



Merke

Die sozialmedizinische Terminologie unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Fehlbelegung. Bei der **primären Fehlbelegung** wird davon ausgegangen, dass bereits die vollstationäre Krankenhausaufnahme vermeidbar gewesen wäre. Bei der **sekundären Fehlbelegung** wird davon ausgegangen, dass zwar eine Aufnahme-notwendigkeit gegeben, die vollstationäre Verweildauer jedoch zu lang war [3]. Dies entspricht den sozialrechtlichen Begriffen der Notwendigkeit (Frage der primären Fehlbelegung) und Dauer (Frage der sekundären Fehlbelegung) von Krankenhausbehandlung des § 39 SGB V.

Die Begutachtung der **Voraussetzung einer Leistung** umfasst die Prüfung der Indikationsstellung und/oder die angewandte Methode. Die Frage der Notwendigkeit einer Leistung im Einzelfall hat primär immer der behandelnde Arzt ex ante unter Berücksichtigung der sozialrechtlichen Vorgaben im SGB V zu beantworten [10]. Die gutachtlichen Stellungnahmen sollen jedoch auch die Voraussetzungen im Sinne des § 12 SGB V für die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung überprüfen und im Einzelfall klären, ob z.B. die Vergütung eines **Zusatzentgelts (ZE) für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)** erforderlich ist. NUB werden dabei definiert als ärztliche Leistungen (einschließlich der eingesetzten Arzneimittel, Hilfsmittel und Medizinprodukte), die entweder bislang noch nicht oder nur in anderen Indikationen (oder Dosierungen) zu Lasten der GKV erbracht wurden. Eine **Prüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** einer im Krankenhaus erbrachten ärztlichen Leistung ist nicht nur durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) möglich, sondern auch im Einzelfall zulässig. Der behandelnde Arzt hat ebenso wie sein Patient eine diesbezügliche Einschränkung seiner Therapiefreiheit hinzunehmen [8].

9.2.2 Rechtsgrundlagen der Begutachtung

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Regelungen für die Begutachtung der ordnungsgemäßen Abrechnung, der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung und der Indikation der Leistung finden sich im SGB V, im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Ablauf des Prüfverfahrens wurde in einer Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. nach § 275 Abs. 1c SGB V und gemäß § 17c Abs. 2 KHG vereinbart.

In § 275 SGB V sind die Begutachtungs- und Beratungsaufgaben des MDK bestimmt: „Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ... eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.“

§ 276 SGB V regelt die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenübermittlung an den MDK und enthält eine spezifische Regelung, die dem MDK für Fehlbelegungsprüfungen auch die Befugnis zum Betreten des Krankenhauses einräumt: „Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des MDK befugt, zwischen 8 und 18 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können.“

Im Hinblick auf die Fehlbelegungsprüfung ist § 39 SGB V von besonderer Bedeutung. Dort wird der Leistungsanspruch des Versicherten im Hinblick auf vollstationäre Behandlung und die Vorrangigkeit anderer Versorgungsformen geregelt: „Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambu-

lante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann...“ (Eine stations-äquivalente Behandlung bezeichnet dabei eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten.)

§ 115a SGB V gibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, „bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (**vorstationäre Behandlung**) oder 2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).“

Die Frage des **ambulanten Operierens nach § 115b SGB V** ist in der Praxis häufig Gegenstand der Einzelfallbegutachtung. Dieser Paragraph regelt die Möglichkeit der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren. Er ist Grundlage für entsprechende vertragliche Regelungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe Abschnitt „Vertragliche Grundlagen“).

Die gesetzlichen Regelungen für die Begutachtung der Indikation der Leistung finden sich in den

§§ 2, 12 und 70 SGB V. Demnach haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Nach § 137c SGB V überprüft der G-BA auf Antrag Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der GKV im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht diesen Kriterien entspricht, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie, die zum Ausschluss der Methode aus dem Leistungskatalog für die stationäre Versorgung führt (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung). Im G-DRG-System erfolgt gemäß § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Vergütung der Krankenhausleistungen pro Behandlungsfall mit den in ▶ Tab. 9.3 aufgeführten Entgeltarten.

Deshalb werden – anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen – im Krankenhaus nicht alle neuen Behandlungsmethoden einem allgemeinen, zentralisierten formellen Prüfverfahren

Tab. 9.3 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zur Vergütung von Behandlungsmethoden im Krankenhaus.

