

PRIMÄRE UND SEKUNDÄRE FEHLBELEGUNG BEI MDK-PRÜFUNGEN



Dr. med. Bernd Gramich
Diakonie Klinikum Stuttgart
Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Veranstaltung VPKD, DGPM, CPKA
8.11.2019
Frankfurt/Main

10

Coram iudice et in alto mari sumus in manu Dei



Vor Gericht und auf hoher See sind wir in Gottes Hand



- **GLIEDERUNG**
- **INDIKATIONSSTELLUNG - PRIMÄRE FEHLBELEGUNG**
- **SEKUNDÄRE FEHLBELEGUNG – Dokumentation von Behandlungszielen**
- **NEUE URTEILE (Frau RÄ Kneer-Weidenhammer)**
- **RESUMEE**

Schema der gestuften Versorgung



BEHANDLUNGSSETTING

STANDARD-PROGRAMM

Medizinische Betreuung

Nordic Walkg; Kräftigung

Entspannungsverfahren

Morgen- und Abendrunde

Pflege-Gespräch Einzel

Sozialtherapie

Körpertherapie

Kunsttherapie

Einzeltherapie

Gruppentherapie



PATIENT

INDIVIDUELLE ZUSATZTHERAPIE

Medizinische Behandlung

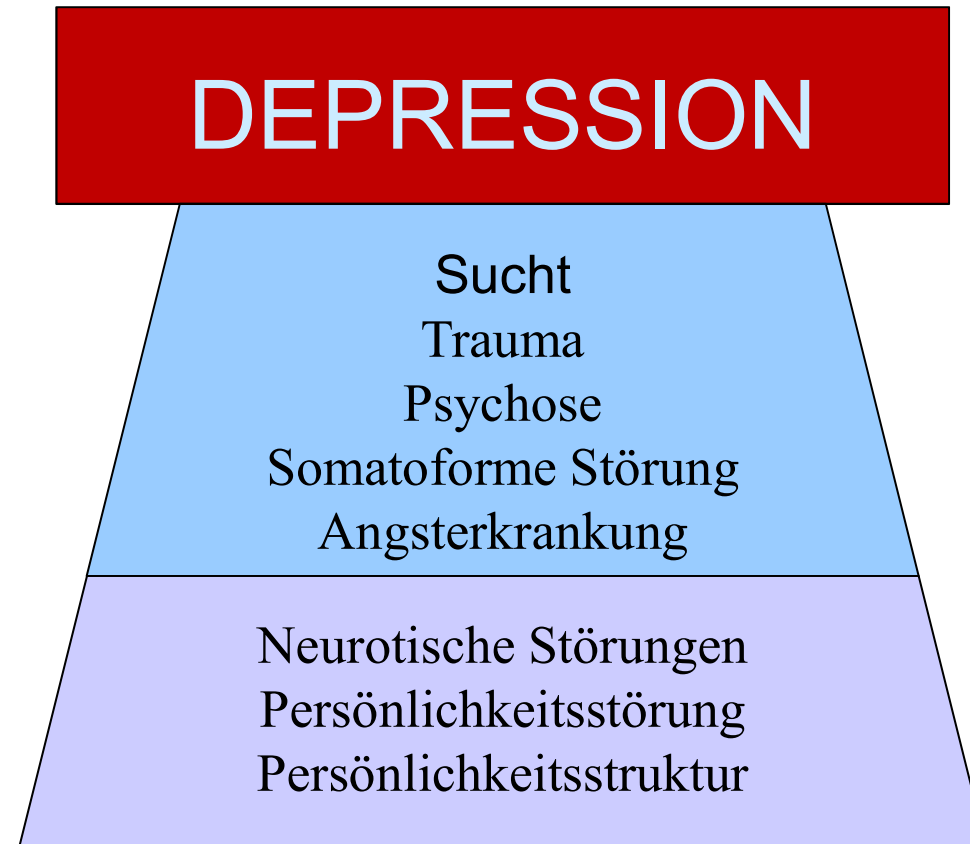
Genuß-Gruppe

Stabilisierungsgruppe

Besprechung Esspläne

DEPRESSION, KOMORBIDITÄT, STRUKTUR

- Hauptdiagnose
- Psychische Komorbidität
- Somatische Komorbidität
- Basale Störung/Problem



