerdings sind nur wenige Items zu erfassen.

Wenn sich ein Krankenhaus dafür entschieden hat, Leistungsbereiche „freiwillig“ weiterzuführen, müssen geringfügige Anpassungen am „QS-Filter“ vorgenommen werden, da die Voreinstellung zur Auslösung eines QS-Bogens nur die bundesweit verpflichtend zu dokumentierenden Leistungsbereiche betrifft. Die Software ist aber grundsätzlich in der Lage, auch in den „freiwilligen“ Modulen entsprechende Leistungen zu erkennen und einen Datensatz für die Qualitätssicherung zu generieren.

Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr

Bisher ergaben sich immer wieder Differenzen zwischen krankenhausinternen Statistiken und der Vollzähligkeit der Datensätze im Rahmen der externen Qualitätssicherung; vor allem in Leistungsbereichen mit relativ langer Verweildauern. Dies hatte seine Ursache

darin, dass die Leistungsabrechnung auf dem Aufnahmedatum beziehungsweise dem OP-Datum beruht, in der externen Qualitätssicherung aber das Entlassungsdatum über die Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr entscheidet. Die Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr ist nunmehr ab 2004 in allen Modulen (betrifft nicht die Neonatalerhebung!) ausschließlich vom Aufnahmedatum abhängig. Einschlusskriterium für „Überlieger“ ist der 31. Januar, das heißt, Patienten, die im Dezember aufgenommen, aber erst im Februar entlassen werden, sind dann ab 2005 nicht mehr zu dokumentieren.

Finanzierung/Sanktionen

Die Finanzierung der externen Qualitätssicherung erfolgt ab 2004 ähnlich dem bekannten DRG-Systemzuschlag. Mit jeder abgerechneten DRG erhält das Krankenhaus einen Zuschlag auf die Vergütung, unabhängig davon, ob überhaupt eine Dokumentationspflicht besteht. Man nimmt dabei die ungerechte Verteilung zwischen operativen und konservativen Kliniken bewusst in Kauf, um den Verwaltungsaufwand nicht noch mehr in die Höhe zu treiben.

Eine Sanktionierung erfolgt erst, wenn das Krankenhaus weniger als 80 % der dokumentationspflichtigen Fälle erfasst hat; darunter ist dann jedoch für jeden nichtdokumentierten Fall ein Abschlag von 150 EUR fällig, das heißt auch für die 20 % Fälle im eigentlich „sanktionsfreien Korridor“! Die sogenannten „Dokumentationsrate“ eines Krankenhauses (= dokumentierte Datensätze (Ist)/ zu dokumentierende Datensätze (Soll)) wird über alle Module ermittelt.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die „QS-Filter“-Software und die für das Jahr 2004 gültige Erfassungs-Software gemäß BQS-Spezifikation 7.0 noch vor dem Jahreswechsel installiert wird. Vom Bundeskuratorium ist für 2004 keine Karenzphase vorgesehen, das heißt um der Sanktionierung zu entgehen, müssen alle zu dokumentierenden Krankenhaushfälle ab Aufnahmedatum 1. Januar 2004 erfasst werden!

Dr. med. Torsten Schlosser
Leiter der Projektgeschäftsstelle
Qualitätssicherung