

# Fehlbelegungsprüfung

**Richtlinie nach § 282 SGB V**

**des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg**

**des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, Siegburg**

**des AOK-Bundesverbandes, Bonn**

**des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen**

**des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach**

**der Bundesknappschaft, Bochum**

**des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

**und der See-Krankenkasse, Hamburg**

## Übersicht

- 1 Rechtsgrundlagen
- 2 Prüfverfahren
- 3 Maßstäbe der Prüfung
- 4 Prüfleitfaden und Bericht
- 5 Datenerfassung und -übermittlung und Statistik
- 6 Überleitungsbestimmungen

Anlage 1 Stichprobenplan und Berechnung des Fehlerbereichs

Anlage 2 Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme

Anlage 3 Kriterien für die Notwendigkeit eines Behandlungstages

Anlage 4 Datensatzbeschreibung des Erhebungsprotokolls

Anlage 5 MDS-Statistik Fehlbelegungsfälle und -tage nach indikationsbezogenen Fallgruppen

Anlage 6 Technische Anlage Datenübermittlung zur MDS-Statistik

## 1 Rechtsgrundlagen

Die Prüfungsbefugnis des MDK ergibt sich aus folgenden Rechtsgrundlagen:

§§ 275 Abs. 4 i.V.m. 276 Abs. 2 Satz 2  
§§ 17 a Abs. 3 KHG und 6 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV.

## 2 Prüfverfahren

2.1 Die am Pflegesatzverfahren beteiligten Krankenkassen und ggfls. ihre (Landes-) Verbände (§ 18 Abs. 1 und 2 KHG) beauftragen gemeinsam den MDK mit der Prüfung. Sie können ihm im Einzelfall dazu die Statistik L4 und L5 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der zu prüfenden Abteilungen, nach Möglichkeit in elektronischer Form, übermitteln. Sie unterrichten das Krankenhaus von dem Auftrag unter Angabe der Rechtsgrundlage, des Zwecks und der Gründe.

2.2 Der MDK weist den Umfang der Fehlbelegungen durch eine Stichprobenprüfung der Entlassungen (L 3 lfd. Nr. 10 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 BPfIV) aus 12 Kalendermonaten, die der Ankündigung der Prüfung vorausgehen, nach. Die Spitzenverbände geben auf Vorschlag des MDS das Nähere zum Verfahren der Stichprobenziehung und dem für eine ausreichende Prognosesicherheit erforderlichen Stichprobenumfang als Anlage 1 zu dieser Richtlinie bekannt.

2.3 Der MDK zeigt den vorgesehenen Prüfungstermin rechtzeitig an. Die ärztlichen Gutachter sind namentlich zu benennen. Der MDK soll den verantwortlichen Krankenhausärzten der zur Prüfung vorgesehenen Abteilungen auf Verlangen Auskunft zum Inhalt der Erhebung und den Maßstäben der Beurteilung geben.

2.4 Die Prüfung erfolgt anhand der Patientenakten. Der Prüfer stellt fest, dass alle wesentlichen Krankenunterlagen, insbesondere OP-Bericht, Pflegedokumentation und Konsiliarbefunde, dokumentiert sind. Die nicht auffindbaren oder nicht auswertbaren Fälle sind gesondert auszuweisen (vgl. 4.4 Buchstabe e).

2.5 Der MDK gibt dem Krankenhaus im Rahmen der Prüfung vor Ort Gelegenheit, bei festgestellter Fehlbelegung zur Vollständigkeit der herangezogenen Befunde und ihrer Bewertung im Zusammenhang Stellung zu nehmen. Er übermittelt den Prüfbericht bis 8 Wochen nach Abschluss der Prüfung den beteiligten Krankenkassen und ggfls. ihren (Landes-)Verbänden. Die Krankenkassen übermitteln den Prüfbericht unverzüglich dem Krankenhaus. Das Krankenhaus kann innerhalb einer angemessenen Frist zum Prüfbericht schriftlich Stellung nehmen.

### 3 Maßstäbe der Prüfung

3.1 Die Krankenhausaufnahme gilt als notwendig, wenn ein oder mehrere Kriterien gemäß Anlage 2 die Schwere der Erkrankung oder die Intensität der Überwachung oder Behandlung während des ersten Behandlungstages belegen.