Entgeltart	Vereinbarungsverfahren	Vertragliche Regelungen
1.	Fallpauschalenkatalog (DRG) nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG	Vereinbarung auf Bundesebene (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)
2.	Katalog ergänzender ZE nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG	Vereinbarung auf Bundesebene (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)
3.	Entgelte für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)	Empfehlungen auf Bundesebene (§ 9 Abs. 1 KHEntgG), Vereinbarung im Pflegesatzverfahren (§ 18 KHG) für das einzelne Krankenhaus (§ 11 Abs. 1 KHEntgG)
4.	Entgelte für NUB, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)	Empfehlungen auf Bundesebene (§ 9 KHEntgG), Vereinbarung im Pflegesatzverfahren (§ 18 KHG) für das einzelne Krankenhaus (§ 11 Abs. 1 KHEntgG)

DRG = Diagnosis Related Group; FPV = Fallpauschalenvereinbarung; KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz; NUB = Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; NUB-Vereinbarung = Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG; ZE = Zusatzentgelt

durch den G-BA unterzogen. Vielmehr erfolgt die Prüfung der eingesetzten Methoden im zugelassenen Krankenhaus grundsätzlich präventiv durch das Krankenhaus selbst und retrospektiv durch den MDK lediglich im Einzelfall anlässlich von Beanstandungen.

Vorsicht



Dem Krankenhaus ist nach § 137c SGB V nicht generell verboten, neue Behandlungsmethoden auf Kosten der GKV anzuwenden, solange der G-BA keine negative Beurteilung abgegeben hat. Die Behandlungsmethoden müssen allerdings dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügen und eine Krankenhausbehandlung muss notwendig sein.

Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)

Die Selbstverwaltungspartner Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband wurden im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes auf Bundesebene verpflichtet, das Verfahren der Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach § 275 SGB V bundeseinheitlich zu vereinbaren.

Vorsicht



Die Vereinbarung **gilt nicht** für Prüfungen der Abrechnung im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren am Krankenhaus und **auch nicht** bei Entbindungsfällen.

Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung hat die Krankenkasse innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Krankenhausrechnung dem Krankenhaus den Prüfgegenstand (primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung, Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Diagnosen oder Prozeduren, Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen) so konkret wie möglich mitzuteilen.

Im Vorverfahren haben Krankenkassen und Krankenhäuser die Möglichkeit, unplausible Datensätze zu korrigieren und im Rahmen des Falldialogs Rechnungen zu ändern.

Die Krankenkasse hat den MDK zu beauftragen, wenn im Vorverfahren keine Datenkorrektur erfolgt, im Falldialog keine Einigung erzielt wird oder die Beauftragung des MDK aus Sicht der Krankenkasse notwendig ist. Eine direkte Beauftragung des MDK, also ohne Durchführung eines Vorverfahrens, ist ebenfalls möglich.

Der MDK zeigt dem Krankenhaus das Einleiten einer Prüfung unverzüglich an (die Prüfanzzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen nach Beauftragung zugegangen sein).

Vorsicht



Eine Beschränkung der MDK auf den beauftragten Prüfgegenstand besteht nicht. Eine Erweiterung des Prüfgegenstands ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

Der MDK und das Krankenhaus verständigen sich über den Ort der Prüfung. Kommt eine Verständigung nicht zustande, entscheidet der MDK, ob er von seiner Befugnis nach § 276 Abs. 4 SGB V zu einer Prüfung vor Ort Gebrauch macht, sonst erfolgt eine Prüfung im schriftlichen Verfahren.

Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren hat das Krankenhaus die angeforderten Unterlagen innerhalb von 16 Wochen nach Zugang der Anforderung an den MDK zu übermitteln. Sind die Unterlagen dem MDK nicht innerhalb der 16 Wochen zugegangen, hat die Klinik nur noch Anspruch auf den unstrittigen Betrag. Unterlagen des Krankenhauses, die nicht fristgerecht eingehen, können bei der Begutachtung inhaltlich nicht berücksichtigt werden.

Bei Zahlung einer Pauschale von 300 Euro durch das Krankenhaus an die Krankenkasse kann die Frist zur Unterlagenübermittlung um 6 Wochen verlängert werden.

Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung innerhalb von 13 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzzeige mit wesentlichen Gründen dazulegen.

Innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Krankenkasse kann das Krankenhaus ein freiwilliges Nachverfahren gegenüber der Krankenkasse mittels einer begründeten Stellungnahme vorschlagen. Das Nachverfahren muss auf Basis der bis zum Ende der MDK-Begutachtung

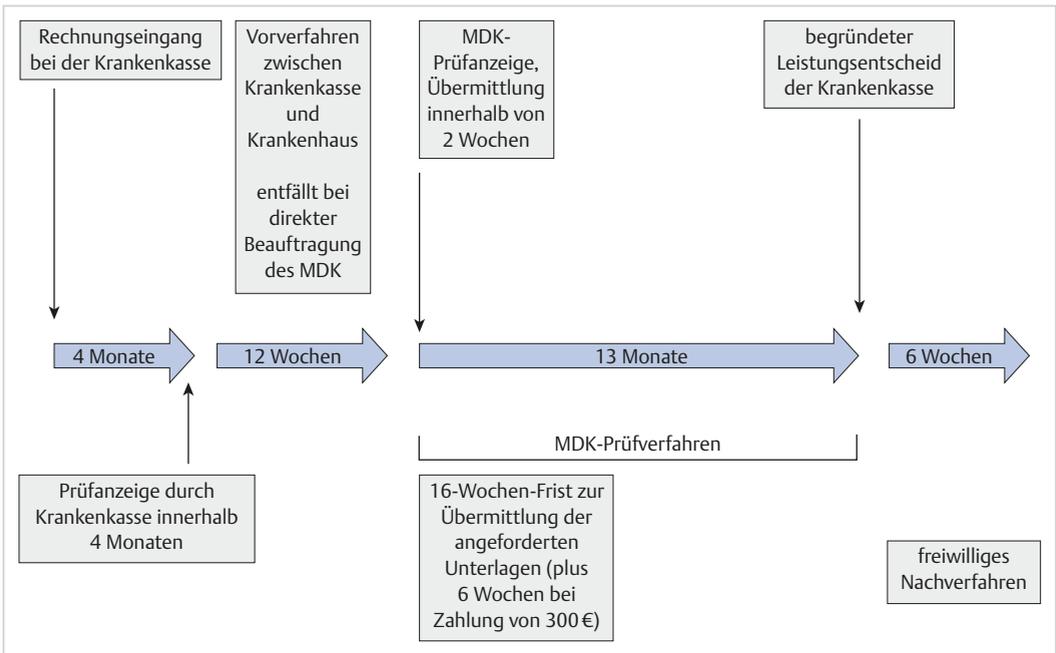


Abb. 9.1 Schematische Darstellung des Ablaufs der MDK Prüfungen nach PrüfV. Cave: Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden die Fristen zur Unterlagenübermittlung (28 Wochen) und das MDK-Prüfverfahren (16 Monate) zeitlich begrenzt verlängert.

übermittelten Daten und Unterlagen erfolgen (► Abb. 9.1).

Vorsicht



Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden die Fristen zur Unterlagenübermittlung (28 Wochen) und das MDK-Prüfverfahren (16 Monate) zeitlich begrenzt verlängert.

Vertragliche Grundlagen

Die Gesetze sehen eine Reihe vertraglicher Regelungen und Vereinbarungen zum Thema „Fehlbelegung“ vor. Der **dreiseitige Vertrag zum ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V** dient dazu, bundesweit gültige einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen, und zielt darauf ab, nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zudem einen **Fallpauschalenkatalog** sowie einen **Katalog ergänzender Zusatzentgelte** vereinbart (Fallpauschalenvereinbarung, FPV; siehe ► Tab. 9.3). Für die NUB-Vergütung werden jedes Jahr krankenhaushausindividuell zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart. Gemäß dieser **NUB-Vereinbarung** darf ein krankenhaushausindividuelles Entgelt nicht für Methoden vereinbart werden, die gemäß § 137c SGB V vom G-BA von der Finanzierung durch die GKV ausgeschlossen wurden. Außerdem muss gemäß § 17b KHG das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) „nach eigenem Ermessen“ prüfen, ob eine NUB mit den in der FPV vereinbarten DRG und ZE noch sachgerecht vergütet werden kann. Das Ergebnis dieser Prüfung wird gemäß § 1 Abs. 3 der NUB-Vereinbarung jeweils zum 31.12. eines Jahres in Kurzform im Internet veröffentlicht. Diese „**NUB-Liste**“ des InEK gilt juristisch „als eine Art sachverständiges Gutachten über die Frage der sachgerechten Vergütung“ einer im Krankenhaus zur Anwendung kommenden innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethode [7].