- **GRUNDSATZKRITERIEN**
- **1. WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT § 12 (1) SGB V**
- Leistungen müssen
 - ausreichend
 - zweckmäßig
 - wirtschaftlich sein;
 - dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- **2. KRANKENHAUSBEHANDLUNG IST NACH PRÜFUNG DURCH DAS KRANKENHAUS ERFORDERLICH (§ 39 (1) SGB V), wenn**
 - das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(Nach Nosper , Psychotherapeutenjournal 3/2017, S. 226)

- **WEITERE KRITERIEN**
- Festlegungen der Fachgesellschaften in den S3-Leitlinien zur Notwendigkeit stationärer Behandlung bei einzelnen Krankheitsbildern

KRANKENHAUS

- Akute od. komplexe Krankheit
- Nötige Hochdosistherapie
- Hoher Bedarf Einzeltherapie
- Differenzialdiagnostik notwendig
- Ständige FA-Präsenz nötig (Krisen)
- Kontinuierlich Fachpflege erforderlich
- Fehlende Voraussetzung für ambulante Behandelbarkeit
- Krisenintervention erforderlich
- Akute somatische Mitbehandlung nötig
- Sozialmedizinische Begutachtung nötig
- Berufliche Zukunftsklä rung nötig
- Gefährdung der Erwerbsfähigkeit trotz Ausschöpfen der Möglichkeiten im Akutbereich

KRANKENHAUS VS REHA – „VAGE“ KRITERIEN „EHER FÜR...“

KRANKENHAUS

- Akutes Krankheitsbild
- Primär kausaler/kurativer Behandlungsansatz sinnvoll
- Wohnortnahe Behandlung sinnvoll

REHABILITATION

- Chronifiziertes Krankheitsbild
- Berufliche Orientierung bzw Teilhabe-Orientierung
- Spezialisiertes Setting mit spezifischen psychoedukativen Elementen
- Distanz zum häuslichen Umfeld sinnvoll

Nach: Köllner, Hildenbrand, Gündel, 2018

- **AUSSCHLUSS-KRITERIEN REHABILITATIONSBEHANDLUNG** (Nosper S.31)
- **GRÜNDE IN DER PERSON DES BETROFFENEN**
 - Unzureichende Belastbarkeit für die Anforderungen des Reha-Programmes
 - Fehlende eigenständige Mobilisierung
 - Kognitive, emotionale oder motivationale Überforderung
 - Überforderung durch Gruppenarbeit, Notwendigkeit von Einzeltherapie
- **GRÜNDE IN DER REHA-VERSOGUNSGMÖGLICHKEIT**
 - Fortwährendes schweres Gesundheitsproblem, Reha überfordernd
 - Personelle und sachliche Möglichkeiten der Reha reichen nicht aus
 - Symptomschwere läßt Reha nicht aussichtsreich erscheinen
 - Akuität (Wartezeit für Reha nicht möglich)

- **BEURTEILUNGSFAKTOREN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNGSNOTWENDIGKEIT** (nach M.Nosper PTJ 3/2017, S. 227/228)
 - Intensität des krankhaften Zustands
 - Gefährdungsfaktoren
 - Komplexität des gesamten Gesundheitsproblems incl. sozialer Faktoren
 - Grad beeinträchtigter Alltagsaktivität
 - Wirksamkeit und Ergebnisse bisheriger Therapie-Versuche
 - Behandlungsressourcen des Patienten
 - Aktuellen Lebensumstände des Patienten
 - Zielsetzung der Behandlung
 - Erforderliche Therapiedosis zur Symptomreduktion

- **KENNZEICHEN DER KOMPLEXBEHANDLUNG (Nosper PTJ 3/2017, S 229)**
 - Multimodale, multiprofessionelle, integrierter Gesamtbehandlungsplan („multiperspektivisch ansetzende Komplexbehandlung“)
 - Ärztliche Leitung
 - Berücksichtigung der Behandlungsziele, **definierte Zielsetzung**
 - Hohe Therapie-Intensität, hohe Therapie-Dosis
 - Individuell abgestimmter Behandlungsplan
 - Parallele Anwendung evidenzbasierter Therapie-Methoden

- **NOSPER – KONSTELLATION A – optimale Voraussetzungen**

- Fachärztliche Behandlung läuft
- Medikamentöse Behandlung läuft
- Richtlinienpsychotherapie läuft aktuell oder kürzlich