3.2 Elektive Eingriffe, insbesondere gemäß dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen in der jeweils gültigen Fassung der dreiseitigen Vereinbarung gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V sind grundsätzlich auf ihre ambulante Durchführbarkeit zu prüfen. Die Aufnahme in vollstationäre Behandlung ist nicht zu beanstanden, wenn mindestens ein weiterer Behandlungstag neben dem Operationstag die Kriterien nach Anlage 3 erfüllt.

3.3 Die vollstationäre Behandlung gilt als notwendig an jedem Tag, an dem mindestens ein Kriterium zur medizinischen, pflegerischen und lebenserhaltenden Versorgung oder zum Zustand des Patienten gemäß Anlage 3 erfüllt ist.

3.4 Die Spitzenverbände geben auf Vorschlag des MDS die jeweils gültige Fassung der Maßstäbe der Prüfung für das folgende Kalenderjahr bekannt. Die fachliche Verantwortung für die Anlagen 2 und 3 liegt beim MDS. Der MDS beauftragt in Abstimmung mit den MDK als sachverständige Ärzte die AEP-Entwickler mit der Weiterentwicklung und Pflege dieses Prüfinstrumentes. Der MDS stellt ein Manual zur Verfügung, das die Anwendung der Kriterien erläutert.

### 4 Prüfleitfaden und Bericht

4.1 Der MDK erhebt aus den Krankenunterlagen mindestens folgende Angaben:

- zur Person des Patienten
  - a) Alter und Geschlecht, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht
- zum Behandlungsfall
  - b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses,
  - c) Fachabteilung, in der die Hauptleistung erbracht wurde,
  - d) Beleg- oder Hauptabteilung,
  - e) pseudonymisierte Fallnummer, die dem Krankenhaus den Zugriff auf die Patientenakte gestattet,
  - f) Belegungstage und Tage, an denen der Patient beurlaubt war,
  - g) Aufnahme ohne vorherige stationäre Behandlung, intern oder extern aus stationärer Behandlung verlegt,
  - h) Patient entlassen, verlegt, verstorben, sonstiger Abgang

- zur medizinischen Leistung
  - i) Hauptdiagnose und behandlungsrelevante Nebendiagnosen,
  - j) Operationen und weitere medizinische Prozeduren,
  - k) Parameter, die die Notwendigkeit vollstationärer Aufnahme belegen,
  - l) Parameter, die die vollstationäre Behandlung je Behandlungstag belegen

4.2 Das Nähere bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Vorschlag des MDS als Anlage 4 zu dieser Richtlinie. Diagnosen und medizinische Leistungen werden nach den in der stationären Versorgung gesetzlich vorgesehenen Klassifikationen geschlüsselt.

4.3 Die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam können unter Beteiligung des MDK das Erhebungsprogramm um Merkmale erweitern, die sie zur Planung der Versorgungsstrukturen im Land benötigen. Die Anlagen 2 und 3 sind davon unberührt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der MDS sind hierüber zu informieren.

4.4 Der MDK wertet die Ergebnisse der Prüfung aus. Der Prüfbericht soll den Umfang der Fehlbelegung im Vergleich zu den statistischen Kennzahlen auf Bundesebene ausweisen und untergliedern in

- a) Belegungs- und Fehlbelegungstage insgesamt,
- b) Fehlbelegungstage durch Fehlaufnahmen,
- c) Fehlbelegungstage prä- und postoperativ,
- d) Belegungs- und Fehlbelegungstage operativer und nicht-operativer Fälle,
- e) Anzahl nicht auffindbarer oder nicht auswertbarer Akten,
- f) Fehlbelegungstage der Fälle bei Verlegung aus oder in stationäre Behandlung.

## **5 Datenerfassung und -übermittlung und Statistik**

5.1 Die erhobenen Sozialdaten werden anonymisiert auf Datenträger erfasst. Der Prüfbericht darf keine Angaben zu Einzelfällen enthalten, die einen Personenbezug zulassen

5.2 Der MDS (§ 282 SGB V) stellt den MDK ein in seinem Auftrag entwickeltes PC-Programm zur Verfügung, das die einheitliche Erfassung, Speicherung und Auswertung der Daten sowie die Beurteilung nach dieser Richtlinie ermöglicht. Die Vollständigkeit und logische und sachliche Plausibilität der erfassten Daten sind sicherzustellen. Die Auswertung soll die Erstellung der Statistik gemäß Anlage 5.2 auf Abteilungs-, Krankenhaus- und Landesebene gestatten.

