

Andreas Wagener/Thorsten Ganse

Stichprobenprüfungen im Krankenhaus

Bundesrahmenempfehlung gemäß § 17 c KHG verabschiedet

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG haben gemäß § 17 c Absatz 4 KHG eine gemeinsame Empfehlung zur künftigen Belegungs- und Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich abgeschlossen. Dieser auf Bundesebene gefundene Kompromiss gilt bis zum In-Kraft-Treten einer Vereinbarung durch den auf Landesebene zu bildenden Schlichtungsausschuss. Die Krankenkassen können ab dem 15. April 2004 in einem formell streng regelten Verfahren die Belegung und Abrechnung von Krankenhausfällen im Rahmen einer umfassenden Zufallsprüfung anhand von Stichproben untersuchen.

Mit dem zum 1. Januar 2003 neu in Kraft getretenen § 17 c KHG hat der Gesetzgeber eine gänzlich neue Rechtsgrundlage für künftige Belegungs- und Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich geschaffen. Neu ist insbesondere die Kompetenz, die Rechtmäßigkeit von Belegungen, Entlassungen und der ordnungsgemäßen Abrechnung durch verdachtsunabhängige Stichproben zu prüfen. Gemäß § 17 c Absatz 4 KHG geben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG gemeinsam Empfehlungen zu näheren Einzelheiten des Prüfverfahrens ab. Diese gelten bis zum In-Kraft-Treten einer Vereinbarung durch den auf Landesebene zu bildenden Schlichtungsausschuss verbindlich für alle Prüfungen gemäß § 17 c KHG. Lediglich in Baden-Württemberg ist Ende 2003 eine Festlegung durch den Schlichtungsausschuss erfolgt, die aber in weiten Teilen mit dem nunmehr auf Bundesebene gefundenen Kompromiss identisch ist.

Die Rahmenempfehlung auf Bundesebene konnte nach einhalbjährigen äußerst zähen und kontroversen Verhandlungen nunmehr konsentiert werden. Sie ist zum 15. April 2004 in Kraft getreten.

Mit den unter dem Titel „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen“ ins KHG aufgenommenen Normen des § 17 c

KHG hatte der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser¹⁾ auf die bisherige Rechtsprechung reagiert, die den Krankenkassen bisher jegliche verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung auf der Basis des bis dato geltenden § 17 a KHG – Abbau von Fehlbelegungen – verweigert hatte.²⁾ Zudem hielt es der Gesetzgeber für angezeigt, aufgrund des neuen Vergütungssystems für die Krankenhausleistungen (DRGs) die Zuordnung der Patienten zu den DRG-Fallgruppen prüfen zu lassen. Zur Rechtfertigung führte er in der Begründung aus: „Schon leichte Fehler oder Veränderungen bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren können zu höheren Abrechnungsbeiträgen führen. Auch in den USA werden deshalb ständig Stichproben von Krankenhausfällen überprüft. Nummer 3 schafft die Rechtsgrundlage für diese Prüfungen.“

Ausgangsnorm § 17 c KHG

Der Gesetzgeber hat in § 17 c KHG bereits inhaltlich weitgehende Vorgaben gemacht, so dass der Spielraum, der den Vertragspartnern auf Bundesebene bzw. den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene zur Verfahrensgestaltung zur Verfügung stand, eingeschränkt war. Neben § 17 c KHG, der verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen ermöglicht, bleiben weiterhin die Prüfmechanismen gemäß §§ 275 ff. SGB V bestehen, die es den Krankenkassen ermöglichen, verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen wie in der Vergangenheit durchzuführen. Auch der Tatbestand des § 275 SGB V ist im Rahmen des Fallpauschalenänderungsgesetzes erweitert worden und erlaubt nunmehr explizit die Prüfung einer ordnungsgemäßen Abrechnung.

● Geltungsbereich

Aufgrund seiner Stellung statuiert § 17 c KHG eine Verpflichtung, die alle Krankenhäuser betrifft, die in den Geltungsbereich des KHG gehören. Gemäß § 3 KHG findet



Ich brauche eine OP-Management-Software, bei der ich sofort sehe, wie die aktuelle Auslastung ist.

Dr. Martin Prüßmann,
Oberarzt der Anästhesiologie im UK S-H
Campus Lübeck (OP-Koordinator)



Die Kunden-Versteher.

 c.a.r.u.s. HMS GmbH | fon +49. (0)40. 514 35-0
contact.health@carus-it.com | www.carus-it.com/health/

das Gesetz lediglich auf Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser sowie Krankenhäuser, deren Träger die gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung ist, keine Anwendung. Diese gänzliche Herausnahme aus dem KHG bedeutet, dass auch die Verpflichtungen in § 17 c KHG und die Prüfmechanismen dort keine Anwendung finden. Insbesondere für den Bereich der Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung (BG-Kliniken) verwundert dies, hat der Gesetzgeber doch mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz gerade diese Kliniken für die Behandlung von Fällen, bei denen sie selbst nicht Kostenträger sind, in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes einbezogen und so veranlasst, ihre Leistungen über DRGs abzurechnen. Es ist möglich, dass hier eine Folgeänderung im KHG unterblieben ist.³⁾

Vom Grundsatz her sind daher fast alle Krankenhäuser in die Verpflichtung einbezogen, nicht nur solche, die auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nach DRGs abrechnen. Hierzu gehören daher auch insbesondere psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen, Einrichtungen der Psychosomatik und der psychotherapeutischen Medizin. Weitere Einschränkungen bezüglich dieser Einrichtungen bzw. der zu überprüfenden Patientenklientel können sich jedoch aus anderen Gründen ergeben.

● **Tatbestände des § 17 c KHG**

§ 17 c Absatz 1 KHG beinhaltet 3 konkrete Verpflichtungen.

