

PFLEGE

ZEITSCHRIFT

FACHZEITSCHRIFT FÜR STATIONÄRE UND AMBULANTE PFLEGE



MentorInnen und PraxisanleiterInnen:
Schnittstellen zwischen Theorie und Praxis

Kreatives Pflegemanagement:
Mind Mapping strukturiert Gedanken

Bedeutung des Pflegeberichts:
Fehlbelegung ist mangelnde Dokumentation

Kohlhammer

Bitte beachten Sie
unseren Stellenmarkt

■ Die Bedeutung der Pflegedokumentation:

Fehlbelegung ist mangelnde Dokumentation!

von Thorsten Müller

1986 wurden durch Infratest 85 000 von rund 460 000 Betten als fehlbelegt klassifiziert. Seit Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes am 01.01.1997 ist ein pauschaler Budgetabzug von mindestens einem Prozent festgeschrieben. Es ist nun beabsichtigt, durch den Abbau von Fehlbelegungen 2,7 Milliarden DM einzusparen. Dies soll vor allem über Bettenabbau und Personalreduzierung in den Krankenhäusern realisiert werden.

Die Krankenkassen sagen größtenteils nur noch zeitlich befristete Übernahme von Behandlungskosten bei stationären Aufnahmen zu. Die Befristungsdauer wird von der jeweiligen Diagnose abhängig gemacht. Zu diesem Zweck werden Verweildauerkataloge benutzt, wie zum Beispiel die Bremer Liste. Hierbei wird einer Diagnose, welche mit dem ICD 9 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision) verschlüsselt ist, eine Verweildauer gegenübergestellt, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ermittelt wurde.

Beispielsweise werden bei der ICD 9, 428 (Herzinsuffizienz) von den Krankenkassen Behandlungskosten für eine Dauer von 14 Tagen übernommen. Ist der Patient nun aber 20 Tage in der Klinik, müssen zum Teil sehr frustrane Diskussionen und Schriftwechsel mit den Krankenkassen geführt werden, deren Sachbearbeiter normalerweise nicht über medizinische Kenntnisse verfügen und sich an die vorgegebenen Kataloge „klammern“.

Was ist Fehlbelegung?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) definiert Fehlbelegung folgendermaßen:

Fehlbelegung liegt vor, wenn der Patient zwar pflegebedürftig, aber austherapiert ist und in ambulanten Behandlungsformen medizinisch und pflegerisch sowie



Ist eine allein lebende Patientin austherapiert, aber pflegebedürftig, kann sie nur dann in ambulanten Behandlungsformen pflegerisch und medizinisch versorgt werden, wenn sie von ihrem sozialen Umfeld her ausreichend versorgt ist. Ist dies nicht der Fall, bedarf sie weiter stationärer Betreuung.

(Foto: Brigitte Mischke)

von seinem sozialen Umfeld her ausreichend versorgt ist.

Der MDK versteht unter Fehlbelegung Folgendes:

Unter den Begriff Fehlbelegung fallen Patienten, die in das Krankenhaus aufgenommen werden und dort verbleiben, obwohl sie nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

Nach dem Urteil des 3. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 21.08.96 ist allein der aufnehmende Krankenhausarzt gesetzlich ermächtigt, zu Lasten der Krankenkasse über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbe-

handlung zu bestimmen. Danach ist kein Krankenhaus verpflichtet, sich auf eine zeitliche Befristung der Übernahme der Behandlungskosten einzulassen, wenn absehbar ist, dass nach Befristungsende eine Verlängerung beantragt werden muss. Nur wenn die vom Krankenhaus vorgegebene Dauer der Behandlung überschritten wird, besteht die Verpflichtung, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung abzugeben (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenversicherung entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar, indem der Versicherte die Sachleistung „Krankenhausbehandlung“ in Anspruch

nimmt. Die Kostenübernahmeerklärung dokumentiert die vertraglichen Beziehungen für die Dauer der Anspruchsberichtigung des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse.

Dem gegenüber steht die Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 09.06.98, der die Auffassung vertritt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht durch die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes begründet wird. Die Krankenkasse kann im Einzelfall über die Leistungspflicht im Rahmen einer Kostenverpflichtungserklärung entscheiden.