5.3 Der MDK übermittelt nach Abschluss der Prüfung dem MDS je Fall

- a) Alter und Geschlecht, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht,
- b) Hauptdiagnose und behandlungsrelevante Nebendiagnosen,
- c) Operationen und weitere medizinische Prozeduren,
- d) Anzahl Belegungstage ohne Tage, an denen der Patient beurlaubt war,
- e) Anzahl anerkannte und nicht anerkannte Belegungstage,
- f) Anzahl Fehlbelegungstage durch Fehlaufnahme,
- g) Entlassungsart
- h) Fachabteilung, in der die Hauptleistung erbracht wurde,
- i) Jahr der Entlassung und Bundesland,
- j) Auswahlatz der Stichprobe.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen erlassen auf Vorschlag des MDS eine technische Anlage zur Datenübermittlung.

5.4 Der MDS berechnet auf der Basis der ihm übermittelten Falldaten je Fallgruppe gemäß Anlage 5.2

- a) Median und Streuung der tatsächlichen und der um die Fehlbelegung bereinigten Belegungstage,
- b) Anteil der Fälle, die stationärer Aufnahme gemäß Anlage 2 nicht bedürfen.

5.5 Der MDS berichtet den Spitzenverbänden der Krankenkassen jährlich die statistischen Kennzahlen insgesamt und nach indikationsbezogenen Fallgruppen. Er veröffentlicht die Statistik und kommentiert die Entwicklung. Das Nähere wird in Anlage 5 zu dieser Richtlinie geregelt. Jeder MDK kann weitere statistische Auswertungen für Beratungsaufgaben gemäß § 275 Abs. 4 SGB V vornehmen.

## **6 Übergangsbestimmungen**

6.1 Die Richtlinie tritt am 01. September 2000 in Kraft.

6.2 Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen davon aus, dass bestehende Regelungen auf Landesebene überprüft und ggfls. angepasst werden.

6.3 Der MDS veröffentlicht die Statistik nach Abschnitt 5.5, sobald eine ausreichende Datenlage vorhanden ist. Erst dann soll die Berichterstattung nach Abschnitt 4.4 den Vergleich mit den statistischen Kennzahlen auf Bundesebene enthalten.

## Anlage 1

## Stichprobenplan und Berechnung des Fehlerbereichs

### 1 Zielgrößen

Es soll eine Stichprobe erhoben werden, aus der die primäre und sekundäre Fehlbelegung in der Grundgesamtheit geschätzt wird. Dazu wird von jedem Patienten der Stichprobe folgende Information benötigt:

- Fehlaufnahme (ja/nein) zur Ermittlung der primären Fehlbelegung
- $\frac{\text{Fehlbelegte Tage}}{\text{Belegungstage}}$  zur Ermittlung der sekundären Fehlbelegung.

### 2 Stichprobenziehung

Es wird eine einfache, ungeschichtete Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit gezogen.

### 3 Berechnung der Stichprobengröße

1) Für die **primäre Fehlbelegung** müssen der erwartete Anteil von Fehlaufnahmen ( $p$ ) und die relative Breite des Konfidenzintervalls vorgegeben werden. Diese Vorgaben werden zunächst in folgende Formel eingesetzt:

$$n_0 = \frac{15,37 \cdot (1 - p)}{(\text{relative Breite des KI})^2 \cdot p} .$$

Die relative Breite des Konfidenzintervalls und  $p$  müssen als Dezimalzahlen in die Formel eingesetzt werden (z.B.  $p=0,10$  anstatt  $p=10\%$ ). Das Ergebnis für  $n_0$  und die Größe der Grundgesamtheit ( $N$ ) werden anschließend in diese Formel eingesetzt

$$\text{Benötigte Patientenzahl} = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} .$$

Die so berechnete notwendige Patientenzahl wird noch, falls sie keine ganze Zahl ist, auf die nächstgrößere ganze Zahl aufgerundet (z.B. 200,2 auf 201).