Vorsicht



Die Aufnahme eines speziellen Kode für eine Behandlungsmethode im amtlichen Prozedurenverzeichnis (OPS), eines Zusatzentgelts in der Fallpauschalenvereinbarung oder in der NUB-Liste des InEK bedeutet nicht, dass dieser eine Bewertung zugrunde liegt, ob die betreffende Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und somit eine Leistungspflicht der GKV vorliegt.

Rechtsprechung

Das Thema „Fehlbelegung“ war und ist immer wieder Gegenstand der Sozialrechtsprechung. Zwei Grundsatzfragen wurden durch einen Beschluss des **Großen Senats des Bundessozialgerichts** (BSG) vom 25.09.2007 (GS 1/06) geklärt. Es ging zum einen um die Frage, welche Rolle die Notwendigkeit einer speziellen Unterbringung oder Betreuung im Zusammenhang mit vollstationärer Krankenhausbehandlung spielt und inwieweit die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung gerichtlich uneingeschränkt überprüft werden kann oder ob dem Krankenhausarzt in diesem Zusammenhang eine sog. Einschätzungsprärogative (Vorrecht der Entscheidung) zukommt. Der Große Senat hat hierzu entschieden: „Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, **richtet sich nach medizinischen Erfordernissen**. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss ... Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall **uneingeschränkt zu überprüfen**. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine ‚Einschätzungsprärogative‘ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu ...“

In einem für die Beurteilung der **Indikationsstellung** für spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung relevanten Urteil entschied das **Bundesverfassungsgericht** am 06.12.2005 (sog. Nikolausurteil, Az.: 1 BvR 347/98). Eine Leistungsverweigerung durch eine gesetzliche Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue Behandlungsmethode sei aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen, weil der G-BA diese noch nicht anerkannt hat, verstößt demnach gegen das Grundgesetz, wenn folgende **3 Voraussetzungen** kumulativ erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung (gleichgestellt sind nach der Rechtsprechung des BSG andere Erkrankungen, bei denen die körperliche Unversehrtheit dauerhaft beeinträchtigt zu werden droht, wiederum mit Eingrenzung auf akute, notstandsähnliche Extremsituationen).
- Bezüglich dieser Erkrankung steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. Der „allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse“ wird insbesondere in den Aussagen evidenzbasierter nationaler oder internationaler Leitlinien abgebildet.
- Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Vorsicht



Dieser Leistungsanspruch wurde im Jahr 2012 in den neuen **§ 2 Abs. 1a SGB V** aufgenommen und gilt im gesamten Leistungsrecht der GKV, also sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Das Qualitätsgebot des **§ 2 Abs. 1a SGB V** gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich.⁸⁶⁷

⁸⁶⁷ BSG, 13.12.2016 – B 1 KR 1/16 R, BSG vom 19.12.2017, Az B 1 KR 17/17 R

9.2.3 Fragestellungen und Methodik der Begutachtung

Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung

Grundsätzlich ist für die Begutachtung der Zeitpunkt zu berücksichtigen, zu dem die jeweils behandlungsrelevanten Informationen vorlagen. Das „Ex-ante-Prinzip“ fordert, dass sich der Gutachter bei der Beurteilung quasi in die Situation des behandelnden Arztes zurückversetzt und sich die Frage stellt, ob er sich mit den zum Aufnahme- bzw. Behandlungszeitpunkt vorliegenden Informationen ebenfalls für eine Krankenhausaufnahme oder stationäre Weiterbehandlung des Patienten entschieden hätte. Die Wertung erst zu einem späteren Zeitpunkt verfügbarer Informationen („hinterher ist jeder schlauer“) würde gegen dieses Prinzip verstoßen und damit keine sachgerechte Begutachtung ermöglichen [4].

Für die sachgerechte Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung sind neben dem erforderlichen medizinischen Wissen auch Kenntnisse der rechtlichen und vertraglichen Grundlagen sowie die Berücksichtigung einiger methodischer Grundsätze unbedingt erforderlich.

Bei der Begutachtung hat sich das Vorgehen nach dem – aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammenden – „Intensity/Severity“-Prinzip bewährt. Dieses Prinzip besagt, dass sich die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung entweder aus der Intensität der Behandlung oder aus der Schwere der Erkrankung ergibt. Die Intensität der Behandlung kann mit der Frage gleichgestellt werden, ob zur Behandlung des Patienten die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich sind bzw. waren. Hierzu zählen gemäß Urteil des BSG vom 28.1.1999 (Az. B 3 KR 4/98 R) „die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeit eines Arztes“.

