

# Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung

---

Stellungnahme  
der Bundesärztekammer

## **Zusammenfassende Bewertung der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer sieht – wie in der anhängenden Stellungnahme ausführlich begründet – für die Umsetzung des Vorhabens der Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungs-

prüfung anhand von Stichprobenerhebungen durch die am 11. August 2000 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedete Richtlinie derzeit weder eine Rechtsgrundlage, noch hält sie das der Richtlinie als Bewertungsmaßstab zu Grunde ge-

legte deutsche AEP fachlich und methodisch für diese Aufgabe geeignet:

## **Einführung**

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben mit Wirkung zum 01. 09. 2000 eine Richtlinie nach

§ 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung in Krankenhäusern verabschiedet. Der Umfang der Fehlbelegungen soll entsprechend dieser Richtlinie ab sofort nach Beauftragung durch „die am Pflegesatzverfahren beteiligten Krankenkassen und ggf. ihrer (Landes-)Verbände“ vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mittels einer „Stichprobenprüfung der Entlassungen (L3 lfd. Nr. 10 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Absatz 4 BPflV) aus 12 Kalendermonaten, die der Ankündigung der Prüfung vorausgehen“ festgestellt werden.

Bei der Ermittlung der Fehlbelegung wird zwischen der primären Fehlbelegungsprüfung auf die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme und der sekundären Fehlbelegungsprüfung auf die Angemessenheit eines Behandlungstages unterschieden.

Als Maßstab der neuen Richtlinie zur Fehlbelegungsprüfung werden die Kriterien der deutschen Version des in den USA entwickelten Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) herangezogen.

Mit Hilfe der AEP-Kriterien soll die

- Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme bei elektiven Operationen (13 Kriterien)
- Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme bei den übrigen Fällen (16 Kriterien)
- Notwendigkeit eines präoperativen Behandlungstages bei elektiven Operationen (13 Kriterien)
- sowie die
- Notwendigkeit eines Behandlungstages bei den übrigen Fällen (18 Kriterien)

überprüft werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen erstellt auf dieser Basis einen Prüfbericht, welcher „den Umfang der Fehlbelegung im Vergleich zu den statistischen Kenn-

zahlen auf Bundesebene“ ausweisen soll. Die ermittelten Daten sollen in einer auf die Abteilungs-, Krankenhaus- und Landesebene bezogenen Statistik zusammengeführt werden, aus der unter anderem die auf die einzelnen nach § 17 b KHK zu vereinbarenden DRG-Fallgruppen bezogene primäre und sekundäre Fehlbelegung hervorgehen soll. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) soll auf der Bundesebene einen entsprechenden Jahresbericht erstellen. Die Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung bezieht sich auf die Rechtsgrundlage der §§ 275 Absatz 4 in Verbindung mit 276 Absatz 2 Satz 2 sowie den § 17 a Absatz 3 KHK und den § 6 Absatz 1 Nr. 2 BPflV, wodurch deutlich wird, dass das Ausmaß der gemäß Richtlinie festgestellten Fehlbelegung als Sanktionierungsanlass budgetwirksam in die Pflegesatzverhandlungen der Krankenhäuser eingebracht werden soll.

**Rechtsgrundlage:  
Feststellung der Fehlbelegung anhand von Stichprobenprüfungen**

Eine klare rechtliche Grundlage für die im Rahmen der Richtlinie beabsichtigten, durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen vorzunehmende flächendeckende Stichprobenerhebungen zur Fehlbelegungsprüfung besteht zurzeit nicht:

Da der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Vermeidung bzw. zum Abbau von Fehlbelegung nach den Vorgaben des § 17 a Absatz 3 KHG „gezielt“ durch die Krankenkassen (und nicht durch ihre Verbände) einzuschalten ist und „der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund“ mitzuteilen hat, besteht eine Einschränkung des Prüfungstatbestandes auf konkrete Einzelfälle.