2) Für die **sekundäre Fehlbelegung** müssen die erwartete Standardabweichung ( $\sigma$ ) der Daten ( $\frac{\text{Fehlbelegte Tage}}{\text{Belegungstage}}$  für jeden Patienten) und die absolute Breite des Konfidenzintervalls vorgegeben werden. Diese werden in

$$\text{Benötigte Patientenzahl} = \frac{1}{\left( \frac{\text{absolute Breite des KI}}{3,92 \cdot \sigma} \right)^2 + \frac{1}{N}}$$

eingesetzt. Die absolute Breite des Konfidenzintervalls und  $\sigma$  müssen wieder als Dezimalzahlen in die Formel eingesetzt werden. Man erhält so die benötigte Patientenzahl, die ggf. wieder auf die nächstgrößere ganze Zahl aufgerundet wird.

3) Die größere der beiden in 1) und 2) berechneten Patientenzahlen wird ausgewählt. Sie wird im Weiteren  $\tilde{n}$  genannt.

4) Unter der Annahme, dass 2% der zur Prüfung festgelegten Akten nicht verfügbar sind, erhöht sich die benötigte Stichprobengröße auf  $\tilde{n} \cdot \frac{100}{100-2}$ . Gegebenenfalls wird wieder auf die nächstgrößere ganze Zahl aufgerundet. Das Ergebnis ist die für die Fehlbelegungsprüfung benötigte Stichprobengröße.

#### 4 Statistische Auswertung

1) Zur Ermittlung der **primären Fehlbelegung** wird der Anteil von Fehlaufnahmen berechnet:

$$\frac{\text{Anzahl Fehlaufnahmen in der Stichprobe}}{\text{Stichprobengröße}} .$$

Das zugehörige Konfidenzintervall wird ermittelt, indem dieser Anteil, die Stichprobengröße und die Größe der Grundgesamtheit in

$$95\% \text{ KI: } \hat{p} \pm 1,96 \cdot \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n}} \cdot \sqrt{1-\frac{n}{N}}$$

eingesetzt werden.

2) Zur Ermittlung der **sekundären Fehlbelegung** wird zunächst für jeden Patienten der Stichprobe der Wert  $\frac{\text{Fehlbelegte Tage}}{\text{Belegungstage}}$  berechnet. Anschließend wird der Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und die Standardabweichung ( $s$ ) dieser Werte gebildet. Das Konfidenzintervall zum Mittelwert wird mittels folgender Formel berechnet:

$$95\% \text{ KI: } \bar{x} \pm t_{0,975; n-1} \cdot \frac{s}{\sqrt{n}} \cdot \sqrt{1-\frac{n}{N}} .$$

Hierbei bezeichnet  $t_{0,975; n-1}$  das 97,5%-Quantil der  $t$ -Verteilung mit  $n-1$  Freiheitsgraden, welches für die jeweilige Stichprobengröße ( $n$ ) in Tabelle 1 abgelesen wird.

#### Bemerkung:

Eine detaillierte Darstellung und Begründung der hier beschriebenen Aspekte ist beim Fachbereich Evidenz-basierte Medizin des MDS verfügbar.

**Tabelle 1: Quantile der t-Verteilung für verschiedene Stichprobengrößen**

$n$	Quantil der $t$ -Verteilung* ( $t_{0,975;n-1}$ )
20 – 21	2,09
22	2,08
23 - 24	2,07
25 – 27	2,06
28 - 30	2,05
31 – 33	2,04
34 – 38	2,03
39 – 45	2,02
46 – 54	2,01
55 – 69	2,00
70 – 96	1,99
97 – 159	1,98
160 – 473	1,97
474 und größer	1,96

\* gerundet auf 2 Nachkommastellen

**Erläuterung:** Für  $n=23$  beträgt das Quantil der  $t$ -Verteilung beispielsweise 2,07, für  $n=24$  hat das Quantil denselben Wert. Für alle Werte von  $n$ , die zwischen 97 und 159 liegen, beträgt das Quantil der  $t$ -Verteilung 1,98.