Zur Beantwortung der Frage nach der Intensität der Behandlung benötigt der Gutachter natürlich eingehende medizinische Kenntnisse bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses, aber auch der Möglichkeiten anderer Versorgungssektoren (z. B. ambulante Operationszentren, Schwerpunktpraxen). Im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung sind sowohl das jeweilige Krankheitsbild (aktuelle oder potenzielle vitale Gefährdung) als auch von der akuten Erkrankung unab-

hängige patientenindividuelle Faktoren (z. B. Komorbiditäten) zu berücksichtigen. Es ist die Frage zu beantworten, ob der Patient so schwer erkrankt ist bzw. der dringende Verdacht auf eine so schwere Erkrankung besteht, dass hierfür die besonderen Mittel (Intensivstation, Möglichkeiten zur Notfalloperation/Notfallintervention, ständige Anwesenheit von Pflegepersonal und ärztlichem Personal) des Krankenhauses erforderlich sind.



Vorsicht

Das „Intensity/Severity“-Prinzip findet sich auch im G-AEP-Katalog wieder: A-Kriterien: Schwere der Erkrankung, B-Kriterien: Intensität der Behandlung.

Für den Bereich des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V existiert ein vertraglich vereinbarter Kriterienkatalog, das **German Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP)**, der Tatbestände auflistet, bei denen eine stationäre Durchführung eigentlich ambulant erbringbarer Leistungen notwendig sein kann.

Wichtig für die Anwendung dieses Kriterienkatalogs ist es, dass er eine sog. Override Option enthält. Diese ist wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte und der daraus resultierenden Problematik, mit einer überschaubaren Anzahl von Kriterien alle denkbaren Konstellationen abzubilden, erforderlich. Die **Override Option** besagt, dass die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme auch dann gegeben sein kann, wenn keines der G-AEP-Kriterien erfüllt ist oder – umgekehrt – die Notwendigkeit auch verneint werden kann, obwohl ein Kriterium erfüllt ist.



Merke

Das G-AEP umfasst **34 Kriterien**, die entweder allein oder in Kombination eine vollstationäre Krankenhausbehandlung begründen können. Die Kriterien sind in **6 Gruppen (A-F)** zusammengefasst, die Aspekte der Schwere der Erkrankung, der Intensität der Behandlung, der durchgeführten Maßnahmen, bestehender Komorbiditäten, der postoperativen Betreuung und soziale Faktoren mit unmittelbarem Bezug zu medizinischen Erfordernissen umfassen.

Vorsicht



Der Kriterienkatalog des G-AEP ist zwar hilfreich, um dem dokumentierenden Krankenhausarzt eine Reflexion seiner Aufnahmeentscheidung zu erleichtern. Für die Begutachtung ist jedoch die medizinische Dokumentation der Gegebenheiten im Einzelfall entscheidend.

Zusatzinfo



Hatte man zunächst erwartet, dass in einem Fallpauschalensystem die Frage der Verweildauer (sekundäre Fehlbelegung) keine wesentliche Rolle mehr spielen würde, wurde durch die Einführung von **unteren und oberen Grenzverweildauern** (UGVD/OGVD) die Frage nach der Dauer von Krankenhausbehandlung wieder unmittelbar erlösrelevant. Die Frage nach der sekundären Fehlbelegung im Hinblick auf die untere Grenzverweildauer stellt zwischenzeitlich eine der häufigsten Fragen in der sozialmedizinischen Begutachtung dar [13]. Patienten werden nicht selten einen oder mehrere Tage vor dem Eingriff stationär aufgenommen, daraus kann eine Überschreitung der UGVD oder OGVD resultieren. Eine zwingende medizinische Rechtfertigung für solche präoperativen Tage findet sich häufig nicht, meist stehen organisatorische Gründe im Vordergrund (Aufklärung, weite Anreise etc.).

Seit 2020 sind die Entgelte für die Pflege aus den Fallpauschalen im G-DRG-System ausgegliedert. Eine Prüfung der Pflegeentgelte ist gesetzlich ausgeschlossen. Grundsätzlich gilt auch für die übrigen Leistungen das in § 39 SGB V festgeschriebene Prinzip der Vorrangigkeit ambulanter vor stationären Leistungen. Entsprechend ist auch für diese Leistungen im Einzelfall zu prüfen, ob eine ambulante Durchführung unter Berücksichtigung der individuellen medizinischen Umstände möglich gewesen wäre.