Eine systematische Befristung bei bestimmten Krankheiten oder Diagnosen ist jedoch rechtlich unzulässig. Wird die Kostenübernahme durch die Krankenkasse befristet, ist dieser konkrete Einzelfall von ihr zu begründen.

Da diese Rechtsauffassung von den Krankenkassen natürlich divergent gesehen wird, kommt es immer wieder zu schriftlichen Auseinandersetzungen. Zur Zeit wird diese Auffassung durch ein Sozialgericht überprüft.

Die Begutachtungspraxis kritisch hinterfragen

Die Krankenkasse hat darüber zu befinden, ob eine Begutachtung „nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist“ (§§ 275 ff. SGB V und § 17 a Absatz 2 KHG). Es wird deutlich gemacht, dass nicht jeder Einzelfall per se zur Nachprüfung gestellt werden kann, sondern ausschließlich der, der nach dem Beurteilungsspielraum der Krankenkasse als Verdacht auslösend anzusehen ist. Eingeschränkt und konkretisiert wird dieser Beurteilungsspielraum durch die Begriffe „Art“, „Schwere“, „Dauer“, „Häufigkeit“ bzw. „Krankheitsverlauf“. Hat die Krankenkasse im konkreten Einzelfall berechtigte Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer einer Krankenhausbehandlung, ist die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Da die §§ 275 ff. SGB V einen Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) rechtfertigen, bedarf es gegenüber dem Krankenhaus einer Darlegung der Verdachtsmomente. „Der von dem



Einem Stationsleitungslehrgang schloss Thorsten Müller die Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin an und arbeitete auf diversen Intensivstationen im In- und Ausland. Er studierte dann Pflegemanagement und ist als Pflege- und Medizincontroller sowie als Lehrbeauftragter bzw. Dozent tätig.

Auskunftsverlangen Betroffene muss anhand der Begründung des Prüfauftrages beurteilen können, ob die von den §§ 275 ff. SGB V vorausgesetzten Tatbestandsmerkmale für den Dateneingriff erfüllt sind. Eine zum Beispiel bloß in einem Formblatt angekreuzte Variante, dass eine Einzelfallüberprüfung gemäß § 275 ff. SGB V vorgenommen werden solle, genügt diesen Anforderungen nicht“ (Meister 1998).

Entsprechendes gilt für Verweise auf Verweildauerstatistiken. Ärzte des MDK haben das Recht, von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 bis 18 Uhr die Klinik aufzusuchen und im Beisein des leitenden Abteilungsarztes die Dokumenta-

tion zu sichten und den Patienten zu untersuchen. Nach Erfahrung des Autors wird diese Möglichkeit durch den MDK – trotz mehrfacher Aufforderung – nicht in Anspruch genommen. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Oft wird die Beendigung des Krankenhausaufenthaltes abgewartet, dann wird der Entlassungsbericht angefordert (der den Aufenthalt verkürzt darstellt und für den Hausarzt bestimmt ist), anschließend begutachtet zum Beispiel ein Chirurg einen internistischen Fall.

www.
pflege-
dokumen-
tation.de

6221

Dieses Vorgehen sollte durch die betroffene Klinik kritisch hinterfragt und gegebenenfalls juristisch überprüft werden.

Nur dokumentierte Leistungen gelten als erbracht

Bei Fehlbelegungsprüfungen wird unter anderem auch die Pflegedokumentation herangezogen. Aus diesem Grund sollte sich die Qualität der Pflegedokumentation ändern, das heißt, sie muss einer Fehlbelegungsprüfung standhalten können. Es geht nicht darum, nun „falsch“ zu dokumentieren, sondern vielmehr darum, die Pflegedokumentation vollständig, präzise und relevant zu führen und die Pflegekräfte dazu zu motivieren (vgl. Ruffing 1999).

Der eigentliche Zweck der Dokumentation ist, die Pflege eines Patienten schriftlich zu fixieren und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu machen.

Im Pflegealltag dient sie allerdings oft nur als Aktivitäten-Liste und Rechtfertigung von bestimmten Maßnahmen. Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass pflegerische und medizinische Leistungen nur als erbracht gelten, wenn sie dokumentiert sind.

