



Foto: lovelyday12 – Fotolia

Versorgungsanspruch besteht trotz Systemversagen

Eine juristische Einschätzung des Versorgungsanspruchs von Versicherten bei implantierbaren Ereignis-Rekordern

Von Dr. Ulrich Reese

In Deutschland gibt es jedes Jahr mehr als 25.000 Fälle von Patienten mit wiederholter Bewusstlosigkeit (Synkope) sowie etwa 40.000 Fälle von so genanntem kryptogenem Schlaganfall, bei denen konventionelle Diagnostikmethoden keine Ursache finden können. Häufig sind unregelmäßige und in längeren Abständen auftretende Herzrhythmusstörungen wie beispielsweise Vorhofflimmern die Ursache. Bleiben sie unbehandelt, gefährden sie den Patienten im weiteren Verlauf in hohem Maße. Das Risiko eines erneuten Schlaganfalls ist bei Vorhofflimmern deutlich erhöht.

Seit rund 20 Jahren sind implantierbare Ereignis-Rekorder verfügbar, die eine Überwachung des Herzrhythmus über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren ermöglichen (► Abb., Seite 28).

Fachärzte können die Patienten mittlerweile telemedizinisch kontinuierlich überwachen und beim Auftreten von Rhythmusstörungen zeitnah die geeignete Therapie einleiten. Eine

Vielzahl von Studien bestätigt den Nutzen der implantierbaren Ereignis-Rekorder, die mit hoher Evidenz und hohem Empfehlungsgrad längst Eingang in nationale und internationale Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften gefunden haben.

Hürden im GKV-System bei der Erstattung von implantierbaren Ereignis-Rekordern

Lange Zeit war der Einsatz von implantierbaren Ereignis-Rekordern im stationären Bereich eine etablierte und erstattungsrechtlich unproblematische Methode. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht mit deutlich kleineren Implantaten und einfacheren Insertionsverfahren zunehmend die ambulante Versorgung mit implantierbaren Ereignis-Rekordern. Daraus ergeben sich seit geraumer Zeit erhebliche Schwierigkeiten bei der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Es gibt eine Vielzahl von Ablehnungsgründen, die die gesetzlichen Krankenkassen nach Einschaltung des Me-

Eine frühzeitige und zuverlässige Diagnostik von Synkopen und Schlaganfällen ungeklärter Ursache ist unerlässlich, damit Ärzte zeitnah die richtige Therapie einleiten können. Im Falle vermuteter, aber selten auftretender Herzrhythmusstörungen leisten implantierbare Ereignis-Rekorder (Implantierbare Loop-Recorder, ILR) eine Langzeit-Diagnostik mit hoher nachgewiesener Evidenz. Dies schlägt sich in den Empfehlungen einschlägiger medizinischer Leitlinien nieder. Über Jahre war der Einsatz von implantierbaren Ereignis-Rekordern im stationären Bereich erstattungsrechtlich unproblematisch. Seit geraumer Zeit führt die Erstattungsrealität der Gesetzlichen Krankenkassen in der Praxis jedoch zu einem systemwidrigen Versorgungsdefizit. Der Artikel analysiert die Ablehnungsgründe und erläutert aus juristischer Sicht, welche Handlungsoptionen Leistungserbringer und Versicherte haben.

Keywords: Recht, Medizintechnik, Patientenversorgung



Abb. : Implantierbarer Ereignis-Rekorder

dizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) regelmäßig heranziehen. Die folgenden Themenkomplexe finden in der vorliegenden Betrachtung besondere Berücksichtigung: Häufig wird die Erstattung von implantierbaren Ereignis-Rekordern mit der Begründung abgelehnt, eine stationäre Implantation sei nicht erforderlich und könne ambulant durchgeführt werden. Bisweilen wird die Kostenerstattung des implantierbaren Ereignis-Rekorders im Einzelfall auch mit Verweis auf andere kostengünstigere Methoden verweigert. Gleichzeitig werden die Kosten für die ambulante Implantation mit Verweis auf fehlende EBM- und AOP-Abrechnungsziffern nicht übernommen.