Zunächst dürfen gemäß § 17 c Absatz 1 Ziffer 1 KHG keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Dies ist der klassische Fehlbelegungs begriff – hier in Form des so genannten primären Fehlbelegungsvorwurfs. Er wiederholt eine Verpflichtung aus dem SGB V, die bereits in § 39 die Krankenhäuser verpflichtet, nach Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung, die vorrangig ist, erreicht werden kann. Weiterhin ist bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen darauf hinzuwirken, dass keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, so genannter sekundärer Fehlbelegungsvorwurf. Die sekundäre Fehlbelegung spielt maßgeblich im Bereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) eine Rolle, dort wo noch tagesbezogene Pflegesätze abgerechnet werden. Im Bereich der Abrechnung mit DRGs sind tagesbezogene Entgelte nur dort abzurechnen, wo die obere Grenzverweildauer überschritten wird. Daher kann sich das Prüfungsrecht nach § 17 c KHG bezüglich der sekundären Fehlbelegung nur hierauf beziehen. Es besteht nach dieser Norm kein Prüfungsrecht innerhalb der Grenzverweildauer. Diese Auslegung wird durch die Gesetzesbegründung unterstützt, die dort formuliert:

„Die bisherige Prüfung der Verweildauer hat mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems grundsätzlich keine sachliche Bedeutung mehr. Lediglich bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen muss weiterhin die Verweildauer geprüft werden. Dies ist der Fall bei den Entgelten, die nach Überschreitung der Grenzverweildau-

er zusätzlich zu einer Fallpauschale gezahlt werden, sowie in der Psychiatrie.“

§ 17 c Absatz 1 Ziffer 2 KHG verlangt von Krankenhäusern, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt. Die Frage ist, was eine vorzeitige Verlegung aus „wirtschaftlichen“ Gründen ist. Richtigerweise müsste man formulieren, dass trotz andauernder Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eine Entlassung erfolgt ist. Nach der Begründung gehören zu Verlegungen auch solche in die Anschlussrehabilitation, sofern nicht die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist. Das Paradoxe liegt darin, dass man sich in der Vergangenheit als Krankenhaus oftmals dem Vorwurf ausgesetzt sah, eine zu lange Verweildauer zu haben. Künftig spielt dies im DRG-Bereich – sofern nicht die obere Grenzverweildauer überschritten wird – keine Rolle mehr. Vielmehr werden die Krankenkassen vermuten, dass zu kurze Verweildauern gegebenenfalls ein auslösendes Indiz für eine Prüfung nach diesem Tatbestand sind. Unterstützt werden die Krankenkassen dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die argwöhnisch das Entlassungsverhalten der Krankenhäuser beobachten. Hier will man die Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich erfassen, um sich zu rüsten, in einer späteren politischen Diskussion Anteile aus dem stationären „Kuchen“ zu fordern.

Letztlich verpflichtet § 17 c Absatz 1 Ziffer 3 KHG die Krankenhausträger sicherzustellen, dass die Abrechnung der nach § 17 b KHG vergüteten Krankenhaufälle ordnungsgemäß erfolgt. Wie bereits ausgeführt, ist der Gesetzgeber der Ansicht, dass die Einführung des DRG-Systems einen engmaschigen Kontrollmechanismus mit sich bringt. Schon jetzt zeigt sich, dass die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen einer der Schwerpunkte der Stichprobenprüfverfahren nach § 17 c KHG werden. Die inhaltliche Prüfung selbst erfolgt auf der Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien, die von den Selbstverwaltungsparteien des § 17 b KHG festgelegt worden sind.

● **Auftraggeber**

Auftraggeber einer Stichprobenprüfung gemäß § 17 c KHG sind die „Krankenkassen gemeinsam“. Diese können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen lassen. Das Gesetz selbst legt nicht fest, welche Krankenkassen gemeinsam handeln müssen (Ortsebene, Landesebene, Bundesebene). Aufgrund der Regelungen, die in den weiteren Absätzen stehen, zeigt sich jedoch, dass der Gesetzgeber das Prüfgeschäft auf die örtliche Ebene der Vertragsparteien verlagern wollte. Insofern sind die örtlichen Pflegesatzparteien auf Seiten der Krankenkassen zum Handeln aufgefordert (vergleiche hierzu auch die Ausführungen zur Rahmenempfehlung).

● **Prüfgegenstände**

Durch ihren Prüfauftrag haben es die Krankenkassen letztlich in der Hand, welchen der Tatbestände und in welcher Intensität die Verpflichtungen des Krankenhauses überprüft werden sollen. § 17 c Absatz 2 KHG weist ausdrücklich darauf hin, dass sich die Stichproben auf bestimmte

Organisationseinheiten, bestimmte Diagnosen, Prozeduren oder Entgelte beziehen können. Die Krankenkassen können also bestimmen, welche Abteilung des Krankenhauses untersucht wird oder ob sich die Untersuchung auf die ordnungsgemäße Abrechnung eines gewissen Entgelts bezieht oder ob lediglich gewisse Diagnosen, bei denen eine verstärkte Fehlbelegung vermutet wird, einer näheren Überprüfung zugeführt werden sollen.

Etwas kurios mutet die im letzten Satz des Absatzes 2 von § 17 c KHG aufgeführte Sanktion an, dass Krankenhäuser, die ihren Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V nicht fristgerecht veröffentlicht haben, jährlich zu prüfen sind. Die Verpflichtung zur Abgabe eines Qualitätsberichts steht in keinerlei Zusammenhang mit der Fehlbelegungsthematik; insofern verwundert es schon, dass der Gesetzgeber hier die Stichprobenprüfung als Sanktionsmechanismus missbraucht und somit auch den Prüfungen des MDK einen gewissen „bitteren Beigeschmack“ gibt.

● Prüfungsfolgen

Wie mit den Ergebnissen der Prüfung umzugehen ist und welche Folgen und Konsequenzen hieraus gezogen werden, regelt § 17 c Absatz 3 KHG nur ansatzweise. Danach sollen die Krankenkassen – wenn sie festgestellt haben, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden – Ursachen und Umfang der Fehlbelegung feststellen. Für das Jahr 2003 und 2004 soll darüber hinaus sogar geprüft werden, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Anscheinend sieht der Gesetzgeber den Lerneffekt bei der Abrechnung in beide Richtungen, das heißt sofern das Krankenhaus aufgrund von schlechter Kodierung eine zu niedrige Rechnung geschrieben hat, kann die Prüfung zu dem Ergebnis führen, dass noch Restbeträge von der Krankenkasse zu zahlen sind. Inwiefern dieser Tatbestand in der Realität mit Leben erfüllt wird, mag hier ausdrücklich offen bleiben. Klar ist, dass der § 17 c KHG keinen Mechanismus vorgibt oder beschreibt, nach dem die Prüfergebnisse aus der Stichprobe auf eine Grundgesamtheit „hochzurechnen“ sind. Ganz im Gegenteil sind die Vertragsparteien auf örtlicher Ebene aufgefordert, für die Jahre 2003 und 2004 ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren zu vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden. Demzufolge ist in der Rahmenempfehlung auch ausdrücklich fest-

gehalten, dass eine Verkürzung des Auswertungsprozesses auf örtlicher Ebene durch schlichtes Hochrechnen unzulässig ist.

