

Gemeinsame Empfehlungen

zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

und

des AOK-Bundesverbandes

des BKK Bundesverbandes

des IKK-Bundesverbandes

des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen

der Bundesknappschaft

der See-Krankenkasse

des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.

des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.

Präambel

Gemäß § 17c Abs. 1 KHG i.d.F. des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I Nr. 27, S. 1412 ff.) wirkt der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

- (1) keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
- (2) eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
- (3) die Abrechnung der nach § 17b KHG vergüteten Krankenhaufälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Einhaltung dieser Verpflichtungen kann nach Maßgabe der weiteren in § 17c KHG getroffenen Regelungen im Auftrag der Krankenkassen überprüft werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben hiermit gemeinsam gem. § 17c Abs. 4 S. 9 KHG Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Durch Beachtung dieser Empfehlungen soll im Interesse einer gleichen Beurteilung vergleichbarer Sachverhalte eine bundesweite Einheitlichkeit der Prüfverfahren und Positivkriterien zum Ausschluss unstreitiger Fälle erreicht werden.

§ 1

Gegenstand und Anlass der Prüfungen

- (1) Gegenstand dieser Empfehlung sind von den Krankenkassen gemeinsam beauftragte Stichprobenprüfungen nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG zu den in § 17c Abs. 1 Nr. 1 – 3 KHG aufgeführten Prüfgegenständen bei denjenigen Patienten, bei denen die gesetzlichen Krankenversicherungen Kostenträger sind.
- (2) Die Durchführung von verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen nach den §§ 275 ff. SGB V im Auftrag einer einzelnen Krankenkasse bleibt hiervon unberührt.
- (3) Die Durchführung von Prüfungen der nicht einer Vergütung nach § 17b KHG unterliegenden Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin bleibt hiervon ebenfalls unberührt. Unbeschadet der auch in diesen Einrichtungen möglichen Belegungsprüfungen nach § 17c Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHG streben die Partner dieser Empfehlung diesbezüglich die Vereinbarung einer bereichsspezifisch hierauf abgestimmten gesonderten Empfehlung an.

§ 2 Prüfverfahren

- (1) Die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung gem. § 18 Abs. 2 KHG auf Krankenkassenseite leiten durch gemeinsame schriftliche Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) das Prüfverfahren nach § 17c KHG ein. In dem Prüfauftrag sind konkret
- der Prüfadressat (Krankenhaus),
 - die zu überprüfende Verpflichtung (§ 17c Abs. 1 Nr. 1, 2 und/oder 3 KHG) sowie
 - der Prüfgegenstand (Organisationseinheit, Diagnosen, Prozeduren, Entgelte)

auszuweisen. Zuständig für die Prüfung ist der MDK des Bundeslandes, in dem das Krankenhaus gelegen ist. Der Prüfauftrag ist der für dieses Bundesland verantwortlichen MDK-Organisationseinheit zu erteilen.

- (2) Der Zeitablauf des Prüfverfahrens gestaltet sich wie folgt:

1. 6 bis 8 Wochen ab Unterrichtung über den Prüfauftrag für Stichprobenziehung und Aktenbereitstellung, daran anschließend
2. bis zu 8 Wochen Prüfung vor Ort (Prüfungszeitraum), daran anschließend
3. bis zu 8 Wochen zur Erstellung des Prüfberichtes.

- (3) Der mit der Prüfung beauftragte MDK übermittelt dem zu überprüfenden Krankenhaus eine Ablichtung des erhaltenen Prüfauftrages und unterrichtet dieses über den vorgesehenen Beginn des Prüfungszeitraums. Danach erhält der MDK innerhalb von 2 Wochen eine maschinenlesbare Liste mit den Nummern derjenigen Fälle, die den im Prüfgegenstand genannten Kriterien genügen (Grundgesamtheit). Es dürfen in die Stichprobe nur Patientenakten von bereits entlassenen Patienten einbezogen werden, bei denen die Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung (Entlassung) nicht länger als 180 Kalendertage vor der Unterrichtung über den Prüfauftrag nach Abs. 1 erfolgt ist. Aus der Grundgesamtheit wird mit einem nicht manipulierbaren Algorithmus die Stichprobe gezogen. Der Stichprobenumfang beträgt 5-12% der Grundgesamtheit, mindestens jedoch 30 Fälle. Bei Grundgesamtheiten unter 50 Fällen wird eine Vollerhebung durchgeführt. Das Krankenhaus stellt sämtliche Akten der durch die Stichprobe benannten Fälle während des gesamten Prüfungszeitraumes zur Verfügung. Für die zu überprüfenden Fälle sollen vor Beginn des Prüfungszeitraumes dem MDK zur Arbeitsvereinfachung die Daten nach § 301 SGB V in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden. Näheres zur Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V regelt Anlage 1 dieser Empfehlung. Die als Prüfärzte eingesetzten ärztlichen Gutachter des MDK sind dem Krankenhaus vor Beginn des Prüfungszeitraumes namentlich unter Angabe ihrer Facharztbezeichnung zu benennen.

