

Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften

**Fallabschließende Krankenhausbehandlung
bei geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung**

**Sozialmedizinische Prüfung von Krankenhausabrechnungen im Spiegel von
Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt**

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den
Promotionsausschuss Dr. rer. pol.
der Universität Bremen

vorgelegt von
Mandy Paraskewopulos-Ostwald (M.A.)
Magdeburg, 29.06.2022

1. Gutachter: Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH, Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg (Emeritus)

Datum des Kolloquiums: 30.11.2022

Danksagung

Die Erstellung dieser Dissertation wäre mir nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung meiner Familie, zahlreicher Wegbegleiter und meines Unternehmens. Einem jedem Einzelnen namentlich zu danken, ist mir in diesem Rahmen nicht möglich, aber ich möchte stellvertretend einige wenige nennen.

Ich danke meinem Mann und meinem Sohn für all Euren Zuspruch hinsichtlich meines Vorhabens und die vielen Stunden und Wochenenden, in denen Ihr mir so verständnisvoll die Möglichkeit gegeben habt, mir Zeit zu nehmen. Gracias mis amores de toda mi corazón.

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Heinz Rothgang und Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra für die konstruktive und gute Betreuung und das Vertrauen, dass eine Praktikerin einen wissenschaftlichen Beitrag leisten kann.

Jens Hennicke und Volker Reiboldt möchte ich danken für den Weitblick hinsichtlich des Potenzials der Routinedaten des Medizinischen Dienstes und die Möglichkeit, mich der Thematik widmen zu dürfen.

Tausend Dank an Martin Duckstein und Klaus Hufnagel. Ohne Euren statistischen Rat wäre meine Herangehensweise sicher eine andere gewesen. Danke für Eure Geduld und Eure Antworten auf so viele Fragen. Ebenso ganz lieben Dank an Dr. P.H. Matthias Meinck für die vielen Telefonate und Mails. Erst Deine Expertise hat meinen Blick auf die Wichtigkeit des sozialmedizinischen Beitrags zur Weiterentwicklung geriatrischer Versorgung geschärft.

Nicht zuletzt danke ich Dr. med. Claudia Schindler. Ohne Dich hätten mir bereits zu Beginn meines Vorhabens der Weitblick und das Zutrauen in mich selbst gefehlt. Danke für all Deine freundschaftlichen Worte, Dein Vertrauen in mich und so viele Stunden, in denen Du mein Kind auf dem Schoß, einen Stift in der Hand und ein offenes Ohr für meine Ideen hattest.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	XI
1 Einleitung.....	1
1.1 <i>Fehlanreizende Abbildung geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im G-DRG-System vor dem Hintergrund unterschiedlicher geriatrischer Versorgungsstrukturen der Bundesländer</i>	<i>2</i>
1.2 <i>Problematik sozialmedizinischer Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten durch den MDK</i>	<i>6</i>
1.3 <i>Forschungsinteresse und Forschungsfrage</i>	<i>8</i>
2 Fallabschließende geriatrische Krankenhausbehandlung im Geltungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgungsstrukturen, sozialmedizinisches Prüfgeschehen und relevante Forschungsbeiträge	12
2.1 <i>Geriatrische Versorgung in Deutschland</i>	<i>12</i>
2.1.1 <i>Amtliche Statistik, Weißbuch Geriatrie und andere Datenquellen</i>	<i>12</i>
2.1.2 <i>Der geriatrische Patient in der GKV und der besondere Stellenwert der geriatrischen Rehabilitation bei der geriatrischen Behandlung.....</i>	<i>14</i>
2.1.3 <i>Geriatrische Versorgungsstrukturen.....</i>	<i>15</i>
2.1.4 <i>Bedeutung des Fallabschluss in der geriatrischen Krankenhausversorgung: Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen Bundesländern mit akutgeriatrischem Versorgungsfokus</i>	<i>27</i>
2.2 <i>Sozialmedizinische Prüfung der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geriatrischer Patienten durch den MDK im Spannungsfeld struktureller Rahmenbedingungen und sozialrechtlicher Grundlagen geriatrischer Versorgung</i>	<i>42</i>