● Grob fahrlässige Falschabrechnung

Dass die Kodierung – auch wenn sie auf der Grundlage der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt – erhebliche Ermessensspielräume offen hält, hat auch der Gesetzgeber erkannt. Um die Nutzung der Ermessensspielräume in engen Grenzen zu halten, hat er in § 17 c Absatz 3 KHG angeordnet, eine grob fahrlässige Falschabrechnung führt dazu, dass nicht nur der Differenzbetrag zum „richtigen“ Entgelt sondern zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe vom Krankenhaus zurückzuzahlen ist. Wohlgedenkt: Es geht hier nicht um Betrug! Dieser ist strafrechtlich ausreichend geschützt. Es geht scheinbar darum, die Krankenhäuser anzuhalten, bei der Kodierung und bei der Abrechnung möglichst zurückhaltend vorzugehen. Wegen der Begriffsdefinition haben sich die Partner der Rahmenempfehlung verständigt (vergleiche den Abschnitt „Die Abrechnungsprüfung“).

● Verfahrensspielregeln

Als Regulativ hat der Gesetzgeber den Absatz 4 in § 17 c KHG vorgesehen. Soweit sich die Vertragsparteien auf örtlicher Ebene nicht über die Prüfergebnisse oder die sich daraus ergebenden Folgen einigen können, kann jeder Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss, der auf Landesebene zu bilden ist, anrufen. Nach dem bewährten Muster der Schiedsstellen gemäß § 18 a KHG hat der Gesetzgeber hier Schlichtungsausschüsse geschaffen, die letztlich – wie im Pflegegesetzgeschäft – eine Konfliktlösung herbeiführen können. Schlichtungssprüche müssen – um Geltung zu erlangen – von beiden Parteien angenommen werden.

Der MDK ist insofern nicht die letzte Instanz, sondern kann durch ein neutrales partnerschaftlich besetztes Gremium kontrolliert werden. Wie bereits erwähnt, ist der Schlichtungsausschuss auch primär dazu aufgerufen, neutrale Spielregeln für die Prüfung zu statuieren. Im Einzelnen soll er Näheres zum Prüfverfahren, insbesondere zur fachlichen Qualifikation der Prüfer, zur Größe der Stichprobe, zu den Möglichkeiten einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und zur Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor der Weiterleitung

Die Spezialisten für Orientierung



Fax **040 - 521 00 675**



**Wir sind Ihre Berater
im Krankenhaus für**

- Qualitätsmanagement
- Sterilgutversorgung
- Outsourcing
- Hygiene/Arbeitssicherheit

Jetzt abfordern!
Ihr kostenloses Info-
Paket liegt für Sie bereit.

anerkannte Fort- und
Weiterbildungstätte der
DGSV
Deutsche Gesellschaft für
Sterilgutversorgung e.V.

Vollmitglied der
EFQM

OPAL Service GmbH • 22840 Norderstedt
Fon 040 - 52 10 06 70 • www.opal-gmbh.com • info@opal-gmbh.com

OPAL
Optimized Potentials

an die Krankenkassen, festlegen. Insofern kann der MDK auch hier keine einseitige Vorgabe machen, sondern muss sich an die zuvor auf partnerschaftlicher Ebene festgesetzten Spielregeln halten.

Zur Vereinheitlichung dieser Vorgaben sollen die GKV-Spitzenverbände und die DKG eine gemeinsame Empfehlung zum Prüfverfahren abgeben. Dieser Aufgabenstellung sind die Parteien mit der Vorlage der nunmehr in Kraft getretenen Rahmenempfehlung nachgekommen.

Rahmenempfehlung

Die Rahmenempfehlung besteht aus dem Vereinbarungstext sowie 4 Anlagen. Der Vereinbarungstext enthält die grundlegenden formellen Verfahrensregelungen. Die 4 Anlagen der Empfehlung enthalten:

- Einzelheiten zur Datenübermittlung gemäß § 2 Absatz 3⁴⁾ (Anlage 1),
- die G-AEP-Kriterien zur primären Fehlbelegung (Anlage 2),
- die G-AEP-Kriterien zur sekundären Fehlbelegung (Anlage 3),
- Einzelheiten zum Prüfbericht (Anlage 4).

Diese Anlagen konkretisieren einzelne Verfahrensgänge bzw. füllen die formellen Vorgaben aus. Die Anlagen 1, 3 und 4 der Empfehlung sind noch nicht vereinbart, sollen aber nach Maßgabe der Protokollnotiz in den dort genannten Zeiträumen von den Vereinbarungsparteien erarbeitet werden.

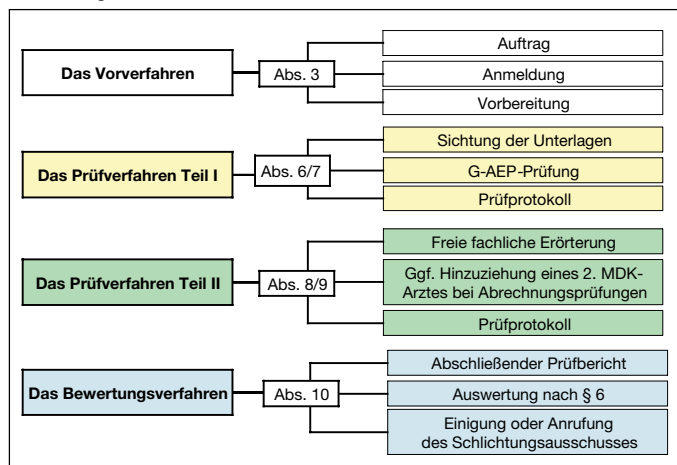
Bis zur Vereinbarung der Anlage 3 findet im Rahmen dieser Empfehlung die „Fehlbelegungsprüfung“ auf der Basis der G-AEP-Kriterien nur im Bereich der primären Fehlbelegung statt. Die Prüfung der sekundären Fehlbelegung ist unter Berücksichtigung der entsprechenden medizinischen und sozialmedizinischen Grundlagen – jedoch nicht auf der Basis der G-AEP-Kriterien – möglich.