Im Folgenden sollen problematische Dokumentationsfehler sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen der Krankenkassen bzw. des MDK exemplarisch dargestellt werden:

- ◆ Eine Dokumentation zeigt Lücken im zeitlichen Ablauf, einzelne Tage fehlen. Dies trifft insbesondere für das Wochenende vor der Entlassung zu, die am Montag stattfand. Nach Meinung der Sachbearbeiter hätte die Entlassung bereits am Freitag stattfinden können, da über das Wochenende keine pflegerischen bzw. ärztlichen Aktivitäten mehr stattgefunden haben.
- ◆ Vermerke wie „Entlassung am ...“, „Verlegung am ...“, „Reha am ...“ sollten im Verlauf der Dokumentation nicht zu lesen sein, es sei denn, die Entlassungsplanung wird detailliert begründet. Sonst könnte der Verdacht entstehen, dass der Patient zu einem früheren Zeitpunkt aus der stationären Krankenhausbehandlung hätte entlassen werden können.
- ◆ Das gilt auch für Vermerke wie „Herr M. geht im Garten spazieren“. (In die gleiche Richtung zielen Vermerke wie: „Zur Visite nicht da“ oder „gut mobilisiert – KG ab“.) Hier liegt offensichtlich kein Grund mehr für eine stationäre Behandlung vor. Für die postoperative Phase würde Folgendes treffender sein: „Herr M. führt Gehtraining im Garten durch“

oder „Testen der körperlichen Belastbarkeit unter Berücksichtigung der ATL“ (vgl. Ruffing 1999). Oder „Herr M. geht mit Perfusion/Infusomat im Garten spazieren“.

Die Aussagen „Pflegefall“, „häusliche Versorgung nicht gewährleistet“ oder „soziale Indikation“ werden ebenfalls oft als Beleg für eine Fehlbelegung angesehen. Nach Erfahrung des Autors können diese Vokabeln bei Telefonaten mit Sachbearbeitern der Krankenkassen schon ausreichen, um eine weitere Kostenübernahme abzulehnen. In diesem Zusammenhang wird darauf hin-

gleicht. Solche Formulare sind kategorisch abzulehnen und statt dessen durch das Formular des Landesvertrages zu ersetzen.

Wichtig ist die Begründung

In der Pflegedokumentation sollte dargestellt werden, bei welchen Tätigkeiten der Patient Hilfe benötigt. Fortschritte wie Rückschritte sollten gewürdigt werden. Insbesondere sollten auch aufwendige Lagerungen (zum Beispiel Lagerung nach Bobath) aufgezeigt werden.



Der Pflegebericht soll für alle Beteiligten nachvollziehbar sein, den Verlauf lückenlos aufzeigen und nicht auf eine Auflistung von Aktivitäten degradiert werden oder Pflegemaßnahmen rechtfertigen.

(Foto: Eva-Christine Hanewinkel)

gewiesen, dass Pflegekräfte wie Ärzte keine telefonischen Auskünfte an Mitarbeiter von Krankenkassen bzw. des MDK geben sollen. Es sollte vielmehr eine zentrale Stelle definiert werden, über die solche Gespräche geführt werden. An meiner Arbeitsstelle ist dafür ausschließlich das Pflege- und Medizincontrolling zuständig.

Den Krankenkassen ist durch die Landesverträge nach § 112 SGB V bekannt, dass sie solche Anfragen schriftlich an das Krankenhaus zu stellen haben. In diesem Fall füllt der Arzt einen Kurzbericht aus, Inhalt und Form sind je nach Bundesland vertraglich definiert. Oft benutzen Krankenkassen eigene Formulare, bei denen schon das Ausfüllen der Erstellung eines Gutachtens

Problematisch kann unter anderem die Zeitspanne zwischen der Anmeldung und der Durchführung von Untersuchungen, Konsilen sowie internen bzw. externen Verlegungen sein, genauso wie die bereits dargestellte Entlassung am Montag bei nicht ausreichend dokumentierten Leistungen am Wochenende. In diesen Zusammenhang müssen auch Wartezeiten auf die Operation, das Betreuungsverfahren oder den Platz im Pflegeheim gestellt werden. Letzteres wird durch die A3/S1 Einstufung erkannt.