Bedingungen für den Grundsatz „ambulant vor stationär“

Allgemein gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Entscheidend für die Frage, wann eine stationäre Behandlung erforderlich und damit der ambulanten Behandlung vorrangig ist, ist die „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“ des Patienten. Diese ist gegeben, wenn der Zustand des Versicherten die Behandlung unter Einsatz der besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich macht. Dies ist vom MDK im Einzelfall zu prüfen. Im Rechtssinne ist die Krankenhausbehandlung eine untrennbare Gesamtleistung aus nicht aufteilbaren Einzelleistungen. Daraus folgt: Nur weil eine einzelne Leistung ambulant erbracht werden kann, stellt dies die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung insgesamt nicht in Frage. Vor diesem Hintergrund ist es rechtlich nicht zulässig, wenn der MDK im Rahmen seiner Prüfung allein auf die Einzelleistung einer stationären Implantation eines Ereignis-Rekorders abstellen

und als Argument zur Kostenablehnung pauschal anführen würde, die (Einzel-) Leistung hätte auch ambulant erbracht werden können.

Auch wenn keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, kann der Patient nicht zwangsläufig auf eine ambulante Versorgung verwiesen werden. Denn: Voraussetzung für den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist, dass der Versorgungsanspruch des Patienten dann auch regelhaft ambulant erfüllt werden kann. Dies ist jedoch gegenwärtig im Hinblick auf das Fehlen von EBM- und AOP-Ziffern nicht der Fall. Konkret: Aktuell ist es nicht rechtens, verallgemeinernd die stationäre Erstattung mit Verweis auf den Grundsatz einer vorrangig ambulanten Versorgung zu verweigern.

Will das Krankenhaus seinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse gerichtlich geltend machen, kann es nach dem Überprüfungsverfahren durch die Krankenkassen unter Beteiligung des MDK eine sozialrechtliche Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG einlegen. Hierfür empfiehlt es sich, die individuelle Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit genau durch den Klinikarzt zu dokumentieren.

Ambulanter Versorgungsanspruch trotz fehlender Abrechnungsziffer

Ambulant gestellte Einzelfallanträge werden oft mit der Begründung abgelehnt, bei der Versorgung mit einem implantierbaren Ereignis-Rekorder handele es sich um eine „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ (NUB). Die Versorgung mit einem implantierbaren Ereignis-Rekorder entspricht nicht nur den medizinischen Leitlinien und dem Stand der

medizinischen Erkenntnisse, sondern ist auch bereits langjährig stationär etabliert. Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit sind ebenfalls sichergestellt, so dass die Implantation eines Ereignis-Rekorders nicht als NUB zu qualifizieren ist. Sofern die medizinischen Leitlinien eingehalten werden und die Behandlung in den Indikationskatalog fällt, besteht schon heute trotz fehlender EBM-Ziffer im ambulanten Bereich ein Anspruch auf Kostenübernahme der Versicherten für den implantierbaren Ereignis-Rekorder. Im Streitfall kann dieser Anspruch nach den Grundsätzen des Systemversagens in einem Verfahren nach § 13 Abs. 3 SGB V durchgesetzt werden.

Niedergelassene Ärzte können ihre Patienten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegenüber den Krankenkassen unterstützen, z. B. wenn es um die Begründung der rechtswidrigen Ablehnung durch die Krankenkassen geht. Nach erfolglosem Widerspruchsverfahren bleibt den Versicherten oft nur der Weg, ihren Anspruch mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1 S. 1 und Abs. 5 SGG vor den Sozialgerichten geltend zu machen.

Lücke zwischen Versorgungsanspruch und -realität dringend schließen

Es ist dringend geboten, die nötigen EBM-Ziffern zu implementieren, um die derzeitige unbefriedigende Situation eines Systemversagens zu überwinden. Ärzte sollten ihrer leitliniengerechten Versorgungspflicht nachkommen können. Versicherte sollten regelhaft GKV-Leistung in Anspruch nehmen können, statt ihren Versorgungsanspruch erstreiten zu müssen. Der Antrag zur Erweiterung des EBM-Katalogs liegt seit Juni 2017 beim Bewertungsausschuss und wurde noch nicht beschieden.