• Das Stichprobenverfahren

Die Vertragsparteien haben mit dieser Empfehlung ein offenes und transparentes Verfahren geregelt. Bereits vor Beginn der Prüfung werden dem Krankenhaus die wesentlichen Informationen (Prüfgegenstand, Prüfzeitraum, Namen der prüfenden Ärzte etc.) zur Verfügung gestellt. Der MDK erhält ebenfalls vor Prüfbeginn alle notwendigen Informationen (Liste der ausgewählten Fälle aufgrund der Stichprobenziehung und die diesbezüglichen § 301er Daten). Die Prüfung ist zwischen 8.00 und 18.00 Uhr in den Räumen des Krankenhauses durchzuführen. Darüber hinaus wird explizit klargestellt, dass keine Krankenakten das Krankenhaus verlassen sollen. Die Prüfung erfolgt bei jedem Prüfschritt unter enger Abstimmung bzw. Einbeziehung des Krankenhauses/der Krankenhausärzte.

Sowohl das Krankenhaus als auch die auftraggebenden Krankenkassen können nach § 2 Absatz 5 externen Sachverständigen (zum Beispiel Vertreter der Landeskrankengesellschaft bzw. der Landesverbände der Krankenkassen) hinzuziehen. Hierbei sind jedoch die gesetzlichen Anforderungen an den Schutz personenbezogener Daten zu beachten.

Abbildung 1: Das Prüfverfahren nach § 2



• Anwendungsbereich

Diese Bundesempfehlung nach § 17 c KHG beschränkt sich auf die somatische Krankenhausbehandlung. Einrichtungen für Psychosomatik, für psychotherapeutische Medizin sowie für Psychiatrie bleiben zunächst ausgenommen. Hier wird eine gesonderte Empfehlung angestrebt (§ 1 Absatz 3).

Die Prüfung der sekundären Fehlbelegung – mit oder ohne G-AEP-Kriterien (Anlage 3) – ist keinesfalls vor Erreichen der oberen Grenzverweildauer möglich.

Gemäß § 1 Absatz 2 sind weder das Verfahren noch die Inhalte (insbesondere der Prüfmaßstab nach G-AEP-Kriterien) bei der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung nach §§ 275 ff SGB V anwendbar. In diesem Bereich gelten weiterhin ausschließlich die entsprechenden Landesverträge und die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG).

• Das Verfahren im Überblick

Grundsätze und Ablauf des Prüfverfahrens sind in § 2 detailliert geregelt. Es handelt sich um ein abgeschichtetes Verfahren (Abbildung 1).

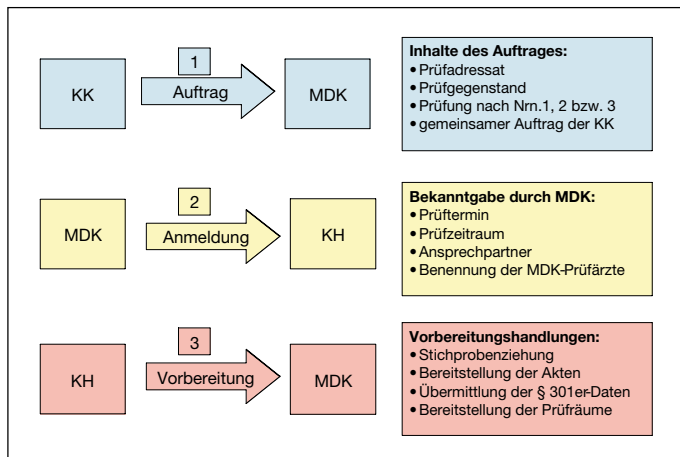
Das Verfahren wird im Bereich der materiellen Prüfung in 2 Prüfphasen unterteilt. Im ersten Teil des Prüfverfahrens werden die Fälle anhand der G-AEP-Kriterien bewertet. Diese dienen als Positivkriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 1 der Erstbewertung des Behandlungsfalls und führen bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nur zum Ausschluss von in der Regel unstrittigen Fällen.

Im zweiten Teil der Prüfung werden dann nur noch die streitigen Fälle, die nach Ansicht des MDK nicht die G-AEP-Kriterien erfüllen, im gemeinsamen Fachgespräch zwischen dem Krankenhausarzt und dem MDK-Arzt erörtert. Soweit diese zu keiner einheitlichen Bewertung kommen, gilt der Fall weiterhin als dissent und müsste ggf. durch den Schlichtungsausschuss bzw. durch die Gerichte abschließend bewertet werden.

• Gang des Verfahrens

Das Prüfverfahren wird in § 2 der Empfehlung abschließend festgelegt. Im Vorverfahren werden nach Beauftragung des

Abbildung 2: Das Vorverfahren



MDK durch die Krankenkassen die notwendigen Informationen zwischen Krankenhaus und MDK ausgetauscht (Abbildung 2). Zunächst wird dem zu überprüfenden Krankenhaus durch den MDK eine Ablichtung des erhaltenen Prüfauftrags übermittelt und der Prüfzeitraum mitgeteilt.

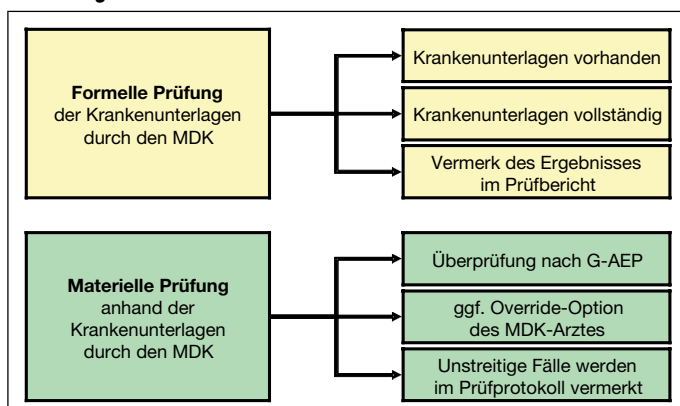
In § 2 Absatz 3 der Empfehlung wird nun die Stichprobenziehung festgelegt. Innerhalb von 2 Wochen muss das zu überprüfende Krankenhaus dem MDK eine maschinenlesbare Liste mit Nummern derjenigen Fälle übermitteln, die den im Prüfgegenstand (Teil des Auftrags) genannten Kriterien genügen (= so genannte Grundgesamtheit).

In die Stichprobe dürfen 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 entsprechenden Prüfauftrag erfolgt ist.