Merke



Algorithmus

Bei der Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung sind grundsätzlich **folgende Fragen zu beantworten** [5]:

- Konnte die medizinisch erforderliche Behandlung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden (Intensität der Behandlung)?
- Hat der Zustand des Patienten die vollstationäre Krankenhausbehandlung begründet (Schwere der Erkrankung)?
- Gibt es mit der Behandlung zusammenhängende Gründe/Begleitumstände, die eine vollstationäre Behandlung medizinisch erforderlich machen?
- Welche Versorgungsform wäre anstelle der vollstationären Krankenhausbehandlung geeignet gewesen?

Ordnungsgemäße Abrechnung

Die Begutachtung der ordnungsgemäßen Abrechnung umfasst **alle abrechnungsrelevanten Daten**. Hierzu können entsprechend der Systematik des G-DRG-Systems – je nach DRG – auch demografische Merkmale (z.B. Alter bei Aufnahme) oder administrative Daten gehören (z.B. Entlassungsgrund). Meist steht aber die Frage der korrekten Angabe von Diagnosen und Prozeduren oder anderer mit der Behandlung in Verbindung stehender Daten (z.B. Beatmungsstunden) im Vordergrund.

Aufgrund der Tatsache, dass bei den meisten DRG Hauptdiagnose und/oder Prozeduren für die Gruppierung entscheidend sind, hat sich in der Praxis eine bestimmte Reihenfolge bei der Begutachtung der Kodierung bewährt. Neben der Berücksichtigung des allgemeinen Teils der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sind auch Festlegungen aus dem speziellen Teil zu berücksichtigen (für die Orthopädie/Unfallchirurgie von besonderer Relevanz: Kapitel 19 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ und Kapitel 18 „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“, die andernorts nicht klassifiziert sind, da hier auch die Hauptdiagnose bei Aufnahme zur Schmerztherapie geregelt wird).

Der erste Teil der Deutschen Kodierrichtlinien enthält allgemeine Richtlinien zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Es werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. In den **Speziellen Kodierrichtlinien** werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den **Allgemeinen Kodierrichtlinien** abgewichen werden muss.

Im ersten Schritt erfolgt die Prüfung der Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose ist „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“ [1].

Im zweiten Schritt werden die angegebenen abrechnungsrelevanten Prozeduren geprüft. Auch hier enthält der allgemeine Teil der DKR grundsätzliche Regelungen (P001 bis P016). Sind Haupt-

diagnose und Prozeduren geprüft bzw. falls nötig korrigiert, schließt im dritten Schritt die Prüfung der (noch) abrechnungsrelevanten Nebendiagnosen an.

Die Regelungen in der DKR sind gegenüber den Festlegungen in den Schlüsselverzeichnissen ICD und OPS vorrangig. Selbstverständlich ist auch zu beachten, ob die angegebenen Diagnosen entsprechend ihrer medizinischen Definition tatsächlich vorgelegen haben und die Prozeduren/Operationen in der Art und Weise durchgeführt wurden, wie sich dies aus der Definition der Kodes ergibt.

Insbesondere bei den sog. **Komplexbodes** (z. B. Schlaganfallbehandlung, Palliativbehandlung, intensivmedizinische Behandlung etc.), für deren Kodierung sowohl die Einhaltung struktureller Mindestmerkmale (fachärztliche Qualifikationen, bauliche Voraussetzungen etc.) als auch die Erbringung bestimmter Leistungen am Patienten erforderlich sind, finden sich hier nicht selten Abweichungen von der Definition.

Fallbeispiel

Eine 45 Jahre alte Frau wurde nach einem Freizeitunfall (geschlossene Unterarmfraktur rechts) operativ mittels winkelstabiler Platten versorgt. Postoperativ zunächst außer einer Schwellung komplikationsloser Verlauf. Unter konsequenter Hochlagerung und Kühlung langsame Besserung der Schwellung und Entlassung der Patientin. Im weiteren ambulanten Verlauf nahm die Schwellung wieder zu, es entwickelte sich zunehmend eine Glanzhaut und eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des rechten Armes. Das Röntgenbild zeigte die typischen Knochenveränderungen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS).

Da sich die Symptomatik unter ambulanter Krankengymnastik alleine nicht besserte, wurde die Patientin erneut stationär in der erstversorgenden Klinik aufgenommen. Unter intensiver oraler Schmerztherapie mit u. a. Targin (Oxycodon/Naloxon-Kombination) wurde die krankengymnastische Übungsbehandlung intensiviert, Motorschienenbehandlung, Lymphdrainage und Kältetherapie wurden eingeleitet. Darunter lang-

same Besserung. Entlassung nach 21 Tagen in die weitere ambulante Betreuung. Die Klinik stellte der Krankenkasse folgende Fallpauschale in Rechnung: HD: M89.03 *Neurodystrophie (Algodystrophie): Unterarm, DRG: B71D Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie.* Mit einer Behandlungsdauer von 21 Tagen wurde die OGVD um 11 Tage überschritten.