- Nosper, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **NOSPER – KONSTELLATION B**
 - Fachärztliche Behandlung läuft
 - Richtlinienpsychotherapie läuft noch nicht
 - Facharzt hält baldige Richtlinienpsychotherapie nicht für ausreichend
-
- Nospert, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **NOSPER – KONSTELLATION C – schwieriger**
- Nur hausärztliche Behandlung
- Keine Facharzt-Behandlung
- Keine Richtlinienpsychotherapie
- **EIGENTLICHER WEG:** Integration eines Facharztes oder Psychotherapeuten in die Behandlung, seine Einschätzung wäre zu berücksichtigen
- **BEGRÜNDUNG NOTWENDIG** , warum ambulante Kombinationsbehandlung nicht ausreichen wird
- Nospert, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **NOSPER – KONSTELLATION D**
- Patient lehnt indizierte und vom Hausarzt empfohlene fachärztliche Behandlung oder Richtlinienpsychotherapie ab:
 - aus Therapieangst
 - aus Überforderung
 - wegen schwacher Introspektions- u/o Reflektionsfähigkeit
 - Bei rein somatischem Krankheitskonzept
 - Verleugnung psychosozialer Probleme
- **ZIEL: Herstellung von Behandelbarkeit**
- Nosper, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **NOSPER – KONSTELLATION E – Notfallmäßige Krankenhausnotwendigkeit**
 - Krisenhafte Zuspitzungen
 - Angstpatienten
 - Schwere Somatisierungen
-
- Nospert, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **NOSPER – KEINE KONSTELLATION**
- Fehlende Verfügbarkeit ambulanter vertragsärztlicher oder vertragspsychotherapeutischer Versorgung !!
- „Die fehlende Verfügbarkeit einer zeitnahen und ausreichenden ambulanten Psychotherapie rechtfertigt niemals die Verordnung von Krankenhausbehandlung oder medizinischer Rehabilitation.“ (S.229)
- Nosper, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231

- **HÖLZER, M.; KRESS, D. INDIKATIONSKRITERIEN 1**
- 1. Ambulante Psychotherapie wird mangels Motivation, Einsicht bzw Leidensdruck trotz erheblicher Beeinträchtigung (auch des Umfelds) nicht in Anspruch genommen (zB Anorexia nervosa mit Gewichtsverlust)
- 2. Ambulante Therapie kann aus Krankheitsschwere bzw Komplexität nicht in Anspruch genommen werden (Angst- oder Zwangsstörung)
- 3. Ambulante Therapie bietet angesichts der Schwere und Komplexität keine ausreichende Aussicht auf Erfolg
- 4. Ambulante Therapie erscheint nicht vertretbar, da ansonsten erhebliche Risiken für die Gesundheit in Kauf genommen werden müssen (SVV, Angststörg)

■ HÖLZER, M.; KRESS, D. INDIKATIONSKRITERIEN 2

- 5. Ambulante Therapie läßt sich (ggf.wiederholt) nicht realisieren oder zeitigt keine positiven Folgen (mangelnde Beziehungsfähigkeit, kein belastbares Arbeitsbündnis)
- 6. Die Fortsetzung der ambulanten Therapie ist aufgrund eingetretener Komplikationen momentan nicht mehr möglich (z.B. depressive Dekompensation), da sich trotz erheblicher Symptombelastung keine Besserung einstellt und auch ein Therapie-/Therapeutenwechsel keine Aussicht auf Erfolg verspricht
- 7. Das Herauslösen aus einem pathogenen Umfeld erscheint notwendig u/o zwingend, um therapeutische Spielräume zu eröffnen (z.B. bei kollusiven Beziehungsmustern, häuslicher Gewalt....)

Hölzer, M.; Kress, D.: Im Vorfeld der Behandlung – Von der Anmeldung zur Indikation. S.312. In: Hölzer,M.; Wöller,W.; Berberich,G. (Hrsgb). Stationäre Psychotherapie. Von der Anmeldung bis zur Entlassung. Schattauer, Stuttgart, 2018

- **DIMENSIONEN VON BEHANDLUNGSZIELEN 1 (GA Nosper, S.21)**
(folgend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell)
 - **KÖRPERFUNKTIONEN UND STRUKTUREN INCL. PSYCHISCHER**
 - Psychosomatische Regulationsstörungen
 - Psychische Symptomatik (Affekt, Antrieb, Stressregulation, Beziehungsfähigkeit, SVV....)
 - **AKTIVITÄTEN**
 - Selbstversorgung
 - Soziales Leben...
 - **UMWELTFAKTOREN**
 - Unterstützung durch das Umfeld
 - Ablösung aus Familie, Integration in neues Umfeld....