- (4) Ziel des gesamten Prüfverfahrens ist die richtige Bewertung der zu überprüfenden Behandlungsfälle. Grundlage der Begutachtung sind dabei die im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Dokumentationspflichten des Krankenhauses zu erstellende Krankenakte in der jeweils vorliegenden elektronischen oder Papier-

form sowie das nachgehende Gespräch gemäß § 2 Abs. 8 mit dem verantwortlichen Arzt oder dem vom Krankenhaus benannten Vertreter und weitere durch das Krankenhaus beigebrachte Unterlagen und Nachweise. Beweismittel können nur insofern im Prüfverfahren durch den MDK berücksichtigt werden, als sie während der Anwesenheit des MDK im Krankenhaus beigebracht oder in Ausnahmefällen konkret benannt und dem MDK innerhalb einer Woche nachgereicht werden; letzteres gilt nur für neue Beweismittel.

- (5) Die Prüfung erfolgt an Werktagen zwischen 8.00 und 18.00 Uhr in den Räumlichkeiten des Krankenhauses. Die Patientenakten/daten verbleiben hierbei ausschließlich im Krankenhaus. Das Krankenhaus stellt die zur Durchführung der Prüfung benötigten Räumlichkeiten (Prüferraum) zur Verfügung und gewährleistet einen ungehinderten Prüfablauf. Es stellt dem MDK die nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung und erteilt alle für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlichen Auskünfte. Dem Prüfteam der MDK-Ärzte steht auf Anfrage ein Vertreter der geprüften Abteilung zur Verfügung. Die Begutachtung von Krankenhausfällen obliegt allein dem Arzt des MDK, ggf. im Dialog mit dem vom Krankenhaus benannten Krankenhausarzt. Sowohl dem Krankenhaus als auch den auftraggebenden Krankenkassen ist es auf Verlangen zu ermöglichen, externen Sachverständigen (z.B. Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaft bzw. der Landesverbände der Krankenkassen) hinzuzuziehen. Die gesetzlichen Anforderungen an den Schutz personenbezogener Daten sind hierbei zu beachten; insbesondere dürfen externe Beteiligte hierbei keine Kenntnis von patientenbezogenen Daten erhalten.
- (6) Das MDK-Prüfteam stellt fest, ob alle wesentlichen Krankenunterlagen, insbesondere alle diagnostischen Befunde, OP-Berichte, Pflege- und med. Dokumentationen und Konsiliarbefunde, vorhanden sind. Die nicht auffindbaren bzw. nicht auswertbaren Fälle sind gesondert im versicherten- und krankenhausbefunden Prüfbericht auszuweisen.
- (7) Das MDK-Prüfteam wertet die Patientenunterlagen nach Maßgabe der entsprechenden Prüfmaßstäbe mit dem Ziel eines Ausschlusses unstrittiger Fälle aus. Hierbei sind entsprechend der Dokumentationsverpflichtung des Krankenhauses primär die aus der Patientenakte zur Sachverhaltsbeurteilung erforderlichen Aspekte zu berücksichtigen und mit den entsprechenden Prüfmaßstäben abzugleichen (Abs. 4 bleibt unberührt). Die hiernach als unstrittig von der weiteren Prüfung auszuschließenden Fälle sind im Prüfprotokoll festzuhalten. Für Abrechnungsprüfungen nach § 17 c Abs. 1 Nr. 3 KHG sind die ergänzenden Regeln des § 4 Abs. 5 zu beachten.
- (8) Diejenigen Fälle, die nach einer Prüfung gemäß Abs. 7 vom MDK beanstandet werden, sind anschließend im Rahmen einer freien fachlichen Erörterung zwischen MDK-Prüfärzten und Krankenhausärzten zu bewerten, wobei die Regeln zur Sachverhaltsaufklärung gemäß Abs. 4, zum Prüfprotokoll und zur Abrechnungsprüfung zu beachten sind.
- (9) Hiernach verbleibende Fälle, in denen kein fachlicher Konsens zu erzielen ist, werden in ein Protokoll aufgenommen, in welchem beide Seiten ihre abweichenden Auffassungen darlegen und begründen. Soweit der MDK-Prüfarzt die im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung vom behandelnden Krankenhausarzt gemachten ergänzenden Angaben für nicht medizinisch schlüssig erachtet, ist dies ebenfalls im Prüfprotokoll zu vermerken und zu begründen. Nur die als streitig

protokollierten Fälle können zum Gegenstand eines anschließenden Verfahrens im Schlichtungsausschuss gemacht werden.