Wirtschaftlich begründete Leistungsverweigerung nicht pauschal möglich

Bisweilen wird die Kostenerstattung des implantierbaren Ereignis-Rekorders im Einzelfall auch mit dem Argument verweigert, dass andere kostengünstigere diagnostische Methoden zur Verfügung stünden. Damit ist in rechtlicher Hinsicht das Wirtschaftlichkeitsgebot in §12 SGB V angesprochen. Generell kann eine

wirtschaftlich begründete Leistungsverweigerung nur dann auf Versorgungsalternativen gestützt werden, wenn diese:

- den Grundsätzen einer ausreichenden und zweckmäßigen Leistung entsprechen,
- das Versorgungsziel im individuellen Patientenfall in gleichwertiger Weise erreichen können, wobei die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs und die Lebensqualität einbezogen werden, und
- diese alternative Versorgungsleistung unter Gesamtbetrachtung aller Kosten zu einer günstigeren Versorgung führt.

Vor diesem Hintergrund ist es rechtlich unzulässig, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit einem implantierbaren Ereignis-Rekorder pauschal mit Verweis auf z. B. externe Ereignis-Rekorder oder mehrfach durchgeführte Langzeit-EKG-Messungen in Frage zu stellen. Die genannten Prüfungspunkte müssen hingegen für den Einzelfall konkret dargelegt werden. Insofern dürfte häufig schon zweifelhaft sein, ob der Einsatz eines externen Ereignisrekorders dem Gebot einer ausrei-

chenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen würde.

Wenn mit Blick auf die leitliniengerechte konservative Stufendiagnostik eine gesuchte Arrhythmie nicht detektiert werden kann, entspricht die Implantation eines Ereignis-Rekorders den anerkannten wissenschaftlichen Methoden.

Auch der Verweis auf die Alternative mehrfacher Langzeit-EKG-Messungen ist rechtlich zweifelhaft. Denn auch mehrfach durchgeführte Langzeit-EKG-Messungen können immer nur eine Momentaufnahme abbilden. Eine vergleichbare Diagnosesicherheit kann hierdurch nicht gewährleistet werden. Zudem besteht keine ausreichend gesetzliche Leistungserstattung für die mehrfache Durchführung dieser diagnostischen Methode. Die Abrechnung für 24 Stunden ist nur einmal im Quartal möglich.

Den Kliniken steht auch hier der Weg einer Leistungsklage offen, in der dann auf die individuelle Notwendigkeit der Implantation eingegangen werden muss. Wie beschrieben, kann

die genaue Dokumentation hilfreich sein, warum die Implantation eines Ereignis-Rekorders im konkreten Patientenfall notwendig und für den Behandlungserfolg wichtig ist.

Niedergelassene Ärzte können ihren Patienten, die einen Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V gegenüber ihren Krankenkassen geltend machen müssen, bei der Argumentation der medizinischen Notwendigkeit der Behandlungsmethode unterstützen. ■

Literatur beim Verfasser

Dr. Ulrich Reese
Rechtsanwalt, Partner
Clifford Chance Deutschland LLP
Königsallee 59
40215 Düsseldorf
ulrich.reese@cliffordchance.com



Dr. Ulrich Reese

AMBULANTE ABRECHNUNG ONLINE

Die Zahl der ambulanten Krankenhausfälle steigt – damit auch Sie den Überblick bei der Abrechnung der ambulanten Fälle bewahren, unterstützt Sie die neue Plattform „Ambulante Abrechnung“ hierbei.

DIE VORTEILE

- **Anwenderfreundlich** durch intuitive Bedienung und klare Systematik
- **Zeitsparend** durch praktische Recherche mit Volltextsuche
- **Aktuell** durch regelmäßige Updates
- **Umfassend** durch Anlagen, Vordrucke, Muster und Gerichtsentscheidungen
- **Individuell** durch flexibles Modell für Mehrplatzlizenzen

Weitere Informationen unter www.ambulante-abrechnung.de