- **DIMENSIONEN VON BEHANDLUNGSZIELEN 2 (GA Nosper. S.21)**
 - **PERSONENBEZOGENE FAKTOREN**
 - Komorbidität (somatisch und psychisch)
 - Krankheitseinsicht und Krankheitsverständnis
 - Krankheitsverarbeitung
 - Compliance
 - Behandlungs- und Veränderungsmotivation

- HILFREICHER KRITERIENKATALOG ZUR INDIKATIONSABSICHERUNG
 - „Krukenberg-Schema“
- PSYCHODYNAMISCHE DIAGNOSTIK OPD 2

- **ZITAT Nosper, GA S.35**
- „Eine einmal begonnene psychosomatische Krankenhausbehandlung muss innerhalb der für die Zielerreichung vorgesehenen und notwendigen Frist im Krankenhaus abgeschlossen werden, um den Therapieerfolg zu gewährleisten und dem Patienten nicht zu schaden. Sie ist grundsätzlich nicht ambulant delegierbar. Patienten und das Krankenhaus müssen sich zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Behandlung darauf verlassen können, dass eine angemessene, auch die Dauer berücksichtigende Behandlungsplanung ohne willkürliche Fremdeingriffe umgesetzt werden kann.“

- **BEHANDLUNGSZIELE FAZIT:**
- Die Dokumentation der Behandlungsziele ist zentral wichtig. Die Zielerreichung als Prozess benötigt nach dem Phasenmodell von Lueger mehr Zeit als die erste Reduktion der Symptomatik (S.21).
- Dabei sollen die zentralen Behandlungsziele in der Dokumentation als mehrstufiger Prozess dargestellt werden, „um nachvollziehen zu können, warum ein Patient trotz symptomatischer Besserung noch im Krankenhaus bleiben muss.“ (S.21) (Wichtig bzgl sekundärer Fehlbelegung)
- Daraus ergibt sich die Erlaubnis und Indikation zu geplanten Behandlungen (S.21).

- **WECHSEL VOLLSTATIONÄRE –TAGESKLINISCHE KRANKENHAUSBEHANDLUNG** (GA Nosper S. 35)
- „Der Wechsel von stationärer in teilstationäre psychosomatische oder psychiatrische Behandlung ist nur zulässig, wenn die Zielsetzung der stationären Behandlung erreicht wurde, jedoch weitere Behandlungsziele bestehen, die zweckmäßiger teilstationär erreicht werden können.“

- **ENTLASSPHASE**
- Entlassplanung und Entlassmanagement
- Engmaschige inhaltliche Dokumentation, symptom- und prozessorientiert
- Dokumentation entlang der Behandlungsziele und der zunehmenden Realitätserprobung – problemorientiert
- Hohe multimodale Therapiedichte bis zuletzt (Trennungsvulnerabilität !)
- Verschiebungen therapeutischer Schwerpunkte innerhalb des biopsychosozialen Modells sind realistisch und zu dokumentieren
- Abschluß- und Entlassgespräch am letzten Tag

Fall 2: S 1 KR 251/18 SG Koblenz



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Sachverhalt: Patient wurde ca. 5 Wochen stationär wg. HD F41.2, NDen F 43.2, F45.41 sowie somatisch M 99.84 behandelt.

Verfahren: Rechnung bezahlt, Prüfung durch MDK (hier Psycholog. Psychotherapeut), Beanstandung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (Fehlbelegung)
Ambul. Behandlung wäre ausreichend gewesen.

Klägerin: macht Rechnungsbetrag geltend

Beklagte: beantragt Klageabweisung

Einholung eines **psychosomatischen Gutachtens:** Ergebnis: Notwendigkeit der stat. Behandlung gegeben

Weitere Begutachtungen durch SV MDK und Ergänzung gerichtl. Gutachter

Beklagte: neue Erkenntnisse aufgrund der Gutachten betreffend Dokumentationsmängel; Behandlung sei nicht entsprechend des Versorgungsauftrages erfolgt; keine Transparenz, nicht nachvollziehbar, was in der Klinik passiere; Überschneidungen von Therapieeinheiten mit Therapieangeboten wie Heublumensack und Schwimmen, nicht nachvollziehbar, wer Gruppen durchgeführt habe etc. Ein Vergütungsanspruch lasse sich nicht damit begründen, dass Therapieangebote gemacht worden seien.