2.2.1	Institutioneller Rahmen, Anreizkonflikte und Schnittstellenprobleme der geriatrischen Versorgung.....	42
2.2.2	Herausforderungen der sozialmedizinischen Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten vor dem Hintergrund ordnungspolitischer und institutioneller Schnittstellenprobleme und regionaler Unterschiede.....	46
2.3	<i>Stand der Forschung</i>	56
2.3.1	Evidenzbasierung der geriatrischen Rehabilitation im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Abbildung geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im G-DRG-System	56
2.3.2	Beiträge zur Qualität der sozialmedizinischen Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs allgemein und bei geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im Speziellen	60
3	Daten und Methoden	65
3.1	<i>Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt als Datenbasis</i>	65
3.2	<i>Variablenselektion</i>	75
3.3	<i>Operationalisierung des Forschungsgegenstandes</i>	78
3.3.1	Operationalisierung und Hypothesenbildung zur Unterforschungsfrage I.....	80
3.3.2	Operationalisierung und Hypothesenbildung zur Unterforschungsfrage II	82
3.4	<i>Analysemethoden</i>	89
4	Empirie	95
4.1	<i>Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen</i>	95
4.1.1	Deskription der Prüfhäufigkeiten und Prüfquoten	95
4.1.2	Deskription und bivariate Analysen der Prüffragen nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote	97
4.2	<i>Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK</i>	102
4.2.1	Analysen aller GFK-Prüffälle	102
4.2.1.1	Deskription der Effektivgewichtsminderungen bei GFK-Prüffällen	102
4.2.1.2	Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen.....	106

4.2.1.3	Multivariate Analysen zu den Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei Prüfungen von GFK mit geriatrischer DRG.....	116
4.2.2	Analysen der GFK-Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung	118
4.2.2.1	Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung.....	118
4.2.2.2	Multivariate Analysen zu den Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung.....	127
5	Diskussion	130
5.1	<i>Diskussion der Ergebnisse und Prüfung der Hypothesen</i>	<i>130</i>
5.2	<i>Methodenkritik</i>	<i>138</i>
5.3	<i>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</i>	<i>142</i>
5.4	<i>Forschungsbedarf.....</i>	<i>150</i>
6	Zusammenfassung.....	152
	Literaturverzeichnis	XI
	Anhang.....	XXXI
	Schriftliche Erklärung.....	XXXIX

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	<i>Sozialrechtliche Aspekte der Vergütung geriatrischer Behandlungen</i>	<i>3</i>
<i>Abbildung 2:</i>	<i>Geriatrische Versorgungsstrukturen nach Sektoren und Stufen.....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3:</i>	<i>Geriatrische Versorgungskonzepte nach Bundesländern</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 4:</i>	<i>Betten in geriatrischen Krankenhausabteilungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 5:</i>	<i>Vollstationäre Krankenhausbehandlungen in geriatrischen Fachabteilungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 6:</i>	<i>Betten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 7:</i>	<i>Stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>22</i>
<i>Abbildung 8:</i>	<i>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS 8- 550.*) bundesweit, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>22</i>
<i>Abbildung 9:</i>	<i>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS 8- 550.*) bundesweit, Jahre 2012 und 2017 nach Geschlecht und Altersgruppen.....</i>	<i>23</i>
<i>Abbildung 10:</i>	<i>Leistungsdichte geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlungen (OPS 8-550.*) vollstationärer Patienten ab 60 Jahren je 100.000 GKV-Versicherten ab 60 Jahren nach Bundesländern, Jahre 2012 und 2017</i>	<i>25</i>
<i>Abbildung 11:</i>	<i>Leistungsdichte geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlungen (OPS 8-550.*) vollstationärer Patienten ab 60 Jahren je 100.000 GKV-Versicherten ab 60 Jahren nach Geschlecht, Jahre 2012 und 2017 bundesweit.....</i>	<i>26</i>

<i>Abbildung 12:</i>	<i>Geriatrische Versorgungsquote (bezogen auf je 10.000 Einwohner ab 65 Jahre) nach geriatrischen Versorgungsformen der Bundesländer, Jahre 2012 und 2017</i>	<i>28</i>
<i>Abbildung 13:</i>	<i>Anzahl der Krankenhäuser mit geriatrischem Leistungsangebot bundesweit, Jahre 2012 und 2017 Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018 & 2018c</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 14:</i>	<i>Standorte ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenhäuser die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen erbringen (OPS 8-550. *) Deutschland, Jahr 2017</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 15:</i>	<i>Wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Sachsen-Anhalt (Stand 31.12.2017)</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 16:</i>	<i>Sozialmedizinische Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs bei geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im Wirkungsgefüge des geriatrischen Versorgungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung</i>	<i>49</i>
<i>Abbildung 17:</i>	<i>Gründe für die Minderung des Effektivgewichts im Zusammenhang mit der GFK</i>	<i>71</i>
<i>Abbildung 18:</i>	<i>Operationalisierung des Forschungsgegenstandes</i>	<i>79</i>
<i>Abbildung 19:</i>	<i>Überblick Analysemethoden</i>	<i>89</i>
<i>Abbildung 20:</i>	<i>Anteile der Prüffragen (aus Tabelle 7) an allen Fällen der GFK-Prüfungen mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017</i>	<i>98</i>