Beurteilung: Die Krankenhausaufnahme für den 2. Aufenthalt war bei der Patientin nicht begründet. Die Diagnose eines CRPS war bei der Patientin bereits vor Klinikaufnahme gestellt worden, die Patientin war rehabilitationsfähig und in ihrer Mobilität nicht eingeschränkt. Sämtliche durchgeführten Maßnahmen stellen klassische Methoden der medizinischen Rehabilitation dar und erfordern nicht die besonderen Mittel vollstationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Als Substitutionspotenzial ist hier eine ambulante Rehabilitation zu benennen.

B

9

Voraussetzung der Leistung

Neben der Frage nach der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung bzw. ihrer korrekten Abrechnung kann im Einzelfall auch die Frage nach der Notwendigkeit einer Einzelleistung oder auch die Kombinationsfrage Notwendigkeit (Indikation) der Leistung und Korrektheit der Abrechnung gestellt werden (zusätzlich auch Fragen nach der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Methode). Insbesondere innovative, in Erprobung befindliche oder alternative, nicht wissenschaftlich anerkannte, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können im Rahmen vollstationärer Krankenhausbehandlung entgeltrelevant werden. Auch die operative Behandlung gesunder Organe, z. B. im Rahmen bariatrisch-chirurgischer Eingriffe zur Gewichtsreduktion oder bei Mamma-Reduktionsplastiken zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen, ist Teil dieses Begutachtungsgebiets.

Merke



Algorithmus

Bei der Prüfung von Behandlungsmethoden im Krankenhaus sind **folgende Aspekte** zu berücksichtigen:

- Führt die Methode in eine höherwertigere DRG und ist die Anwendung der Behandlungsmethode damit entgeltrelevant?
- Wird durch die angewandte Behandlungsmethode die Abrechnung eines Zusatzentgelts (ZE) oder eines krankenhausespezifischen NUB-Entgelts ausgelöst?
- War die stationäre Krankenhausaufnahme alleine aufgrund der Tatsache, dass diese Methode angewandt werden soll, erforderlich bzw. kam es durch die Methode zu einer entgeltrelevanten Verlängerung des stationären Aufenthalts?

Sind die drei Fragen des Algorithmus mit „nein“ zu beantworten, so erübrigt sich eine Methodenbewertung in der Einzelfallbegutachtung. Die Frage nach der Notwendigkeit der Behandlung im Krankenhaus ist in diesem Fall unabhängig von der speziell eingesetzten Methode zu beantworten. War eine vollstationäre Krankenhausaufnahme erforderlich, muss zur korrekten Kodierung der Leistung Stellung genommen werden und das für die Leistung zutreffende Entgelt ist zu benennen.

Ist eine der Fragen mit „ja“ zu beantworten, so ist die Bewertung der Methode mit einzubeziehen. Hierbei sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung und somit die Frage des Patientenschutzes bzw. die Risikobewertung der Methode auf den konkreten Einzelfall bezogen zu berücksichtigen (► Abb. 9.2).

Bezieht sich die Fragestellung an den Gutachter ausschließlich auf eine konkrete Methode, ist zunächst zu prüfen, ob die Leistung gemäß § 137c SGB V durch den G-BA aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen ist. Handelt es sich um eine neue oder unkonventionelle Methode, die nicht als dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend anzusehen ist, ist begründet darzustellen, inwieweit den gesetzlichen Normen für die Erbringung von Leistungen im Krankenhaus nicht entsprochen wird. Es ist auf Behandlungsalternativen, d. h. auf den Behandlungsstandard hinzuweisen. Können im konkreten Fall einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung keine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden diagnostischen oder therapeutischen Alternativen benannt werden, sind für die neue Methode jedoch in der Fachliteratur Erfolgsaussichten belegt (Heilung oder zumindest eine „spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“), so ist dieser Sachverhalt im Gutachten darzustellen. Zusätzlich sollte im Gutachten ein Hinweis gegeben werden, wenn aus den Unterlagen ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie erfolgte.