Klägerin: es gäbe keine Manipulationen, keine Fälschungen und Täuschungen. Die Therapiemaßnahmen, die dokumentiert worden seien, seien auch durchgeführt worden.

Entscheidungsgründe:

Anspruch gegeben auf der Grundlage der Ausführungen der SV-Gutachterin

Dokumentation sei trotz auch bestehender Kritik der SV-Gutachterin ausreichend. Die Krankenhausakte müsse einen **geplanten, strukturierten und terminierten psychotherapeutischen Behandlungsprozess** abbilden. Eine Erfassung der Maßnahmen, an denen der Versicherte tatsächlich teilnahm, sei **ausreichend** dokumentiert.

Anmerkung: Dokumentationsmängel werden auch in einem anderen Berufungsverfahren (LSG Rheinland – Pfalz L 5 KR 123/18) geltend gemacht, das noch anhängig ist.

Sachverhalt: Patientin wurde 1 Monat 2016 stationär behandelt wegen depressiver Störung als mittelgradige Episode und einer Somatisierungsstörung (keine ICD-10 Bezeichnung)

Bemerkenswert hier: Sachverständigengutachten durch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Zusammenfassung: Bestätigung der Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme und Behandlung

Beklagte: trotz attestierter schwerer depressiver Episode sei keine antidepressive Medikation erfolgt. Es wären also nicht alle Möglichkeiten zur Vermeidung einer stat. Behandlung versucht worden. Im übrigen hatte der Patient auch AU geschrieben werden können bei teilstationärer Behandlung.

Erg. Stellungnahme des SV – Gutachters: geht nicht auf den Einwand der fehlenden Medikation ein sondern bezieht sich auf die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression und begründet die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit mit der psychiatrischen Komorbidität und der Notwendigkeit der Herausnahme des Pat. aus dem Umfeld

Sachverhalt: Es geht um eine sekundäre Fehlbelegung

Patient wurde im Jahr 2016 36 Tage stationär auf der Grundlage der Einweisungsdiagnose F 43.1; F 33.0 behandelt.

Verfahren: Prüfverfahren, MDK (Psycholog. Psychotherapeutin) verneint Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach dem 30.09.2016

Klägerin: die Diagnosen hätten stationäre KH-Behandlung über den gesamten Zeitraum erforderlich gemacht. Vollständige Krankenakte wird vorgelegt.

Beklagte: Klageabweisung

Sachverständigengutachten: SV-Gutachterin bestätigt KH-Behandlungsbedürftigkeit

Entscheidungsgründe:

Anspruch gegeben aufgrund der Ausführungen der SV-Gutachterin, die die stat. Behandlungsbedürftigkeit bis zur Entlassung gegeben war. Überzeugende Ausführung der Gutachterin dass eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische KH-Behandlung eines festen, auch zeitlich verbindlichen Rahmens bedarf und dass ein (vorübergehend) stabiler Zustand bzw. eine abgeschlossene medikamentöse Einstellung kein Grund für eine kurzfristige, ungeplante Entlassung des Patienten sein darf.

Sachverhalt: Patientin wurde 21 Tage stationär wg. somatisierter Depression, Anpassungsstörungen und psychovegetativer Dysregulation behandelt.

Verfahren: Prüfverfahren – MDK Gutachten, das stat. Krankenhausbehandlung für die gesamte Dauer verneinte. Pat. sei mobil gewesen, keine Suizidalität, amb. Behandlung wäre ausreichend gewesen

Klägerin: KH-Behandlung sei erforderlich gewesen

Beklagte: Klageabweisung

Sachverständigengutachten: SV-Gutachterin bestätigt KH-Behandlungsbedürftigkeit. Pat. sei aufgrund einer Somatisierung und einer Fixierung auf eine Pilzerkrankung **noch nicht therapiefähig** gewesen für eine ambu. Psychotherapie. Ziel der stat. Behandlung sei u.a. das Erreichen der ambu. Therapiefähigkeit gewesen.

Beklagte: legt neues Gutachten des MDK vor. Der Verlaufsdokumentation seien keine Psychopathologika oder relevante Kontextfaktoren zu entnehmen. Es hätten im Vorfeld nur 5 Sitzungen (probatorische) stattgefunden. Es sei gar nicht ausprobiert worden, ob ambulante Psychotherapie nicht doch erfolgreich hätte sein können.