## Anlage 2

<b>Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme</b>	
I	Fälle von elektiven Operationen
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt). Die modifizierte ASA-Klassifikation ist zu berücksichtigen.</i>	
A. Status der Atmung	
1.	Signifikant pathologische Lungenfunktionsparameter <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ funktionelle Vitalkapazität (FVC) &lt; 1,0 L</li> <li>▪ expiratorische Einsekundenkapazität (FEV) &lt; 50 % x FVC</li> <li>▪ arterieller pCO<sub>2</sub> &gt; 50 mm Hg</li> <li>▪ arterieller pO<sub>2</sub> &lt; 50 mm Hg</li> </ul>
2.	Klinisch relevantes Schlafapnoe-Syndrom
B. Klinisch relevante Begleiterkrankungen	
<i>Die Diagnosen und Parameter müssen in den Krankenunterlagen dokumentiert sein.</i>	
1.	Blutkrankheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operations-relevante Gerinnungsstörungen (angeboren oder erworben)</li> <li>▪ Operations-relevante, therapiepflichtige Blutkrankheiten</li> </ul>
2.	Herzerkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ manifeste Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA)</li> <li>▪ manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)</li> </ul>
3.	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
4.	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes, Morbus Addison, Thyreotoxikose etc)</li> <li>▪ Bluthochdruck</li> <li>▪ Bronchospastische Lungenerkrankungen</li> <li>▪ Schlaganfall oder Herzinfarkt</li> <li>▪ sonstige Gründe</li> </ul>

Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme
I Fälle von elektiven Operationen
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt). Die modifizierte ASA-Klassifikation ist zu berücksichtigen.</i>
C. Besondere postoperative Risiken
1. Operation außerhalb des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen
2. Überwachungspflichtig > 8 Stunden nach Narkoseende
D. Notwendigkeit intensiver postoperativer Betreuung
1. Amputationen
2. Gefäßchirurgische Operationen
3. Einsatz von stabilisierenden Implantaten
4. Einsatz von Drainageschläuchen und kontinuierlicher Funktionskontrolle
D. Sonstiges
1. Soziale Faktoren, auf Grund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten im Falle postoperativer Komplikationen nicht möglich wäre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fehlende Kommunikationsmöglichkeit, da der Patient allein lebt oder kein Telefon erreichen kann</li> <li>▪ keine Transportmöglichkeit; große Entfernung von Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten</li> <li>▪ mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten</li> <li>▪ fehlende Versorgungsmöglichkeiten im Privathaushalt</li> </ul>

Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme	
II Übrige Fälle	
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt).</i>	
A. Schwere der Erkrankung	<i>Zusätzliche Bedingung</i>
1. Plötzliche Bewusstlosigkeit oder Verwirrtheitszustand (Koma oder Nichtansprechbarkeit)	
2. Pulsfrequenz < 50 Schläge/Minute > 140 Schläge/Minute	
3. Blutdruck ▪ systolisch < 90 mm Hg oder > 200 mm Hg ▪ diastolisch < 60 mm Hg oder > 120 mm Hg	
4. Akuter Verlust der Seh- oder Hörfähigkeit	
5. Akute Lähmung eines Körperteils	
6. Anhaltendes Fieber > 38,0° C axillär oder > 38,0° C rektal/aurikulär für mehr als 5 Tage oder intermittierende Fieberschübe	
7. Aktive Blutung	
8. Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung (z.B. eine der folgenden): ▪ Na < 123 mEq/L Na > 156 mEq/L ▪ K < 2,5 mEq/L K > 6,0 mEq/L ▪ Bikarbonat < 20 mEq/L Bikarbonat > 36 mEq/L ▪ arterieller PH < 7,30 arterieller PH > 7,45	sofern kein chronischer Zustand
9. Patient vital bedroht: akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische, metabolische oder respiratorische Funktionsstörung, die den Patienten nachdrücklich behindert (Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu atmen, Wasser zu lassen, etc. Auch akutes Abdomen)	Es muss gleichzeitig eines der unten angegebenen Kriterien für die Intensität der Versorgung erfüllt sein.
10. Myokardiale Ischämie	

Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme	
II Übrige Fälle	
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt).</i>	
B. Intensität der Behandlung	<i>Zusätzliche Bedingung</i>
1. Kontinuierliche oder mehrfache intravenöse Medikamentengabe oder Flüssigkeitsersatz (schließt Sondenernährung nicht ein)	Es muss gleichzeitig eines der Kriterien für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein.
2. Operation oder andere Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die eine Verwendung von Geräten, Einrichtungen oder Verfahren, die nur in Krankenhäusern verfügbar sind, voraussetzt	Bewertung erfolgt unter Berücksichtigung des aktuell gültigen Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und des Abschnittes B. Klinisch relevante Begleiterkrankungen bei elektiven Operationen
3. Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, mindestens alle 2 Stunden (gegebenenfalls unter Bildschirmkontrolle oder EKG-Monitor am Bett)	
4. Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika, die eine kontinuierliche Beobachtung von potenziell lebensbedrohlichen toxischen Arzneimittelreaktionen erfordert	Es muss gleichzeitig eines der Kriterien für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein.
5. Behandlung auf einer Intensivstation	
6. Intermittierende oder kontinuierliche Verwendung eines Beatmungsgerätes, mindestens alle 8 Stunden, bei dokumentierter zumindest partieller respiratorischer Insuffizienz	Es muss gleichzeitig eines der Kriterien für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein.

## Anlage 3

Kriterien für die Notwendigkeit eines Behandlungstages
I Präoperative Behandlungstage bei elektiven Operationen
<i>Kriterien, die es rechtfertigen, dass der operative Eingriff nicht direkt am Aufnahmetag oder Folgetag durchgeführt wurde. Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt). Die modifizierte ASA-Klassifikation ist zu berücksichtigen.</i>
A. Spezielle präoperative Begutachtung/Behandlung, die nur unter stationären Bedingungen erfolgen kann
1. Parenterale Behandlung
2. Extensive Darmspülungen
3. Maßnahmen wie eine Angiographie oder Myelographie, die vor dem geplanten Eingriff durchgeführt werden müssen
4. Dialyse oder Austauschtransfusionen
B. Narkose-relevanter Zustand des Patienten
1. Kritischer kardialer Status (überwachungspflichtig) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verdacht auf manifesten oder kürzlich abgelaufenen Myokardinfarkt</li> <li>▪ manifeste Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA)</li> <li>▪ manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)</li> </ul>
2. Kritischer zerebrovaskulärer Status <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ manifester Insult</li> <li>▪ transitorische ischämische Attacke (abklärungspflichtig)</li> </ul>
3. Kritischer pulmonaler Zustand (Dokumentation erforderlich)
4. Kritischer hämatologischer Status <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unerwartet aufgetretene Anämie, die eine Transfusion oder die präoperative Abklärung ihrer Ursachen erfordert</li> <li>▪ Operations-relevante Gerinnungsstörungen (angeboren oder erworben)</li> <li>▪ Operations-relevante, therapiepflichtige Blutkrankheiten</li> </ul>
5. Kritischer metabolischer Status <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nicht abgeklärter oder nicht eingestellter Diabetes mellitus (BZ &gt; 200 mg/dl)</li> <li>▪ schwere oder neu aufgetretene Azotämie</li> <li>▪ schwere Leberfunktionsstörung</li> <li>▪ Narkose-relevante Hyperthyreose oder nicht ausgeglichene Hypothyreose</li> <li>▪ Narkose-relevante Elektrolytstörungen</li> </ul>

<b>Kriterien für die Notwendigkeit eines Behandlungstages</b>	
I	Präoperative Behandlungstage bei elektiven Operationen
<i>Kriterien, die es rechtfertigen, dass der operative Eingriff nicht direkt am Aufnahmetag oder Folgetag durchgeführt wurde. Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt). Die modifizierte ASA-Klassifikation ist zu berücksichtigen.</i>	
B. Narkose-relevante Störung des Patienten	
6.	Narkose-relevanter kritischer mentaler Status <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neu aufgetretener Verwirrheitszustand oder Koma</li> <li>▪ Unvermögen des Patienten, die präoperative Aufklärung zum Zwecke seiner Einverständniserklärung zu verstehen</li> </ul>
7.	Ungeklärtes Anfallsleiden
8.	Bedrohliche allgemeine Infektionen
C. Streichung des geplanten operativen Eingriffs	
1.	Streichung auf Grund unvorhergesehener organisatorischer/technischer Probleme (z.B. Diagnosenwechsel)