- (10) Der MDK fertigt auf der Grundlage der in den Absätzen 6-9 genannten Protokolle und Berichte einen abschließenden Prüfbericht und übermittelt diesen mitsamt dem Protokoll nach Abs. 9 innerhalb einer Frist von acht Wochen nach Abschluss der Prüfung den auftraggebenden Krankenkassen und dem Krankenhaus. In dem Bericht ist versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit nach Auffassung des MDK gegen die Verpflichtungen aus § 17c Abs. 1 KHG verstoßen worden ist. Der Prüfbericht ist nach Maßgabe des § 6 auszuwerten. Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG über die Prüfergebnisse nach § 17c Abs. 2 und 3 KHG und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger oder jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Das für eine Verhandlung vor dem Schlichtungsausschuss maßgebliche Verfahren ist in Landesvereinbarungen nach § 17c Abs. 4 KHG geregelt.

§ 3

Fachliche Qualifikation der Prüfer

- (1) Eine richtige Bewertung der zu überprüfenden Behandlungsfälle setzt eine entsprechende fachliche Qualifikation der Prüfer voraus. Hierfür gewährleistet der MDK eine fachliche Qualifikation seiner Prüfteams, die den Anforderungen genügt, welche die Rechtsprechung des BGH an den Facharztstandard in Krankenhäusern stellt. Als Maßstab gilt die (Muster-) Weiterbildungsordnung der BÄK in der jeweils gültigen Fassung. Das Prüfteam hat während der gesamten Prüfdauer Rückgriffsmöglichkeit auf einen zu der geprüften Abteilung passenden Facharzt. Die Erörterung nach § 2 Abs. 8 erfolgt zwingend in Anwesenheit eines der geprüften Abteilung fachgleichen Facharztes (Gebietsbezeichnung) des MDK vor Ort im Krankenhaus. Eine Berufung auf einen Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten kommt nicht in Betracht. Der MDK teilt dem Krankenhaus vor Beginn der Prüfung die fachliche Qualifikation seines Prüfteams schriftlich mit.
- (2) Die Prüfung insgesamt findet unter Leitung eines in der Begutachtung stationärer Fälle erfahrenen und in der Kodierung versierten Arztes des MDK statt.

§ 4

Maßstäbe der Prüfung

- (1) Die Umsetzung des aus § 17c KHG resultierenden Prüfauftrags orientiert sich an den der GKV zugrundeliegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Art und Umfang des Sachleistungsanspruchs eines GKV-Versicherten sind gesetzlich festgeschrieben. Der Grundsatz der ärztlichen Therapiefreiheit und die damit verbundene Letztverantwortung erfordern es, dass der Arzt die Wahl der Therapie grundsätzlich nach seinem ärztlichen Beurteilungsermessen aufgrund einer prospektiv am individuellen differentialdiagnostischen Risikoprofil eines jeden Patienten ausgerichteten Prognose treffen muss, die sich angesichts der dynamischen Krankheitsprozesse nicht allein retrospektiv auf bereits eingetretene und objektivierbare Symptome stützen kann. Hierbei ist er jedoch ausschließlich auf diejenigen Informationen angewiesen, die ihm zum Zeitpunkt seines ärztlichen Handelns

zur Verfügung stehen. Ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme können sich beispielsweise in Situationen ergeben, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann. Eine solche Situation entbindet den Krankenhausarzt nicht von einer Prüfung gemäß § 39 SGB V (Möglichkeiten der teil- bzw. vorstationären sowie ambulanten Behandlung). Die Bewertung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung kann erst nach Prüfung und Erörterung der Umstände des Einzelfalls vorgenommen werden (vgl. § 2 Abs. 8), wobei die von der Rechtsprechung des BSG dem behandelnden Krankenhausarzt eingeräumte Einschätzungsprärogative dergestalt zu berücksichtigen ist, dass sich für ein Negativvotum des MDK-Prüfarztes die Entscheidung des Krankenhausarztes als sozial- bzw. leistungsrechtlich unvertretbar darstellen muss. Nach Maßgabe dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen haben sich die Empfehlungspartner nach Anhörung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Bundesärztekammer (BÄK) auf die Kataloge nach Anlage 2 und Anlage 3 als sogenannte Positivkriterien zum Ausschluss von in der Regel unstrittigen Fällen bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung verständigt. Sie konkretisieren weder den Sachleistungsanspruch des Versicherten noch schränken sie diesen ein.