<i>Abbildung 21:</i>	<i>Prüffragen unter den GFK-Prüffällen mit geriatrischer DRG nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	<i>101</i>
<i>Abbildung 22:</i>	<i>Entwicklung von Minderungen des Effektivgewichts bei Prüffällen mit GFK (OPS 8-550.*), Jahre 2012 bis 2017 MDK Sachsen-Anhalt</i>	<i>103</i>
<i>Abbildung 23:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550.*) mit geriatrischer DRG nach Prüffragen und wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kummuliert</i>	<i>111</i>
<i>Abbildung 24:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550.*) mit geriatrischer DRG nach Behandlungsdauerkategorien, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt.....</i>	<i>113</i>
<i>Abbildung 25:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts in den Behandlungsdauergruppen, stratifiziert nach Geschlecht und Alter, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	<i>115</i>
<i>Abbildung 26:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts in den Behandlungsdauergruppen stratifiziert nach Anteilen an GtMK, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	<i>115</i>
<i>Abbildung 27:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts in den Behandlungsdauergruppen stratifiziert nach Funktionseinschränkungen, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	<i>116</i>

Abbildung 28: Verteilung von Prüffällen mit Effektivgewichtsminderung unter den Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017
kumuliert..... 123

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	<i>Geriatrische Versorgungskapazitäten in Sachsen-Anhalt im Spiegel der amtlichen Statistik, Jahre 2012 und 2017</i>	36
<i>Tabelle 2:</i>	<i>Einzelfallbegutachtungen von Anträgen auf teilstationäre geriatrische Behandlung in der Tagesklinik in Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017</i>	38
<i>Tabelle 3:</i>	<i>Datenbasis der Analysen aus den Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt zu den Krankenhausabrechnungsprüfungen nach dem KHEntgG aus den Krankenhausbehandlungsjahren 2012 bis 2017</i>	73
<i>Tabelle 4:</i>	<i>Variablenselektion aus der Datenbasis</i>	76
<i>Tabelle 5:</i>	<i>Wohnortnah erreichbare geriatrische Rehabilitationsangebote für Patienten aus Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017</i>	78
<i>Tabelle 6:</i>	<i>Entwicklung vollstationäre Behandlungen, GFK und Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach KHEntgG, Jahre 2012 bis 2017 Sachsen-Anhalt</i>	96
<i>Tabelle 7:</i>	<i>Beauftragte Prüffragen unter allen GFK-Prüfungen mit geriatrischer DRG,</i>	98
<i>Tabelle 8:</i>	<i>Kombinationen von Prüffragen unter den GFK-Prüffälle mit geriatrischer DRG</i>	99
<i>Tabelle 9:</i>	<i>Entwicklung von Minderungen des Effektivgewichts bei Prüffällen mit GFK (OPS 8-550. *), Jahre 2012 bis 2017 MDK Sachsen-Anhalt</i>	103
<i>Tabelle 10:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüffällen (OPS 8-550. *) nach geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	104
<i>Tabelle 11:</i>	<i>Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550. *) mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	108
<i>Tabelle 12:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550. *) mit geriatrischer DRG nach Prüffragen, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	109
<i>Tabelle 13:</i>	<i>GFK-Prüfungen (OPS 8-550. *) mit geriatrischer DRG nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	111
<i>Tabelle 14:</i>	<i>Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550. *) mit geriatrischer DRG nach Behandlungsdauerkategorien, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	113