Aus der Grundgesamtheit wird dann mit einem nicht manipulierbaren Algorithmus die Stichprobe gezogen. Mit diesem Verfahren soll sichergestellt werden, dass weder der MDK noch das Krankenhaus die Ziehung der Stichprobe beeinflussen kann. Der Stichprobenumfang beträgt 5 bis 12 Prozent der Grundgesamtheit, mindestens jedoch 30 Fälle. Bei Grundgesamtheiten unter 50 Fällen wird eine Vollerhebung durchgeführt.

Das Krankenhaus muss dem MDK sämtliche Akten der durch die Stichprobe benannten Fälle während des gesamten Prüfungszeitraums zur Verfügung stellen. Für die zu

Abbildung 3: Das Prüfverfahren Teil I



überprüfenden Fälle sollen vor Beginn des Prüfungszeitraums 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 wird die noch zu vereinbarenden Anlage 1 dieser Empfehlung regeln. Bis zum Abschluss dieser Vereinbarung können die Parteien vor Ort (Krankenhaus und MDK) die Art der Übermittlung gemeinsam festlegen.

• **Prüfverfahren Teil I**

Nach dem Vorverfahren folgt der erste Teil des eigentlichen Prüfverfahrens. Zunächst prüft der MDK die Vollständigkeit der Krankenunterlagen (formelle Prüfung), die nach der Stichprobenziehung vom Krankenhaus zur Prüfung vorzulegen sind, und vermerkt das Ergebnis im Prüfbericht. Im Weiteren überprüft der MDK nun die Krankenakten der Stichprobe nach Maßgabe der entsprechenden Anlagen 2 bzw. 3, das heißt gemäß den G-AEP-Kriterien (materielle Prüfung). Der MDK kann im Rahmen dieser Prüfung unter Zugrundelegung der G-AEP-Kriterien zu dem Ergebnis kommen, dass

- die G-AEP-Kriterien nicht erfüllt sind und daher die weitere Prüfung des Falles notwendig ist,
- die G-AEP-Kriterien zwar erfüllt sind, der MDK-Arzt im begründeten Einzelfall trotzdem zu einer Fehlbelegung neigt, deshalb von seiner Override Option Gebrauch macht und daher die weitere Prüfung des Falles notwendig ist oder

Fertigbäder für Modernisierung und Neubau



Ob Modernisierung oder Neubau, Pflegeinstitution oder Hotel – DEBA Fertigbäder sind die kostengünstige Alternative zur konventionellen Bauweise. Basierend auf einem einzigartigen Produktkonzept werden unsere Bäder ganz nach Kundenwunsch industriell vorgefertigt und vollständig ausgestattet. „Just in time“ geliefert und zur sofortigen Benutzung angeschlossen. Eben alles aus einer Hand.

BALBER MARKETING | BILDSTOCK



Gardelegener Str. 18 | 29410 Salzwedel
 Ruf: 0 39 01-83 13-0 | Fax: 0 39 01-83 13-70
 info@deba.de | www.deba.de

- die G-AEP-Kriterien für den Fall erfüllt sind und dieser Fall damit abgeschlossen ist.

Unter dem Begriff „Override Option“ versteht die Empfehlung eine Ermessensausübung des MDK-Arztes oder des Krankenhausarztes, dahingehend sich über das Vorliegen oder Nichtvorliegen der G-AEP-Kriterien hinwegzusetzen und so zu einem von der schematischen Beurteilung abweichenden Ergebnis zu gelangen (§ 4 Absatz 2). Die Ausübung der Override Option ist in jedem Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren. Die hiernach vom MDK als „ordnungsgemäß“ eingestuft Fälle – die so genannten unstrittigen Fälle – werden aus der weiteren Prüfung herausgezogen und das Ergebnis in einem Prüfprotokoll vermerkt.

Die G-AEP-Kriterien finden zur Zeit noch keine Anwendung auf den Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin. Hier wird an eigenständigen Kriterien gearbeitet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass derartige Fälle gar nicht geprüft werden könnten. Insofern wird in der Protokollnotiz zur Anlage 2 festgestellt, dass das Inkrafttreten von der Erstellung noch ausstehender Ergänzungen für pädiatrische Fälle unberührt bleibt. Bis zur abschließenden Konsentierung pädiatrischer Kriterien sind die betreffenden Fälle anhand medizinischer und sozialmedizinischer Grundlagen zu bewerten.

• Prüfverfahren Teil II

Im zweiten Teil der Prüfung werden die vom MDK im ersten Teil der Prüfung nach Maßgabe der G-AEP-Kriterien beanstandeten Fälle zwischen dem MDK-Prüfer und dem Krankenhausarzt fachlich erörtert.

Die Empfehlung bestimmt in § 3 Satz 4, dass das Prüfteam des MDK während der gesamten Dauer des Prüfverfahrens – also auch im ersten Prüfabschnitt – die Möglichkeit haben muss, auf einen Facharzt der geprüften Abteilung zurückgreifen zu können.

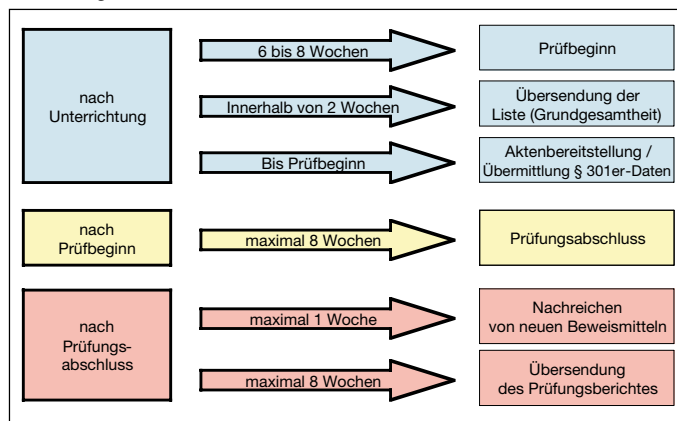
Diese Bestimmung ist für die zweite Phase des Prüfverfahrens zwingend. Gemäß § 3 Satz 5 muss die Erörterung nach § 2 Absatz 8 (zweiter Teil der Prüfung) zwingend in Anwesenheit eines der geprüften Abteilungen fachgleichen Facharztes (Gebietsbezeichnung) des MDK vor Ort im Krankenhaus erfolgen. Sich auf einen Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten des MDK zu berufen, ist nicht möglich. Als Maßstab für die fachliche Qualifikation des MDK-Prüfers gilt die (Muster-) Weiterbildungsordnung der BÄK in der jeweils gültigen Fassung.