(2) Fehlbelegung (§ 17c Abs. 1 Nr. 1 KHG)

Für die Prüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme an sich (primäre Fehlbelegung) und der Notwendigkeit eines jeden weiteren Behandlungstages (sekundäre Fehlbelegung) dienen für die Erstbewertung des Behandlungsfalls nach § 2 Abs. 7 die in den Absätzen 2a und 2b genannten Prüfmaßstäbe. Wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte kann aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auch dann gegeben sein, wenn keines der Kriterien des Katalogs nach Anlage 2 bzw. Anlage 3 erfüllt ist. Umgekehrt kann die Notwendigkeit verneint werden, obwohl ein Kriterium erfüllt ist. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidungen als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidungen das ärztliche Ermessen Ausschlag gebend (Override Option). Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren.

1. primäre Fehlbelegung

Die vollstationäre Aufnahme ist notwendig, wenn diese nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V). Dies gilt dann als unstrittig, wenn ein oder mehrere der Kriterien des Katalogs in Anlage 2 die Schwere der Erkrankung und/oder die Intensität der Überwachung oder Behandlung zum Zeitpunkt der Aufnahme belegen; die Anwendung der Override Option bleibt hiervon unberührt. Die Vereinbarungen nach § 115b SGB V sind hinsichtlich der besonderen Begründungspflicht (allgemeine Tatbestände) bei Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, zu beachten. Aufgrund der in diesen Fällen erhöhten Dokumentationspflicht ist das Vorliegen der allgemeinen Tatbestände in der Krankenakte festzuhalten.

2. sekundäre Fehlbelegung

Die vollstationäre Behandlung ist notwendig an jedem Behandlungstag, an dem sich der der Aufnahme zugrundeliegende Krankheitszustand des Patienten nach Prüfung durch das Krankenhaus nicht soweit verbessert hat, dass das Behandlungsziel durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V). Die Bewertung der sekundären Fehlbelegung durch den MDK-Prüfarzt erfolgt anhand medizinischer und sozialmedizinischer Grundlagen. Die Vertragspartner werden in Analogie zu Anlage 2 einen entsprechenden Kriterienkatalog entwickeln. Die Anwendung der Override Option bleibt hiervon unberührt.

(3) Vorzeitige Entlassung oder Verlegung (§ 17 c Abs. 1 Nr. 2 KHG)

Eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen i.S.d. § 17c Abs. 1 Nr. 3 KHG liegt vor, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung beendet wird, obwohl der Patient am Tag der Verlegung oder Entlassung nach Art und Schwere seiner individuellen Erkrankung noch die Mittel einer vollstationären Versorgung im Krankenhaus (§ 107 Abs. 1 SGB V) benötigt und aufgrund der Verlegung oder Entlassung nicht mehr erhält. Die Bewertung durch den MDK-Prüfarzt erfolgt anhand medizinischer und sozialmedizinischer Grundlagen. Bei Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung muss die Rehabilitationsfähigkeit gegeben sein.

(4) Ordnungsgemäße Abrechnung (§ 17 c Abs. 1 Nr. 3 KHG)

Maßstab für Abrechnungsprüfungen gem. § 17c Abs. 1 Nr. 3 KHG sind die gesetzlichen Abrechnungsvorschriften sowie die von den Vertragsparteien des § 17b KHG vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung:

- Die Kodierung der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und der Prozeduren hat nach der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung der Internationalen Klassifikationen der Krankheiten, Operationen und sonstigen Prozeduren unter Anwendung der jeweils geltenden Deutschen Kodierrichtlinien zu erfolgen.
- Die Zuordnung zu den Entgelten hat nach den jeweils gültigen Regelwerken der Vertragsparteien des § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG (z. B. Vereinbarung zu Zu- und Abschlägen, Vereinbarungen zu den Abrechnungsregeln, Regelwerk zur DRG-Zuordnung, DRG-Klassifikation) sowie den gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Vorgaben zu erfolgen.