**Maßstab der Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsüberprüfung**

Das dem Prüfverfahren als Instrumentarium dienende deutsche AEP ist für den beabsichtigten Einsatz zur sanktionswirksamen Identifikation der primären Fehlbelegung an deutschen Krankenhäusern aus folgenden Gründen nicht geeignet:

- Mangelnde Eignung des AEP-Verfahrens für die verschiedenen klinischen Fachbereiche.
- Unsicherheit der Anwendung der „Override-Option“.
- Unzureichende Anpassung und Validierung des deutschen AEP.
- Fachliche und methodische Mängel der AEP-Kriterien.
- Ungerechtfertigte „Fehlbelegungsdiagnostik“ und Ausweitung des Dokumentationsaufwandes durch das AEP.
- Inkompatibilität des AEP-Verfahrens mit den haftungsrechtlichen Auflagen des ärztlichen Handelns und Fehlanzeige eines AEP-gesteuerten Behandlungsregimes.
- Unvollständige Abstimmung der Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung auf die gesetzlichen Vorgaben zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen.

**Fazit**

Die Bundesärztekammer spricht sich aus den genannten medizinischen, qualitativen, rechtlichen, methodischen, verfahrenstechnischen und finanziellen Gründen sowie wegen der gegebenen Fehlanreize mit allem Nachdruck gegen eine Umsetzung der durch die Spitzenverbände der Krankenkassen am 11. 8. 2000 verabschiedete Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung aus.

Das dieser Richtlinie zu Grunde gelegte deutsche AEP, welches

■ hinsichtlich der Möglichkeiten seines Einsatzes zur budgetwirksamen Fehlbelegungsprüfung fachlich weder mit den Fachgesellschaften, noch mit der Bundesärztekammer abgestimmt wurde,

■ von den „Berufsverbänden und Fachgesellschaften der deutschen Chirurgen und Anästhesisten“ ausdrücklich nur für Zwecke der „internen Qualitätssicherung“ und nicht als Instrument für eine „exklusive, nunmehr wissenschaftlich begründete Fehlbelegungsprüfung“ durch die Kostenträger „anerkannt“ wurde und selbst

■ nach Aussage seiner Autoren in Deutschland „erst für die Innere Medizin und Chirurgie erprobt“ sei und zum Jahresende 2000 einer auf Praxisanwendungen basierenden Revision unterzogen werden soll

ist auf Grund seiner

■ noch in sämtlichen Fachbereichen bestehenden Unvollständigkeit,

■ der zum Teil in entscheidenden Bereichen ungenügenden Eignung seiner Kriterien und methodischen Mängel,

■ seiner insgesamt noch unzureichenden Validierung sowie

■ der hinsichtlich der Anwendung der für das Verfahren wesentlichen Override-Option bestehenden Unsicherheiten

nicht für den diesem Verfahren im Rahmen der Richtlinie nach § 282 SGB V zur Fehlbelegungsprüfung zugedachten Einsatzbereich geeignet.

Durch die innerhalb dieser Richtlinie vorgenommene einseitige Vorgabe der Methodik und ihrer Anwendungsregeln sowie die trotz des den Krankenhäusern eingeräumten Rechtes zur Stellungnahme beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände/Medizinischen Dienst der Krankenkassen verbleibende letztinstanzliche Befindung über die Fehlbelegung, besteht die große Gefahr einer unausgewogenen Auslegung der Fehlbelegungsprüfung

und des Fehlbelegungsbegriffes. Der Fehlbelegungs begriff sowie die Methodik und Durchführung entsprechender Prüfungen darf nicht durch einseitige, primär wirtschaftliche Vorstellungen und Zielsetzungen besetzt werden.

Eine wertfreie Evaluation der Krankenhausbelegung oder „Fehlbelegung“ kann nur derjenige betreiben, der sie zur Optimierung der gesamten Behandlungsabläufe zum Wohle des Patienten nutzen will. Eine hierauf ab-

zielende Begriffs- und Methodenfindung kann nur im Konsens aller Beteiligten bzw. Betroffenen gelingen. Der Abbau der so identifizierten Fehlbelegung liegt nicht zuletzt auch in der Absicht der Krankenhäuser, welche unter den wirtschaftlichen Zwängen des heutigen wie auch des einzuführenden Vergütungssystems und angesichts der hohen Personalbelastung ein vitales Interesse daran haben und haben werden, jeden im Interesse der Patienten verzichtbaren stationären Behandlungstag zu vermeiden.