Entscheidungsgründe:

Anspruch bestätigt aufgrund der Ausführungen der SV-Gutachterin

Zum einen: vorliegende **Verweildauer von 21 Tagen angemessen** und kurz, da nur die Hälfte des durchschnittlich im Jahr 2016 gemessenen Wertes von 42,7 Tagen für vergleichbare Einrichtungen.

Zum anderen: Auch wenn nur 5 ambulante probatorische Therapiesitzungen durchgeführt wurden, ist dies ausreichend, eine entsprechende Behandlungsindikation für eine stat. Krankenhauseinweisung zu stellen. **„Es bedarf nicht einer ausgeschöpften ambulanten Vorbehandlung, etwas einer abgeschlossenen Kurzzeittherapie von 25 Stunden, um die Notwendigkeit und Indikation zu einer stat. Behandlung zu klären und stellen zu können.“**

„Das Gesetz verlangt insoweit nicht, dass eine ambulante Behandlung zuvor „ausgeschöpft“ wurde, sondern dass das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung ...“erreicht“ werden kann.

Fall 6: S 6 KR 667/17 SG Koblenz



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Sachverhalt: Patientin wurde 24 Tage stationär wg. Angst + Depression, Panikattacken und Hashimoto behandelt.

Verfahren: Prüfverfahren – MDK Gutachten (Psycholog. Psychotherapeut) das stat. Krankenhausbehandlung für die gesamte Dauer verneinte. Eine amb. Behandlung wäre gut machbar gewesen.

Klägerin: KH-Behandlung sei erforderlich gewesen

Beklagte: Klageabweisung

Sachverständigengutachten: SV-Gutachterin bestätigt KH-Behandlungsbedürftigkeit. Bisherige Behandlungsmaßnahmen seien nicht ausreichend gewesen bzw. hätten von der Pat. störungsbedingt nicht genutzt werden können. Ein ambulanter Therapieversuch sei noch 4 Sitzungen abgebrochen worden.

Entscheidungsgründe:

Anspruch wird aufgrund der Ausführungen der SV-Gutachterin bestätigt. Das Gericht führt aus, dass das Vorliegen von KH-Behandlungsbedürftigkeit insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbed. Patienten stets nur mit Blick auf **tatsächlich** in Betracht kommenden (ambulanten etc.) Behandlungsalternativen beurteilt werden darf. Nur rein theoretisch vorstellbare, besonders günstige Sachverhaltskonstellationen stehen dem Anspruch auf (weitere) Krankenhauspflege nicht entgegen. Das gelte gleichermaßen für eine psychosomatische Behandlung.

Sachverhalt: Es geht um die Vergütung der letzten 6 Tage einer stat. Behandlung im Jahre 2010. Diagnose ist der Entscheidung nicht zu entnehmen. Es gab während der stat. Behandlung einen Therapeutenwechsel, der vom Pat. als narz. Kränkung wahrgenommen wurde. Das Vertrauen hätte neu aufgebaut werden müssen. Es sei zunächst aufgrund des Therapiebruchs zu einer Verschlechterung gekommen.

I. Instanz

Klägerin: Deswegen hätte über die gesamte Dauer stat. KH-Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen.

Beklagte: bestreitet das, verweist auf Weiterbehandlung in PIA und auf ambu. Versorgung
Es wurde eine **nervenfachärztliches Gutachten** eingeholt, das KH-Behandlungsbedürftigkeit verneinte.

Klägerin: Beanstandung der Beauftragung eines Nervenarztes

SV-Gutachter (Nervenarzt): Auch ohne spezifische Kenntnisse des Fachgebiets (Psychosom. Medizin) könne er die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung beurteilen.

Klägerin: Stellungnahme des Chefarztes Psychosom. Medizin: Begründung des KH-Behandlungsbedürftigkeit

Entscheidungsgründe I. Instanz:

Klageabweisung – folgt der Argumentation des SV-Gutachters. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei nicht erwiesen. Aus der Dokumentation auch nicht zu entnehmen.

Den Einwänden der Klägerin gegen die fachliche Qualifikation des Gerichtsgutachters sei nicht zu folgen. Die nachträgliche Argumentation der Klägerin fände keine Stütze im Akteninhalt.