„Grobe Fahrlässigkeit“ im Sinne des § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG liegt dann vor, wenn die verkehrserforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wird, schon einfachste, ganz einleuchtende Überlegungen nicht angestellt werden und das nicht beachtet wird, was im gegebenen Fall jedem einleuchten musste.

(5) Weicht das Ergebnis der Kodierprüfung des MDK-Prüfarztes von der Kodierung des Krankenhausarztes ab und lässt sich dieser Dissens auch nicht im Rahmen einer anschließenden Erörterung des Sachverhalts ausräumen, kann das Kran-

kenhaus die Hinzuziehung eines zweiten MDK-Prüfarztes verlangen, welcher den Fall erneut anhand der Krankenakten und der weiteren Begutachtungsgrundlagen zu überprüfen hat. Wenn beide MDK-Prüfarzte in Abweichung von der Kodierung durch den Krankenhausarzt zu derselben erlösrelevanten Kodierung des Behandlungsfalls gelangen, kann der Fall vom MDK als fehlkodiert bewertet werden.

§ 5 Prüfberichte

(1) Versichertenbezogener Prüfbericht

Der MDK hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit das Krankenhaus nach Auffassung des MDK gegen seine Rechtspflichten aus § 17c Abs. 1 KHG verstoßen hat. Im versichertenbezogenen Prüfbericht sind auch fehlende Teile der Dokumentation zu vermerken, die Schließung von Dokumentationslücken durch Befragung des Krankenhausarztes und die Nutzung der Override Option zu beschreiben.

(2) Krankenhausbezogener Prüfbericht

Der MDK fasst die Prüfergebnisse in einem einheitlichen deskriptiven Bericht nach Maßgabe des der Stichprobe zugrunde liegenden Prüfgegenstandes zusammen. Dieser krankenhausbegogene Prüfbericht enthält zunächst methodische Hinweise. Diese bestehen aus

- der Wiedergabe des Prüfgegenstandes und des Prüfungszeitraumes,
- Angaben zum Umfang der Grundgesamtheit und zur Stichprobenziehung nach § 2 Abs. 3 dieser Empfehlung
- der Benennung der an der Prüfung beteiligten MDK-Ärzte inklusive der Angaben zur Wahrung des Facharztstandards,
- der Benennung der einbezogenen Krankenhausärzte,
- einer kurzen Beschreibung des Prüfungsverlaufes.

Im Anschluss daran sind Angaben über die Häufigkeit und die Gründe für die Nutzung der Override-Option anzugeben.

Darüber hinaus sind anzugeben:

1. für die primäre Fehlbelegung jeweils Anzahl und Summe der effektiven Relativgewichte
 - der geprüften Fälle,
 - der unstreitigen Fälle (keine primäre Fehlbelegung),
 - der unstreitigen Fälle (primäre Fehlbelegung),
 - der streitigen Fälle,

- sowie für die streitigen Fälle eine kurze systematisierte Aufzählung der im versichertenbezogenen Prüfbericht enthaltenen Begründungen, warum nach Auffassung des MDK eine Aufnahme zur vollstationären Krankenhausbehandlung hätte vermieden werden können.
2. für die sekundäre Fehlbelegung jeweils Anzahl und Summe der effektiven Relativgewichte
- der geprüften Fälle,
 - der Verweildauertage oberhalb der oberen Grenzverweildauer für die geprüften Fälle,
 - der unstreitigen Fälle (keine sekundäre Fehlbelegung, inkl. Anzahl der Verweildauertage für diese Fälle und die Anzahl der Verweildauertage oberhalb der oberen Grenzverweildauer für diese Fälle),
 - der unstreitigen Fälle (sekundäre Fehlbelegung, inkl. Anzahl der Verweildauertage für diese Fälle, Anzahl der Verweildauertage oberhalb der oberen Grenzverweildauer für diese Fälle und Anzahl der Verweildauertage für die eine sekundäre Fehlbelegung unstreitig festgestellt wurde),
 - der streitigen Fälle (inkl. Anzahl der Verweildauertage für die streitigen Fälle, Anzahl der Verweildauertage oberhalb der oberen Grenzverweildauer für diese Fälle und Anzahl der Tage, die durch die Prüfer als sekundär fehlbelegte Tage benannt wurden),
 - sowie für die streitigen Fälle eine kurze systematisierte Aufzählung der im versichertenbezogenen Prüfbericht enthaltenen Begründungen, warum nach Auffassung des MDK eine sekundäre Fehlbelegung vorgelegen habe.