Einem Patienten der Pflegestufe A1/S1 kann leicht unterstellt werden, er habe keine Krankenhausbehandlung mehr nötig. In einem solchen Fall ist in der ärztlichen Dokumentation zu begrün-

den, warum der Patient nicht entlassen werden kann. Diese Begründung sollte täglich in der Dokumentation zu lesen sein.

Beurlaubungen sollten begründet werden, da sie auch bei Langzeitpatienten nur aus therapeutischen Gründen bewilligt werden, wenn sie unbedingt notwendig sind oder den Behandlungserfolg fördern. Eine Beurlaubung sollte für höchstens vier fortlaufende Tage (einschließlich Urlaubsantritt und Rückkehr aus dem Urlaub) bewilligt werden (vgl. Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V in Rheinland-Pfalz). Die Begründung ist in der Dokumentation zu hinterlegen.

Weitere Auffälligkeiten, welche nach eigenen Erfahrungen eine Überprüfung durch den MDK indizieren:

- ◆ Patienten bleiben nur bis zu drei Tagen im Krankenhaus. Hier werden potentiell ambulante Patienten vermutet.
- ◆ Zeitintervall bis zum Tag der Operation. Die AOK Hessen will die präoperative Phase zukünftig kritisch hinterfragen und durch die vorstationäre Phase substituieren. Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen will sie diese Phase noch als stationären Aufenthalt anerkennen und vergüten. Dieser Tatbestand wird auch in die Pflegesatzverhandlungen eingebracht und Auswirkungen auf das Budget haben. Hier gilt es besonders gut zu dokumentieren und zu begründen, wenn man keine finanziellen Einbußen verzeichnen möchte. Verzögert sich der Tag der Operation, ist dies zu begründen („OP wurde abgesagt, weil der Saal durch eine Notoperation belegt war“).
- ◆ Es entstehen Wartezeiten auf Untersuchungen oder Befunde.
- ◆ Es dauert einige Zeit, bis der Übergang in die Pflege nach SGB XI erfolgt.
- ◆ Eine Visitedokumentation erfolgt weniger als zweimal pro Tag. (Es sollten auch Gespräche zwischen Pflegepersonal und Patient bzw. Angehörigen in der Pflegedokumentation erwähnt werden.)
- ◆ Der Patient ist jünger als 60 Jahre und es sind weniger als fünf stationäre Tage (inklusive Operation). Diese Operation hätte, nach Meinung der Krankenkasse, auch ambulant durchgeführt werden können. In diesem Fall muss aus der Pflegedokumentation (Pflegeanamnese) ersichtlich sein, dass der Patient pflegerisch nicht optimal und in qualifizierter Weise zu Hause hätte versorgt werden können oder pflegerische Gründe eine ambulante Operation nicht

zulassen (siehe hierzu Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus).

- ◆ Eine Liegezeit von mehr als 18 Tagen indiziert fast immer eine Überprüfung. Hier ist insbesondere darauf hinzuwirken, dass der MDK die Klinik aufsucht und den Patienten vor Ort untersucht.

Kostenübernahme durch Dokumentation

Welchen formalen Anforderungen sollte die Pflegedokumentation im Hinblick auf eine Fehlbelegungsprüfung genügen?

Es müssen eine Orientierung am Pflegeprozess sowie der Bezug auf die Pflegeplanung erkennbar sein. Der Pflegebericht sollte die durchgeführte Pflege bewerten und sowohl positive als auch negative Veränderungen am Patienten beschreiben. Auch die Compliance des Patienten sollte aufgezeigt werden, zum Beispiel „trotz mehrfacher Ermahnungen raucht der Patient immer noch“, „Patient hält sich nicht an die Anordnungen“.