Berufung – Entscheidungsgründe II. Instanz

Zurückweisung der Berufung: Der Senat sei zwar nicht der Überzeugung, dass stat. Behandlungsbedürftigkeit nicht gegeben sei, aber die Klägerin hätte den Beweis der stat. Behandlungsbedürftigkeit nicht erbracht. **Verweis auf ständige Rechtsprechung des BSG: Der Krankenhausträger trägt die objektive Beweislast für den Vergütungsanspruch und für die Erforderlichkeit auch der Dauer der stationären Behandlung, BSG Urteil vom 30.06.2009- B 1 KR 24/08 R**

Allgemeine Rechtsausführungen der Gerichte bei Verfahren um Krankenhausvergütung



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs - § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V. mit § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG sowie § 17 b KHG i.V. mit der nach §17c KHG maßgeblichen PrüfvV sowie der nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V geschlossene LV.

Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung

Unabhängigkeit des Zahlungsanspruchs von einer Kostenzusage, wenn **Krankenhausbehandlung durchgeführt** wird (Achtung: Abgrenzung Krankenhausbehandlung und stat. Reha-Behandlung, z.B. BSG – B 3 KR 9/03 R vom 20.01.2005) + **erforderlich** ist.

Erforderlichkeit - Beachtung des **Wirtschaftlichkeitsgebots**

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit richtet sich nach medizinischen Erfordernissen im Einzelfall– insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten nur mit Blick auf die tatsächlich vorhandenen Behandlungsalternativen

Maßgeblicher Zeitpunkt der zum Behandlungszeitpunkt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand des verantw. Krankenhausarztes–
Überprüfbarkeit durch KK und Gericht.

Fazit

In neuerer Zeit werden mit der Erstellung der Sachverständigengutachten Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beauftragt.

Gerichte folgen im Allgemeinen den Ergebnissen und Ausführungen der SV-Gutachtern.

Verschiedene Kammern eines Gerichts beurteilen gleich.

Es kommt häufig nach den Stellungnahmen der Parteien noch mal zu einer weiteren Befragung des Sachverständigengutachters.

■ RESUMEE

- Die Frage der **primären Krankenhaus-Indikation** ist eine Frage
 - der differenzierten Indikationsstellung durch den Krankenhausarzt aufgrund einer differenzierten, situativen, mehrdimensionalen Beurteilung.
- Die Frage der **sekundären Indikation (Verweildauer)** ist eine Frage
 - des klinischen Behandlungsverlaufes und Behandlungsprozesses angesichts
 - der ausreichenden kontinuierlichen Dokumentation.
 - Die mehrstufige ZIEL-FESTLEGUNG ist für die Begründung der notwendigen Behandlungsdauer von zentraler Bedeutung.
 - Auch hier gilt die mehrdimensionale Beurteilung und Begründung.
- Die Frage der Qualifikation und inneren Unabhängigkeit des gerichtlichen Sachverständigen ist von zentraler Bedeutung.

Ganz entspannt ???



Vor Gericht und auf hoher See....

GELENTLICHE NIEDERLAGEN SPORTLICH ERTRAGEN ?



■ LITERATUR

- Nosper, Manfred: Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation richtig verordnen. Teil 1: Ambulante Versorgung und die weiterführende Komplexbehandlung; Psychotherapeutenjournal 3/2017, S.226-231
- Nosper, Manfred: Grundsatzgutachten zu Fragen der Indikation und Allokation in der Psychosomatik und Psychotherapie. Grundsatzgutachten im Auftrag der Klinik Lahnhöhe, 2017
- Hölzer, M., Wöller, W ; Berberich, G.: Stationäre Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer, 2018
- Köllner, V. , Hildenbrand, G., Gündel, H.: Psychosomatische Rehabilitation-Unterschiede zur Krankenhausbehandlung und Differentialindikation; Ärztliche Psychotherapie 1/2018, 6-15

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Sachverhalt: Patient wurde 1 Monat (2017) wg. F.33.0; F 41.2; F 43.2 HD im Entlassungsbericht F32.2 stationär behandelt.

Prüfverfahren: Fehlbelegungsprüfung; Anforderung Entlassungsbericht, Fieberkurven, Pflegebericht

Prüfung MDK ergab keine mediz. Notwendigkeit der stat. Behandlung

Klage

Klägerin: Behandlung sei notwendig gewesen. Hinweis auf Versorgungsvertrag seit 2005, der seit 2016 mit Einführung PEPP nicht mehr von der Beklagten beachtet werde.