sowie jeweils Anzahl der

- der Verweildauertage insgesamt für die geprüften Fälle,
3. für die vorzeitige Verlegung oder Entlassung
- die Anzahl der geprüften Fälle,
 - die Anzahl der unstreitigen Fälle (keine vorzeitige Verlegung oder Entlassung),
 - die Anzahl der unstreitigen Fälle (vorzeitige Verlegung oder Entlassung),
 - die Anzahl der streitigen Fälle,
 - sowie für die streitigen Fälle eine kurze systematisierte Aufzählung der im versichertenbezogenen Prüfbericht enthaltenen Begründungen, warum nach Auffassung des MDK eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung vorgelegen habe.

4. für die ordnungsgemäße Abrechnung

- die Anzahl der geprüften Abrechnungsfälle,
- die Summe der effektiven Relativgewichte der geprüften Fälle,
- die Anzahl der unstreitigen Fälle (korrekte Abrechnung),
- die Summe der effektiven Relativgewichte der unstreitigen Fälle (korrekte Abrechnung),
- die Anzahl der unstreitigen Fälle (Abrechnung muss zu Gunsten der Krankenkasse korrigiert werden),
- die Summe der effektiven Relativgewichte der unstreitigen Fälle um die die Abrechnungen zu Gunsten der Krankenkassen korrigiert werden müssen,
- die Anzahl der unstreitigen Fälle um die die Abrechnungen zu Gunsten des Krankenhauses korrigiert werden muss,
- die Summe der effektiven Relativgewichte der unstreitigen Fälle um die die Abrechnungen zu Gunsten des Krankenhauses korrigiert werden müssen,
- die Anzahl der streitigen Fälle (einheitliches Votum beider MDK-Prüfer),
- die Summe der effektiven Relativgewichte der streitigen Fälle (einheitliches Votum beider MDK-Prüfer), um welche die Abrechnungen nach Auffassung des MDK korrigiert werden müssen,
- die Anzahl der streitigen Fälle, in denen beide MDK-Prüfer kein einheitliches Votum erzielt haben,
- die Summe der effektiven Relativgewichte der streitigen Fälle (kein einheitliches Votum beider MDK-Prüfer),
- sowie für die streitigen Fälle eine kurze systematisierte Aufzählung der im versichertenbezogenen Prüfbericht enthaltenen Begründungen, warum nach Auffassung des MDK eine unkorrekte Abrechnung vorliegt.

Den krankenhausesbezogenen Prüfbericht erhalten sowohl das Krankenhaus als auch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG auf Krankenkassenseite zur Erörterung der Prüfergebnisse und der sich daraus ergebenden Folgen.

(3) Landesbezogener Prüfbericht

Der MDK stellt die krankenhausesbezogenen Prüfberichte zusammen und aggregiert die krankenhausesbezogenen Daten zu landesweiten Ergebnissen (landesbezogener Prüfbericht). Der landesbezogene Prüfbericht darf weder personenbezogene Daten enthalten, noch eine Identifikation der geprüften Krankenhäuser ermöglichen. Der MDK übermittelt in edv-verarbeitbarer Form bis zum 31. März eines jeden Jahres die jeweiligen landesbezogenen Prüfberichte über die abgeschlossenen Prüfungen des vorangegangenen Kalenderjahres an die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und Landeskrankenhausesgesell-

schaften sowie zum Zweck der Fortentwicklung und Systempflege an die Parteien dieser Vereinbarung.

(4) Bundesbezogener Prüfbericht

Die MDK der Länder übermitteln die Daten nach Absatz 3 zur Erstellung eines Bundesberichtes jährlich bis zum 31. März an den MDS. Der MDS sammelt die übermittelten Daten und stellt die Auswertungen den Parteien dieser Vereinbarung jährlich bis zum 31. Mai in edv-verarbeitbarer Form zur Verfügung.

(5) Dokumentation der Nutzung der Override Option

Im versichertenbezogenen und krankenhausbezogenen Prüfbericht sowie den Gesamtauswertungen auf Landes- oder Bundesebene sind die Häufigkeit und die Gründe für die Nutzung der Override Option anzugeben.

(6) Konkretisierende oder zusätzliche Einzelheiten werden in der Anlage 4 zu dieser Empfehlung geregelt.