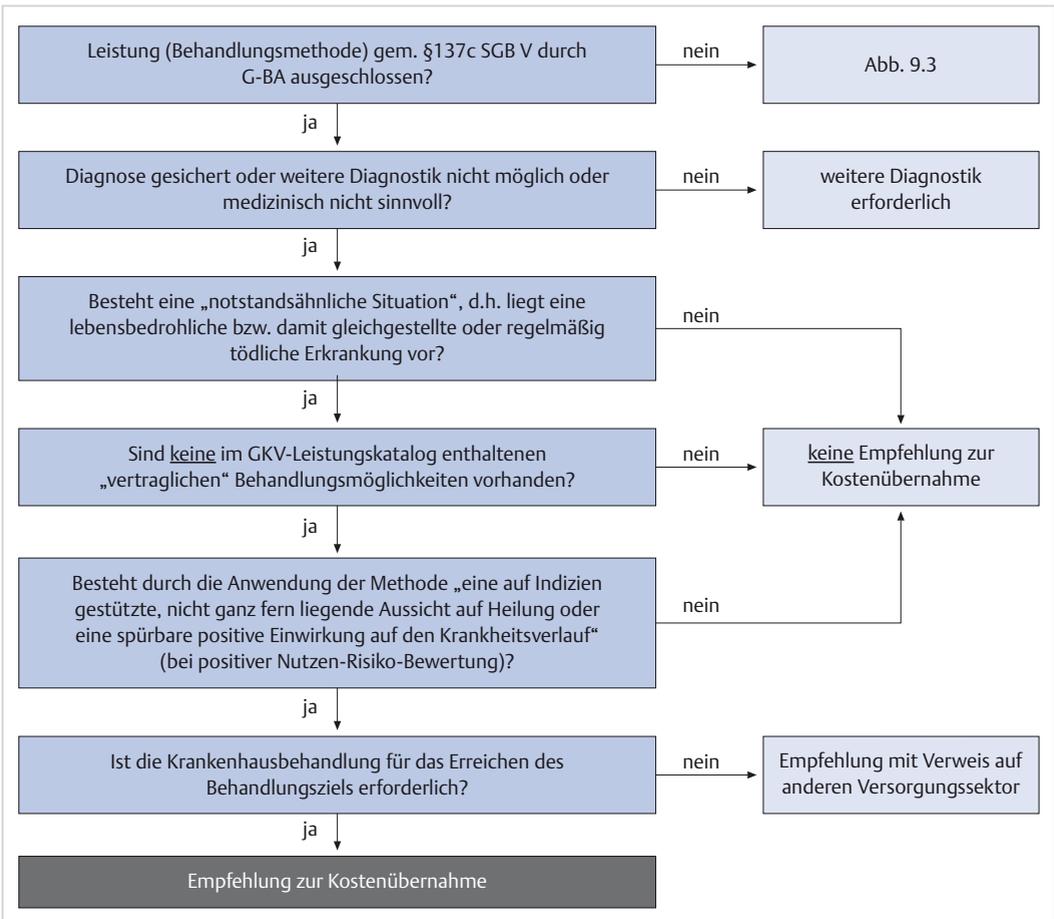


Abb. 9.2 Vorgehen bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Fragen zur Indikation und Zweckmäßigkeit einer Behandlungsmethode im Krankenhaus. G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

Falls die Behandlungsmethode vom G-BA nicht gemäß § 137c SGB V durch den G-BA aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen ist, erfolgt die weitere Prüfung zunächst dahingehend, ob die Leistung in der „NUB-Liste“ des InEK mit Status 2 oder 4 belegt ist (► Abb. 9.3). In diesem Fall ist eine Abrechnung mit einem Zusatzentgelt nicht möglich, und somit erübrigt sich eine weitere Methodenbewertung. Ist die Leistung in der NUB-Liste mit Status 1 belegt oder ist eine gesonderte Vergütung für Krankenhausleistungen in Form eines bundeseinheitlichen oder krankenhausesindividuellen Zusatzentgelts (ZE) vereinbart (bzw. ist eine

solche Vereinbarung möglich), erfolgt die Prüfung auf die medizinische Evidenz der Leistung bzw. Indikationsstellung – ggf. unter Berücksichtigung einer vertraglichen Vereinbarung über die anzuerkennenden Indikationen.

Als Konsequenz kann sich für die anfragende Krankenkasse bei allen Prüfanlässen zur medizinischen Indikation ergeben, dass die Leistung nicht zu ihren Lasten erbracht werden durfte oder dass die Erlöse des Krankenhauses für den Behandlungsfall deshalb zu kürzen sind, weil die Behandlung eine erlösrelevante Verlängerung der Verweildauer bewirkte.