Der Verlauf sollte lückenlos sein, das heißt, der Pflegebericht sollte kontinuierlich fortgeführt werden. Pflegerische und ärztliche Dokumentation dürfen sich nicht widersprechen. Der Pflegebericht soll nicht auf eine Auflistung von Aktivitäten degradiert werden. Auch sollten hier nicht Pflegemaßnahmen gerechtfertigt werden oder der Pflegebericht als ein Träger von Anweisungen von einer Pflegekraft zur nächsten verstanden werden.

Fehleintragungen dürfen nicht mit Tipp-Ex oder durch Überkleben unleserlich gemacht werden. Korrekturen müssen so vorgenommen werden, dass das Original noch leserlich bleibt. Es darf nicht mit Bleistift geschrieben werden, sondern mit dokumentenechter Tinte. Die Pflegedokumentation muss leserlich, verständlich, mit Datumsangabe versehen und von der Pflegekraft unterschrieben sein. Namenskürzel sowie Abkürzungen für Begriffe oder Tätigkeiten sind bei der Pflegedirektion zu hinterlegen. Der Pflegebericht soll wertneutral und übersichtlich sein (nicht „Patient geht es gut“ sondern „Patient äußert, dass es ihm gut geht“). Auch für Pflegediagnosen sollte eine einheitliche Sprache gefunden werden (vgl. Ruffing 1999).



Entstehen Wartezeiten zwischen Aufnahme und diagnostischen Maßnahmen, müssen diese begründet werden, um den Verdacht der Fehlbelegung nicht aufkommen zu lassen.

(Foto: Siemens AG)

prüft werden, ob die Einstellung in der Dokumentation vorgenommen wird. Der MDK benutzt die PPR-Einstufung als Indikator für die Aktivitäten während der Krankenhausbehandlung. Die PPR wird somit entgegen ihrem eigentlichen Zweck der Personalsteuerung zur Ermittlung von Fehlbelegung „missbraucht“. Vielmehr sollte die Einstufung außerhalb der Patientendokumentation geführt und dem MDK nicht zugänglich gemacht werden.

- ◆ Pflegekräfte sollten darauf achten, dass Eingriffe, Diagnostik oder Therapie nicht verschoben werden. Dies kann sonst als Indikator für eine schlechte Organisation gewertet werden.

Um einer negativ verlaufenden Fehlbelegungsprüfung entgegenzutreten, sollten folgende Handlungsstrategien diskutiert werden.

- ◆ Für die einzelnen Krankheitsbilder sollten Pflegestandards erstellt werden, besser noch sogenannte „Critical Pathways“. Sie legen bei einer bestimmten Diagnose oder Behandlung die optimale Vorgehensweise bezüglich der Schlüsselinterventionen für alle beteiligten Disziplinen fest, um die angestrebten Resultate beim Patienten zu erzielen. Es ist ein Plan, der die spezifischen Ereignisse festlegt, die an den einzelnen Tagen des stationären Aufenthalts des Patienten stattfinden sollen (vgl. Müller 1998).
- ◆ Eine Dokumentation der Notwendigkeit der stationären Versorgung sollte täglich vorgenommen werden.
- ◆ Die Pflegekräfte sollten bei A1/S1 und A3/S1 agieren, dann ist auch eine besonders gute ärztliche Dokumentation nötig. Da die Pflegepersonalregelung (PPR) ausgesetzt wurde, sollte über-

- ◆ Wartezeiten auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder einen Pflegeplatz sollten vermieden werden. Der Sozialdienst oder die Brückenpflege sollte frühzeitig eingeschaltet werden.
- ◆ Die Dokumentation im Nachtdienst, an Wochenenden und Feiertagen muss besonders überprüft werden.
- ◆ Die Pflegedokumentation sollte durch Stichproben oder in Verbindung mit

einer Pflegevisite regelmäßig überprüft werden.

Der Inhalt und die Form der Pflegedokumentation wird sich aufgrund der Fehlbelegungsprüfungen verändern müssen. Pflegerische wie ärztliche Dokumentation entscheiden zukünftig, ob die

Verweildauer des Patienten gerechtfertigt war und dadurch die Krankenhauskosten durch die Krankenkasse vollständig übernommen werden.

Wir werden nicht an den Taten, sondern an den Daten gemessen!

Literatur beim Verfasser ◆

www.
visiten-
wagen.de

6222