§ 6

Auswertung des krankenhausbezogenen Prüfberichts

Auf Basis des vorgelegten krankenhausbezogenen Prüfberichts ist hinsichtlich aller in § 17c Abs. 1 KHG genannter Prüfgegenstände von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG gemeinsam ein Auswertungsprozess durchzuführen, dessen Ergebnisse zu dokumentieren sind. Bei der Auswertung ist zunächst der Umfang des Verstoßes gegen die Verpflichtungen des § 17c Abs. 1-3 KHG festzustellen, anschließend sind dessen Ursachen zu erforschen. Weiterhin ist über die daraus resultierenden Folgen zu beraten. Eine Verkürzung dieses Auswertungsprozesses durch bloße Hochrechnung des Prüfergebnisses auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit ist unzulässig.

§ 7

Wiederholung der Prüfung

(1) Sofern aufgrund einer vorangegangenen Prüfung nach § 17c KHG Konsequenzen in Form eines pauschalierten Ausgleichsverfahrens rechtswirksam erfolgten, soll dem Krankenhaus auf dessen Verlangen die Möglichkeit einer Wiederholungsprüfung innerhalb des darauf folgenden Kalenderjahres gegeben werden. Dies gilt für die Prüfgegenstände gemäß § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung, für die in Folge der vorangegangenen Prüfung eine Veränderung des Fallmengengerüsts, der medizinischen Leistungsstruktur, des Gesamtbetrages oder des Erlösbudgets vorgenommen worden ist, was als Protokollnotiz zur Pflegesatzvereinbarung zu dokumentieren ist. Das Krankenhaus muss eine Beseitigung der beanstandeten Mängel plausibel machen. Das Ergebnis einer Wiederholungsprüfung kann erst für die folgenden Budgetzeiträume wirksam werden.

(2) Im Übrigen soll vor Ablauf eines Zeitraums von drei Jahren ein Krankenhaus nicht hinsichtlich desselben Prüfgegenstandes gemäß § 2 Abs. 1 erneut einer § 17c KHG-Prüfung unterzogen werden. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem die vorangegangene § 17c KHG-Prüfung stattgefunden hat.

§ 17c Abs. 2 Satz 8 KHG bleibt unberührt. Diese Einschränkung des Prüfintervalls gilt ausnahmsweise nicht, wenn das Krankenhaus trotz des im Rahmen der vorangegangenen § 17c KHG-Prüfung festgestellten Fehlverhaltens sein Verhalten hinsichtlich desselben Prüfgegenstandes gemäß § 2 Abs. 1, der dem ursprünglichen Prüfauftrag zugrunde lag, nicht geändert hat. Das Vorliegen derartiger Aufgreifkriterien ist aus den Ergebnissen von Einzelfallprüfungen nach §§ 275 ff. SGB V zu belegen und im erneuten § 17c KHG-Prüfauftrag darzulegen. Es gilt als dargelegt, wenn die Mehrheit der Ergebnisse der von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG in Auftrag gegebenen Einzelfallprüfungen nach §§ 275 ff. SGB V eine Fortdauer des ursprünglich festgestellten Fehlverhaltens aufzeigt.

- (3) Krankenhäuser, die wegen nicht fristgerechter Veröffentlichung des Qualitätsberichts nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V jährlich gem. § 17c KHG geprüft werden, dürfen nicht parallel hierzu in demselben Kalenderjahr einer nochmaligen § 17c KHG-Prüfung unterzogen werden.

§ 8 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Empfehlung tritt am 15.04.2004 in Kraft. Prüfungen nach dieser Vereinbarung dürfen alle Behandlungsfälle mit Aufnahme ab dem 15.04.2004 umfassen. Sie kann von den Empfehlungspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung erklären die Empfehlungspartner ihre Bereitschaft, an einer Anschlussvereinbarung mitzuwirken.
- (2) Sollten Teile dieser Empfehlung nichtig sein oder für unwirksam erklärt werden, soll davon die Gültigkeit dieser Empfehlung im Übrigen nicht berührt werden.

Anlagen

- Anlage 1: Einzelheiten zur Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V gemäß § 2 Abs. 3 – folgt -
- Anlage 2: G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme (primäre Fehlbelegung)
- Anlage 3: G-AEP-Kriterien für die Angemessenheit stationärer Behandlung (sekundäre Fehlbelegung) – folgt –
- Anlage 4: Einzelheiten zum Prüfbericht – folgt –

Protokollnotiz:

Die Partner dieser Empfehlung streben an,

- die Anlage 1 zum 31.05.2004 (Die Anwendbarkeit des Prüfverfahrens bleibt im übrigen von der Fertigstellung eines Datenträgeraustausches zu diesem Zweck unberührt.)
- die Anlage 3 zum 30.09.2004 sowie
- die Anlage 4 zum 30.08.2004 fertigzustellen.