Die gesamte Prüfung hat unter der Leitung eines in der Begutachtung stationärer Fälle erfahrenen MDK-Arztes zu erfolgen. Die fachliche Qualifikation des MDK-Prüfteams ist dem Krankenhaus vor Beginn der Prüfung mitzuteilen. Soweit in diesen zu erörternden Fällen kein fachlicher Konsens erzielt werden kann, bleiben diese Fälle dissent und werden ebenfalls im Prüfprotokoll mit einer entsprechenden Darstellung der unterschiedlichen Ansichten vermerkt. Nur die Fälle, in denen der Krankenhausarzt gleichfalls zur Bewertung einer Fehlbelegung gelangt ist, sind in diesem Prüfabschnitt abschließend als fehlbelegt zu werten.

• Das Bewertungsverfahren

Das Bewertungsverfahren beginnt mit der Feststellung des Ergebnisses (= Prüfverlauf, Auflistung der unstrittigen und

Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf/Fristen



dissent Fälle) mittels Übersendung des Abschlussberichts nach § 2 Absatz 10. Der vom MDK anzufertigende abschließende Prüfbericht beinhaltet die zuvor im Verfahren erstellten Berichte und Prüfprotokolle.

Der Prüfbericht wird dann gemäß § 6 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG ausgewertet. Die Ergebnisse der Prüfungen sind auf örtlicher Ebene gemeinsam einem Auswertungsprozess zuzuführen, wobei eine Verkürzung dieses Prozesses durch bloße Hochrechnung der Prüfergebnisse auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit unzulässig ist (§ 6 Satz 4). Aufgrund der fehlenden Einbeziehung der Selbstzahler, der Privatversicherten, der Beihilfeberechtigten etc. durch die in diesem Verfahren bestimmte Stichprobe ist eine Hochrechnung auch fachlich nicht haltbar.

Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG nicht einigen, können der Krankenhausträger oder jede der betroffenen Krankenkassen den Schlichtungsausschuss anrufen. Bei der Bewertung ist der Schlichtungsausschuss an die Maßgaben dieser Empfehlung insbesondere des § 4 gebunden, sofern nicht vorher eigene Regelungen festgelegt wurden.

• Zeitlicher Ablauf/Fristen

Die Empfehlung bestimmt zwingende Fristen in den einzelnen Verfahrensschritten, um ein straffes Prüfverfahren zu gewährleisten (Abbildung 4). Für die Krankenhäuser sind insbesondere die Fristen zur Übermittlung der geforderten Liste für die Stichprobenziehung, zur Aktenbereitstellung und zur Übersendung der § 301er-Daten sowie zum Nachreichen von neuen Beweismitteln beachtlich. Die übrigen Fristen betreffen hauptsächlich den MDK.

Für das Jahr 2004 ist zu beachten, dass nur die Fälle in eine Prüfung einbezogen werden können, die ab Inkrafttreten der Vereinbarung zum 15. April 2004 im Krankenhaus aufgenommen wurden. Damit wird ausgeschlossen, dass solche Fälle geprüft werden, die nicht in Kenntnis der Verfahrensregelungen und der G-AEP-Kriterien im Krankenhaus behandelt wurden.

• Maßstäbe der Prüfung

§ 4 bestimmt die Maßstäbe der Prüfung. Hiernach sind die wesentlichen Aussagen des Bundessozialgerichts (BSG) aus seiner Rechtsprechung zu einzelfallbezogenen Prüfun-

gen nach §§ 275 ff. SGB V auch für den Bereich der Stichprobenprüfung maßgeblich. Dies betrifft insbesondere die Einschätzungsprärogative des Krankenhausarztes bei der Beurteilung, ob ein Fall einer stationären Behandlung zugeführt werden muss, mit der Folge, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes einen Anscheinsbeweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begründet.

Insoweit bestimmt § 4 Absatz 2 Satz 7, dass bei der Bewertung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung die von der ständigen BSG-Rechtsprechung dem 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. Im Weiteren wird in dieser Empfehlung ausdrücklich – im Sinne der BSG-Rechtsprechung – festgestellt, dass die Überprüfung nur im Rahmen einer Ex-ante-Sicht des entscheidenden Krankenhausarztes erfolgen kann.

Darüber hinaus ist explizit geregelt, dass sich ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme beispielsweise in Situationen ergeben können, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann.

● Die G-AEP-Kriterien

Die heutigen G-AEP-Kriterien sind eine Weiterentwicklung der von Gertman und Restuccia für die USA entwickelten AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), die als wissenschaftliches Instrument für die Überprüfung der Angemessenheit der Krankenhausbehandlung erwachsener Patienten in der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Gynäkologie konzipiert waren.⁵⁾

Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten erstmals zum 1. September 2000 eine Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung in Krankenhäusern verabschiedet. Den Maßstab dieser Prüfung bildete eine deutsche Version der oben angesprochenen, in den USA entwickelten AEP-Kriterien. Sowohl die von den Krankenkassen entwickelte deutsche Version der AEP-Kriterien als auch das diesbezüglich entwickelte/übernommene Verfahren stießen auf großen Widerstand der medizinischen Fachwelt. Neben den offensichtlichen medizinischen Mängeln des damaligen AEP-Verfahrens wurde von der Rechtsprechung die über den Einzelfall hinausgehenden flächendeckenden Stichprobenprüfung zur Fehlbelegung wegen der fehlenden rechtlichen Grundlage abgelehnt.⁶⁾

Der Gesetzgeber hat nun – wie bereits dargelegt – eine weitreichende Rechtsgrundlage für diese verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung zur Fehlbelegung geschaffen. Die neuen G-AEP-Kriterien wurden nunmehr unter Berücksichtigung der damaligen Forderungen der Ärzteschaft – unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK), der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (VLK) und des Deutschen Pflegerats – als Vertragsbestandteil vereinbart. Sie bauen insoweit auf einem breiten Konsens auf und sind einer einseitigen Fortentwicklung entzogen. ▶

Consulting | Systeme | Therapie



Heute die Technologien von morgen nutzen

Entwerfen Sie eine Vision Ihrer Klinik. Wie weit entfernt davon scheint Ihnen die Wirklichkeit?

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz im Klinikmanagement. Gemeinsam mit Ihnen entwickeln wir maßgeschneiderte Lösungen, die die Effizienz Ihrer Klinik steigern.