<b>Kriterien für die Notwendigkeit eines Behandlungstages</b>	
II      Übrige Fälle	
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt).</i>	
<b>A. Medizinische Versorgung</b>	<i>Zusätzliche Bedingung</i>
1. Behandlung in einem Operationssaal an diesem Tag	
2. Behandlung in einem Operationssaal am nächsten Tag, die ein präoperatives Konsil oder eine Abklärung erfordert	
3. Herzkatheteruntersuchung an diesem Tag	
4. Angiographie an diesem Tag	
5. Biopsie eines inneren Organs an diesem Tag	
6. Thorax- oder Abdominalpunktion an diesem Tag	
7. Invasive Diagnostik des ZNS (z.B. Lumbal-, Zisternen-, Ventrikelpunktion, Myelogramm) an diesem Tag	
8. Enge medizinische Überwachung durch einen Arzt, mindestens 3 x täglich	Überwachung muss in den Krankenakten vermerkt sein.
9. Postoperativer Behandlungstag für jede Behandlung mit erhöhtem Risikopotenzial	Dokumentation erforderlich
<b>B. Pflegerische/lebenserhaltende Versorgung</b>	
1. Kontinuierliche oder intermittierende (mindestens 3 x täglich) Beatmung oder Inhalation	
2. Kontinuierliche oder intermittierende parenterale intravenöse Flüssigkeitsgabe	
3. Kontinuierliche Überwachung der Vitalzeichen, mindestens alle 2 Stunden	
4. Flüssigkeitsbilanzierung	Dokumentation erforderlich
5. Versorgung von frischen Operationswunden, Drainagen und ausgeprägten Wundheilungsstörungen	Dokumentation erforderlich

Kriterien für die Notwendigkeit eines Behandlungstages	
II Übrige Fälle	
<i>Das Vorliegen <u>eines</u> Kriteriums begründet die stationäre Aufnahme hinreichend (sofern nicht anders erwähnt).</i>	
C. Zustand des Patienten	<i>Zusätzliche Bedingung</i>
1. Während der vorangegangenen 24 Stunden vor dem Beurteilungstag: Stuhlverhalt bzw. Fehlen von Darmbewegungen, die nicht einer neurologischen Störung zuzuordnen sind	
2. Während der vorangegangenen 48 Stunden vor dem Beurteilungstag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfusion wegen Blutverlustes</li> <li>▪ Kammerflimmern oder Nachweis einer akuten I-schämie</li> <li>▪ Fieber von mindestens 38,0°C axillär oder 37,8° C rektal/aurikulär</li> <li>▪ <i>akuter</i> Verwirrheitszustand</li> <li>▪ akute hämatologische Störung (signifikante Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Erythrozytose, Thrombozytose)</li> <li>▪ <i>akut</i> erhöhte Entzündungsparameter</li> <li>▪ <i>akute</i> neurologische Störungen</li> </ul>	Dokumentation erforderlich Aufnahme aus andern Gründen Kein Alkoholentzug
3. Während der vorangegangenen 14 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neuer Myokardinfarkt</li> <li>▪ zerebrovaskuläres Ereignis (Schlaganfall)</li> </ul>	Dokumentation erforderlich
4. Instabiler Zustand des Patienten	

Anlage 4

Datensatzbeschreibung  
des Erhebungsprotokolls

*(noch nicht erstellt)*

## Anlage 5

MDS-Statistik  
Fehlbelegungsfälle und -tage  
nach indikationsbezogenen Fallgruppen

## 1 Datensatz der MDS-Statistik Fehlbelegungsfälle und -tage

Merkmal	Art	Zeichen	Schlüssel
Alter	M	n..3	Jahre
Geschlecht	M	a1	w= weiblich m = männlich
Geburtsgewicht (bei Aufnahmealter < 28 Tage)	K	n..4	
Diagnose	M 1 bis 9 x	an4..5	ICD10 4- bis 5-stellig
Prozedur (Operation)	K 1 bis 9 x	n4..6	ICPM 4- bis 6-stellig
Belegungstage	M	n..3	
Anerkannte Belegungstage	M	n..3	
Nicht anerkannte Belegungstage	M	n..3	
Fehlaufnahme	K	n1	1 = ja
Entlassungsart	M	n1	1=entlassen 2=verlegt 3=verstorben 4=sonstiger Abgang
Fachabteilung	M	n2	Anhang 1 zu Anlage 3 BPfIV
Entlassungsjahr	M	n2	JJ
Bundesland	M	a2	16 Bundesländer, NRW ggfls. teilen NR + NW
Auswahlsatz	M	n..3	