Das Inkrafttreten der Anlage 2 bleibt von der Erstellung noch ausstehender Ergänzungen für pädiatrische Fälle unberührt. Bis zur abschließenden Konsentierung pädiatrischer Kriterien zu den G-AEP sind die betreffenden Fälle ggf. anhand medizinischer und sozialmedizinischer Grundlagen zu bewerten.

Anlage 2 – G-AEP-Kriterien

Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren gem. § 17 c Abs. 4 Satz 9 KHG verständigt. Die Kriterien sollen Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist. D.h. es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstreitiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu Grunde zu legen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme oder eines Behandlungstages auch dann gegeben sein kann, wenn keines der Kriterien des Kataloges nach Anlage 1 erfüllt ist. Umgekehrt kann die Notwendigkeit verneint werden, obwohl ein Kriterium erfüllt ist. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidung als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidung das ärztliche Ermessen ausschlaggebend (override option). Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren.

Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden (z.B. subakute Zustände, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen). Das kann auch auf Fälle zutreffen, in denen sich durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt und dies nachvollziehbar dokumentiert wird. Darüber hinaus sind die Kriterien für nachfolgend genannte Fachbereiche nicht geeignet: Psychiatrie, Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin, Pädiatrie. Sollte sich aus der Anwendung der Override Option ergeben, dass weitere Bereiche nicht nur in Einzelfällen nicht angemessen abgebildet werden können, werden die Vertragspartner eine entsprechende Weiterentwicklung vornehmen.

Die festgelegten Kriterien dienen ausschließlich der Überprüfung der primären und nicht der sekundären Fehlbelegung bei akuten Erkrankungen. Sie bilden die Grundlage für die bundesweite Einheitlichkeit des Prüfverfahrens gem. § 17 c KHG.

Ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme können sich beispielsweise in Situationen ergeben, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann. Eine solche Situation entbindet den Krankenhausarzt nicht von einer Prüfung gemäß § 39 SGB V (Möglichkeiten der teil-, vorstationären sowie ambulanten Behandlung).

G-AEP-Kriterien

A SCHWERE DER ERKRANKUNG

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium + B (Intensität der Behandlung)
A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand	Nein
A2	Pulsfrequenz: < 50/min oder > 140/min.	Ja
A3	Blutdruck: Systolisch < 90 oder > 200 mmHg Diastolisch <60 oder >120 mmHg	Ja
A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtsinnes	Nein
A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	Ja
A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	Ja
A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur)	Ja
A8	Akute/ Subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	Ja
A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	Ja
A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	Ja
A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen I-schämie	Nein

A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	Ja
-----	--	----

B INTENSITÄT DER BEHANDLUNG

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium + A (Schwere der Erkrankung)
B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und / oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	Ja
B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	Nein
B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Ja
B4	Behandlung auf einer Intensivstation	Nein
B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	Nein

C OPERATION / INVASIVE MAßNAHME (AUßER NOTFALLMAßNAHMEN)

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium A, D,E oder F
C1	Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	Nein
C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit [*] Sternchen gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfüllen	Nein

D KOMORBIDITÄTEN IN VERBINDUNG MIT OPERATIONEN ODER KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN MAßNAHMEN

Nr.	Kriterium
D1	Signifikant pathologische Lungenparameter
D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z.B.: - endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes) - Obstruktive Lungenerkrankungen - Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt - Behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung - schwere Immundefekte - Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

E NOTWENDIGKEIT INTENSIVER BETREUUNG IN VERBINDUNG MIT OPERATIONEN ODER ANDEREN KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN MAßNAHMEN

Nr.	Kriterium
E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende
E2	Amputationen und Replantationen
E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen
E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
E 6	Kathetergestützte Schmerztherapie

F SOZIALE FAKTOREN, AUFGRUND DERER EINE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DES PATIENTEN NICHT MÖGLICH WÄRE, IN VERBINDUNG MIT OPERATIONEN ODER ANDEREN KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN MAßNAHMEN , -¹

Nr.	Kriterium
F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z.B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann
F2	Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten

¹ Hinweis: auch die Erfüllung dieser Kriterien muss dokumentiert sein