Versorgungsvertrag beinhaltet:

- Festgelegte Diagnosen

- Dezidiertes Zuweisungs- und Aufnahmeprüfverfahren, was zur Abgrenzung amb. Beh. und Reha-Verfahren führe

- Vereinbarte Kriterien für die Frage der mediz. Notwendigkeit der Behandlung

- Behandlungskorridore und typische Verweildauer

Beklagte beantragt Klageabweisung

Sachverständigengutachten mit Ergebnis, dass Krankenhausbehandlung begründet war; ambulante Behandlung oder Rehamaßnahme sei nicht indiziert gewesen. Zur Dokumentation der Krankenhausakte: reiche aus, aber könnte ausführlicher sein.

Beklagte: Klägerin sei außerhalb ihres Versorgungsauftrages tätig geworden. Im übrigen lasse sie keine Behandlungsunterlagen gegen sich gelten, welche nicht innerhalb der Ausschlussfrist des §7 Abs. 2 S. 3-4 PrüfvV an den MDK übersandt worden seien. Die Gutachterin habe sich auch nicht mit alternativen, ambulanten Behandlungsmethoden auseinandergesetzt.

Entscheidungsgründe:

Anspruch gegeben aufgrund der überzeugenden Ausführungen der SV-Gutachterin.

Behandlung innerhalb des Versorgungsvertrages nach § 109 und 108 SGB V

Kein Verstoß gegen Prüfverfahrensordnung.

Text des § 7 Abs. 2

1) Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des §276 Abs. 4 SGBV. 2) Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. 3) Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. 4) Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. 5) Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des Satzes 4 zugegangen sein. 6) Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. 7) Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 6 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. 8) Nach Ablauf der Frist von Satz 7 ist eine Übersendung von Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. 9) Ein Anspruch auf den dann noch strittigen Rechnungsbetrag besteht nicht. 10) Die Frist nach §8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7.

Alle Kammern des SG Koblenz sind einhellig der Auffassung, dass § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV (2017) keinen endgültigen Vergütungsausschluss zulasten der Krankenhäuser regelt. Ausschlussfrist nur bindend in Bezug auf das Prüfverfahren. **Das Krankenhaus ist nicht gehindert, die angeforderten Unterlagen im gerichtlichen Verfahren vorzulegen.** Für einen materiellen Anspruchsausschluss, der materiellen Sanktionscharakter hätte, besteht keine Kompetenz der Vertragspartner; dies müsse durch Gesetz geregelt sein.

Andere Ansicht: LSG Baden-Württemberg in Entscheidung L11 KR 936/17 vom 17.04.2018 § 7 Abs. 2 Satz 4 sei eine materielle Ausschlussfrist. Allerdings hatte in dem Verfahren die Klägerin die Unterlagen auch nicht im Prozess vorgelegt.

BSG: keine explizite Entscheidung, aber in Urteil B 1 KR19/17 R vom 19.12.2017 die Ausführung, dass es bei einem Streit über Krankenhausvergütung kein Verwaltungsverfahren mit Amtsermittlung gibt; erst im Prozess umfassende Ermittlung des SVes aufgrund Amtsermittlungsgrundsatz

Ausführlich hierzu auch die Entscheidungsgründe im Urteil SG Koblenz vom 16.10.2018 –S 6 KR 453/17

RESERVE



- Akute od. komplexe Krankheit
- Nötige Hochdosistherapie
- Hoher Bedarf Einzeltherapie
- Differenzialdiagnostik notwendig
- Ständige FA-Präsenz nötig (Krisen)
- Kontinuierlich Fachpflege erforderlich
- Fehlende Voraussetzung für ambulante Behandelbarkeit
- Krisenintervention erforderlich
- Akute somatische Mitbehandlung nötig

Sozialmedizinische Begutachtung nötig
Berufliche Klärung nötig
Gefährdung der Erwerbsfähigkeit trotz
Ausschöpfen der Möglichkeiten im
Akutbereich

Vor Gericht und auf hoher See sind wir in Gottes Hand





- EINFÜGEN
- **Aus Albani/Becker-Pfaff Zusammenfassung**
- Schemata
- DRINGEND Nosper Psychotherapeutenjournal 4/2017
- Tabelle Artikel Hildenbrand Köllner Gündel Reha-Akut

- PRIMÄRE FEHLBELEGUNG
- ABGRENZUNG KRANKENHAUSBEHANDLUNG VERSUS REHABILITATIONSBEHANDLUNG
- Artikel Ärztliche Psychotherapie 1/2018
Köllner/Hildenbrand/Gündel