M= Mussfeld    a=alphabetisch  
K= Kannfeld    n=numerisch  
                  an=alphanumerisch

## 2 Auswertungen

### 2.1 Fehlbelegungsfälle und -tage nach indikationsbezogenen Fallgruppen (Jahre)

Fall-Gruppe DRG	Fallzahl unge- wichtet	Fallzahl gewich- tet <sup>1</sup>	Bele- gungsta- ge je Fall  Median	Notwen- dige Tage je Fall  Median	Bele- gungsta- ge je Fall  Std.abw.	Notwen- dige Tage je Fall  Std.abw.	Varianz- anteil Fehlbe- legung	Rate Fehlbe- legungs- tage ge- wichtet <sup>1</sup>	Rate Fehllauf- nahmen gewicht- tet <sup>1</sup>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vor-HDG									
DRG 480									
DRG 795									
DRG 805									
DRG 103									
DRG 302									
DRG 803									
DRG 804									
DRG 482									
DRG 483									
HDG 1									
DRG 1									
DRG 2									
...									
Gesamt Stichproben- fehler <sup>2</sup>									

<sup>1</sup> Fälle gewichtet mit dem reziproken Auswahlatz der Stichprobe.

<sup>2</sup> Der Stichprobenfehler kann nur zur Rate der Fehlaufnahmen insgesamt berechnet werden.

## 2.2 Fehlbelegungsfälle und -tage nach Ländern (Jahre)

Land	Fallzahl ungewichtet	Fallzahl gewichtet <sup>1</sup>	Belegungstage je Fall Median	Notwendige Tage je Fall Median	Belegungstage je Fall Std.abw.	Notwendige Tage je Fall Std.abw.	Varianzanteil Fehlbelegung	Rate Fehlbelegungstage gewichtet <sup>1</sup>	Rate Fehlaufnahmen gewichtet <sup>1</sup>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baden-Württemberg									
Bayern									
Berlin									
Brandenburg									
Bremen									
Hamburg									
Hessen									
Mecklenburg-Vorpommern									
Niedersachsen									
Nordrhein-Westfalen									
Rheinland-Pfalz									
Saarland									
Sachsen									
Sachsen-Anhalt									
Schleswig-Holstein									
Thüringen									
Gesamt <sup>2</sup>									

<sup>1</sup> Fälle gewichtet mit dem reziproken Auswahlatz der Stichprobe.

<sup>2</sup> Fallzahl je Land gewichtet mit der Relation des Anteils aller zum Anteil geprüfter Fälle des Landes.

### **3 Berichtstermine und Berichtszeitraum**

Der MDS berichtet zum 01.04. jedes Jahres über die Ergebnisse des abgelaufenen Kalenderjahres und die kumulierten Ergebnisse eines mehrjährigen Erhebungszeitraums.

Der Erhebungszeitraum ist zu ändern, wenn die Rate der Fehlaufnahmen des abgelaufenen Kalenderjahres signifikant von der Rate der Vorjahre abweicht.

### **4 Kommentierung**

Die Kommentierung des MDS umfasst insbesondere

- a) Listen der Fallgruppen mit den höchsten Raten an Fehlaufnahmen und Fehlbelegungstagen.
- b) Veränderung der Fehlbelegung im Zeitverlauf insgesamt und nach Schwerpunkten der Fehlbelegung.
- c) Änderungen der Kriterien gemäß Abschnitt 2 und 3 im Berichtsjahr.
- d) Änderungen des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen (§ 115 b Abs. 1 SGB V).
- e) Hinweise, die den Krankenhäusern zur Verbesserung der internen Prozesssteuerung und den Krankenkassen zur Fallsteuerung dienlich sind.

Anlage 6

Technische Anlage  
Datenübermittlung  
zur MDS-Statistik

*(noch nicht erstellt)*

Siegburg, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Kassel, Hamburg

den .....

.....  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

.....  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

.....  
AOK-Bundesverband

.....  
Bundesverband der Betriebskrankenkassen

.....  
IKK-Bundesverband

.....  
Bundesknappschaft

.....  
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

.....  
See-Krankenkasse