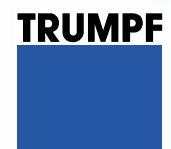
Als Systemoptimierer haben wir mit innovativen Produkten Ihren Workflow stets im Blick: Wählen Sie aus modularen Operationstischen, Patiententransportsystemen, Deckenstativen und Operationsleuchten.

Bieten Sie Ihren Tumorpatienten Alternativen mit der minimalinvasiven Lasertherapie.

INNOVATIONS
FOR PATIENT CARE

TRUMPF Medizin Systeme

Telefon +49 (0) 89 / 8 09 07-0
Telefax +49 (0) 89 / 8 09 07-20
e-mail info@de.trumpf-med.com
www.trumpf-med.com



Entscheidende Kernpunkte sind das abgeschichtete Verfahren und die Einbindung der bis zum Abschluss der Empfehlung bestehenden Rechtsprechung zur Fehlbelegungsprüfung nach §§ 275 ff SGB V. Das schon vorgestellte abgeschichtete Verfahren stellt eine wesentliche Änderung zum früheren AEP-Verfahren dar.

Nach dem neuen Verfahren dienen die G-AEP-Kriterien im ersten Teil des Prüfverfahrens als Positivkriterien gemäß § 4 Absatz 2 Satz 1 der Erstbewertung des Behandlungsfalls und führen nur zum Ausschluss von in der Regel unstrittigen Fällen bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Die G-AEP-Kriterien sind also nicht als Negativkriterien zu verstehen, die allein zu einer abschließenden Bewertung des Behandlungsfalls führen. Insofern stellt § 4 Absatz 1 letzter Satz klar, dass diese G-AEP-Kriterien den Sachleistungsanspruch des Versicherten weder konkretisieren noch einschränken.

● Inhalt/Aufbau des G-AEP-Kriterienkatalogs

Die G-AEP-Prüfkriterien unterteilen sich in folgende Abschnitte:

- A Schwere der Erkrankung (12 Kriterien)
- B Intensität der Behandlung (5 Kriterien)
- C Operation/Invasive Maßnahmen (außer Notfallbehandlung) (2 Kriterien)
- D Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen (6 Kriterien)
- E Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen (6 Kriterien)
- F Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung der Patienten nicht möglich wäre in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen (4 Kriterien)

Einzelne Kriterien der Abschnitte A (Schwere der Erkrankung) und B (Intensität der Behandlung) müssen in Verbindung mit Kriterien des jeweiligen anderen Abschnitts stehen. Nur in diesen speziellen Fällen ist ein Kriterium allein nicht ausreichend. Einzelheiten können dem G-AEP-Kriterienkatalog entnommen werden.

Die diesen Kriterien vorgestellte Präambel stellt in der gebotenen Kürze Verfahrensgrundsätze, Maßstäbe der Prüfung sowie die Kernaussagen der Rechtsprechung dar und soll den Anwendern damit einen Überblick über die wesentlichen Kernpunkte der Empfehlung bieten. Zum anderen legt sie den Anwendungsbereich der G-AEP-Kriterien genauer fest.

● Die Abrechnungsprüfung

Bei der Abrechnungsprüfung ergeben sich nach § 2 Absatz 4 und 5 Besonderheiten hinsichtlich des Verfahrens und den Maßstäben der Prüfung. Der erste Teil der Prüfung erfolgt anhand der besonderen Maßstäbe der Abrechnungsprüfung (siehe unten). Im zweiten Teil der Prüfung erfolgt dann wie bei der Fehlbelegungsprüfung eine fachliche Erörterung mit dem Krankenhausarzt. Nach § 2 Absatz 5 kann das Krankenhaus die Hinzuziehung eines zwei-

ten MDK-Prüfarztes verlangen, wenn das Ergebnis der Kodierprüfung des MDK-Arztbes nach der fachlichen Erörterung weiterhin von der Kodierung des Krankenhausarztes abweicht. Der neu hinzugezogene MDK-Prüfarzt hat den Fall anhand der Krankenakten und der weiteren Begutachtungsgrundlage (zum Beispiel weitere Informationen des Krankenhausarztes) zu überprüfen.

Soweit beide MDK-Ärzte zu derselben erlösrelevanten Kodierung des Behandlungsfalls gelangen, kann der MDK den Fall als fehlerkodiert bewerten. In diesem Fall wäre die Kodierung, sofern der Krankenhausarzt sich diesem Votum nicht anschließt, als dissent zu betrachten. Kommen beide MDK-Prüfarzte nicht zu derselben erlösrelevanten Kodierung des Behandlungsfalls, ist der Fall weder als dissent noch als fehlerkodiert zu betrachten.

Die Abrechnungsprüfung muss unter Leitung eines in der Kodierung versierten Arztes des MDK stattfinden. Bei der Abrechnungsprüfung sind die gesetzlichen Abrechnungsvorschriften sowie die von den Vertragsparteien nach § 17 b KHG vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung Maßstab der Prüfung.

§ 17 c Absatz 3 Satz 4 KHG bestimmt, für den Fall, dass nachweislich eine Fallpauschale grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurde, der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen ist. In § 4 Absatz 4 Satz 2 haben die Vereinbarungspartner eine Definition der groben Fahrlässigkeit festgelegt, welche die Hürde für die Feststellung sehr hoch anlegt. Grobe Fahrlässigkeit liegt hiernach 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.

● Prüfbericht

Nach § 5 werden 4 unterschiedliche Prüfberichte mit jeweils unterschiedlichen Inhalten und Adressaten durch den MDK erarbeitet. Es handelt sich dabei um

- versichertenbezogene Prüfberichte (Absatz 1),
- krankenhausbegogene Prüfberichte (Absatz 2),
- landesbezogene Prüfberichte (Absatz 3),
- bundesbezogene Prüfberichte (Absatz 4).

Der versichertenbezogene Prüfbericht wird für die jeweilige Krankenkasse erstellt. Er beinhaltet, inwieweit das Krankenhaus nach Auffassung des MDK gegen seine Rechtspflichten aus § 17 c Absatz 1 KHG verstoßen hat. Die Krankenkasse erhält dabei nur die Informationen bzw. die Ergebnisse der Prüfung bezüglich ihrer Versicherten.

Der krankenhausbegogene Prüfbericht fasst die Prüfergebnisse in einem einheitlichen deskriptiven Bericht nach Maßgabe des der Stichprobe zugrunde liegenden Prüfgegenstandes zusammen. Auch das Krankenhaus erhält versichertenbezogene Angaben, damit es sich gegen eventuelle Vorwürfe zur Wehr setzen kann.

Relevante Informationen aus den Prüfberichten erhalten neben dem Krankenhaus auch die Landes- und die Bundesebene für ihre Aufgaben (§ 5 Absatz 3 und 4). Einzelheiten über die Inhalte der Prüfberichte sind § 5 zu entnehmen.

men. Bei Änderungsbedarf können konkretisierende oder zusätzliche Einzelheiten für die Zukunft in Anlage 4 geregelt werden.

● Wiederholungsprüfung

§ 7 regelt, wann das Krankenhaus eine Wiederholung der Prüfung verlangen kann (Absatz 1) und wann die Krankenkassen ein Krankenhaus erneut gemäß § 17 c KHG prüfen dürfen (Absatz 2).

Das Krankenhaus kann eine Wiederholung der Prüfung nach § 17 c KHG verlangen, wenn kumulativ folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Konsequenzen der vorangegangenen Prüfung in Form des pauschalierten Ausgleichsverfahrens sind rechtswirksam erfolgt;
- die Wiederholungsprüfung muss sich auf den Prüfgegenstand der Ausgangsprüfung beziehen;
- Folge der vorangegangenen Prüfung war eine Veränderung des Fallmengerüsts, der medizinischen Leistungsstruktur, des Gesamtbetrags oder Erlösbudgets und dies wurde in einer Protokollnotiz zur Pflegesatzvereinbarung dokumentiert;
- das Krankenhaus kann die Beseitigung der Mängel plausibel machen.

Die Möglichkeit der Wiederholungsprüfung unterliegt deshalb strengen formellen und materiellen Voraussetzungen, da durch die Wiederholungsprüfungen faktisch die personellen Ressourcen des MDK gebunden werden. Auf der anderen Seite muss auch ein Krankenhaus, das finanzielle Konsequenzen aus einer vorausgegangenen Prüfung zu tragen hat, die Chance erhalten, sich zu „rehabilitieren“ und darf nicht für alle Zeiten hieran festgehalten werden.

Grundsätzlich soll kein Krankenhaus vor Ablauf von 3 Jahren hinsichtlich desselben Prüfgegenstands im Sinne des § 2 Absatz 1 erneut einer Stichprobenprüfung unterzogen werden. Diese grundsätzliche Bestimmung wird jedoch dann durchbrochen, wenn das Krankenhaus das in der vorangegangenen Stichprobenprüfung festgestellte Fehlverhalten evident nicht abgestellt hat. Diese „Aufgreifkriterien“ sind durch die Ergebnisse von Einzelfallprüfungen nach §§ 275 ff. SGB V seitens der Krankenkassen zu belegen und müssen im erneuten Prüfauftrag dargelegt werden.

Eine weitere Ausnahme von dieser Regel bildet § 17 c Absatz 2 Satz 8 KHG, demzufolge die Krankenhäuser wegen nicht fristgerechter Veröffentlichung des Qualitätsberichts nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V jährlich gemäß § 17 c KHG geprüft werden können. § 8 Absatz 3 legt diesbezüglich fest, dass im Falle einer Prüfung nach § 17 c Absatz 2 Satz 8 KHG die Krankenhäuser in demselben Kalenderjahr nicht noch einmal geprüft werden dürfen.

Fazit

Die Empfehlung bietet auf der einen Seite den Krankenhäusern viel Schutz vor willkürlichen Prüfungen und auf der anderen Seite der GKV ein bundesweit abgestimmtes Verfahren. Der praktische Umgang der Krankenkassen und des MDK mit diesem Instrument ist nunmehr entscheidend

für die Anerkennung des Verfahrens. Darüber hinaus sind aber auch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG und nicht zuletzt die Schlichtungsausschüsse in den einzelnen Ländern – insbesondere hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen im Rahmen des pauschalierten Ausgleichsverfahrens – maßgeblich in der Verantwortung. Denn nur durch eine ausgeglichene faire und damit anerkannte Umsetzung kann dieses empfindliche Instrument im Sinne aller Beteiligten implementiert werden.

Da nach § 8 der Empfehlung nun Behandlungsfälle ab dem 15. April 2004 im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobe geprüft werden können, wird eine Ausrichtung der Dokumentation der Krankenakten auf die G-AEP-Kriterien erforderlich und ist von immenser Bedeutung. Die Dokumentation sollte deshalb gezielt die zutreffenden G-AEP-Kriterien – ggf. die allgemeinen Tatbestände im Sinne der Vereinbarung nach § 115 b SGB V – in der Krankenakte darlegen, um künftige Streitigkeiten und die hieraus resultierenden möglichen finanziellen Nachteile zu vermeiden.

Literatur / Anmerkungen

- 1) Bundesgesetzblatt vom 29. April 2002, Seite 1412 ff.
- 2) VG Aachen, Beschluss vom 29. November 1998 – 8 L 1430/97 = KRS 98.001; VG Schwerin, Urteil vom 25. Januar 2000 – 6 A 2999/96 = das Krankenhaus 2000, Seite 1018; VG Berlin, Urteil vom 27. Januar 2002 – 24 A 147/01 = das Krankenhaus 2002, Seite 553
- 3) Missverständlich sind insofern auch die Ausführungen von Dietz/Böfinger, § 1 KHEntG, Anmerkung 5, wonach diese Krankenhäuser in den Geltungsbereich des KHG einbezogen worden sind. Nach dem textlichen Zusammenhang müsste es Krankenhausentgeltgesetz heißen.
- 4) §§ ohne nähere Bezeichnung sind solche der Rahmenempfehlung.
- 5) Vergleiche Rochell/Meister in: das Krankenhaus 1/2001, Seite 13 ff. mit weiteren Hinweisen
- 6) Vergleiche Rochell/Meister a.a.O.

Anschriften der Verfasser:

Rechtsanwalt Andreas Wagener, stellvertretender DKG-Hauptgeschäftsführer und Justiziar/

Rechtsanwalt Thorsten Ganse, Rechtsabteilung der DKG, Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

W&P WERNICK UND PARTNER GMBH
UNTERNEHMENSBERATUNG IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN



Kompetent * Partnerschaftlich * Individuell

- ☾ externes Management
- ☾ Pflegesatzverhandlungen
- ☾ Gutachten und Analysen

Fordern Sie uns!

W&P Wernick und Partner GmbH
Kreillerstraße 24, 81673 München
Tel. 089/642074-30, Fax 089/642074-50
E-Mail: info@wernickundpartner.de