<i>Tabelle 15:</i>	<i>Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit von Minderungen des</i>	118
<i>Tabelle 16:</i>	<i>Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der</i> <i>Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS</i> <i>8-550. *) mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	119
<i>Tabelle 17:</i>	<i>Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der</i> <i>Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS</i> <i>8-550. *) mit geriatrischer DRG stratifiziert nach wohnortnaher</i> <i>Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012</i> <i>bis 2017 kumuliert</i>	123
<i>Tabelle 18:</i>	<i>Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der</i> <i>Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS</i> <i>8-550. *) mit geriatrischer DRG stratifiziert nach gutachtlicher</i> <i>Verweildauerkürzung, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert.....</i>	125
<i>Tabelle 19:</i>	<i>Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit von Minderungen</i> <i>des Effektivgewichts bei Prüfung Dauer Krankenhausbehandlung,</i> <i>Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>	128
<i>Tabelle 20:</i>	<i>Prüfung der Hypothesen</i>	136
<i>Tabelle 21</i>	<i>Vergleich Prüf- und Kürzungsquoten zu Prüfungen von</i> <i>Krankenhausabrechnungen nach KHEntgG, MDK Gemeinschaft</i> <i>und Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017.....</i>	140

Abkürzungsverzeichnis

AGK	Ambulante geriatrische Komplexbehandlung
AGRV	Ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung
AHB	Anschlussheilbehandlung
BDO	BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BHD	Behandlungsdauer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BGA V&R	Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation
BGR V&R	Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation
BVG	Bundesverband Geriatrie e. V.
c. p.	ceteris paribus; unter sonst gleichen Bedingungen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-DRG-System	German Diagnosis Related Groups System
DRG	Diagnosis Related Groups
EDA	Elektronischer Datenaustausch
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
GA	Gutachten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GerITKB	Geriatrische tagesklinische Behandlung
GFK	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GtMK	Geriatritypische Merkmalskomplexe
GtMM	Geriatritypische Multimorbidität
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IK	Institutionskennzeichen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

IPReG	Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz)
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KHG LSA	Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt
KVSA	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
LVGSA	Landesverband Geriatrie Sachsen-Anhalt
MDC	Major Diagnostic Categories
MGS LSA	Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt
MDK SAN	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt e.V.
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MVWD	Mittlere Verweildauer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
RVQK LSA	Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA
SEG 4	Sozialmedizinische Expertengruppe 4 „Vergütung und Abrechnung“
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SFB	Sozialmedizinische Fallberatung
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1 Einleitung

Die Geriatrie richtet sich aus nach den Bedürfnissen hochaltriger Patienten (Lübke, 2005). Die geriatrische Behandlung umfasst fachübergreifende komplexe Leistungen für besonders vulnerable, multimorbid erkrankte Patienten. Nicht die Behandlung einzelner Erkrankungen steht damit im Zentrum der Geriatrie, sondern der Erhalt der Selbständigkeit bzw. die Verhinderung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit. Besondere Wichtigkeit kommt daher der geriatrischen Rehabilitation zu (siehe dazu ausführlich Kapitel 2.1.2). „Geriatrische Behandlung beinhaltet auch im Krankenhaus aufgrund ihrer prioritären Zielsetzung einer größtmöglichen Selbsthilfefähigkeit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nahezu regelhaft rehabilitative Behandlungselemente in individuell unterschiedlichem Umfang. Die Frührehabilitation hat in der Geriatrie daher einen besonders hohen Stellenwert“ (Ernst et al., 2020, S. 55).

Erbracht werden frührehabilitative Maßnahmen im Krankenhaus über die sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK). Deren Abbildung in der Krankenhausvergütung, dem G-DRG-System, bringt per se und darüber hinaus wegen der unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen der Bundesländer Fehlanreize und Schnittstellenprobleme hervor. Auswirkungen hat dies nicht nur auf die geriatrische Versorgung selbst, sondern auch auf die Angemessenheit der sozialmedizinischen Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) (seit dem 1. Juli 2021 Medizinischer Dienst)¹.

Der Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen widmet sich die vorliegende Forschungsarbeit. Zur Herleitung des Forschungsinteresses und der Forschungsfrage (Kapitel 1.3) wird zunächst die Abbildung der GFK im G-DRG-System vor dem Hintergrund der unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsstrukturen der Bundesländer beleuchtet (Kapitel 1.1). Anschließend wird die Problematik sozialmedizinischer Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten durch den MDK kurz dargestellt (Kapitel 1.2).

¹ Infolge des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wurden bis zum 30. Juni 2021 alle MDK in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt und in Medizinische Dienste bzw. der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung in den Medizinischen Dienst Bund umbenannt (siehe dazu auch Kapitel 2.2.2). Die Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit beziehen sich auf Daten aus den Jahren 2012 bis 2017, weswegen sich die Ausführungen durchgängig auf den MDK beziehen.

1.1 Fehlanreizende Abbildung geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im G-DRG-System vor dem Hintergrund unterschiedlicher geriatrischer Versorgungsstrukturen der Bundesländer

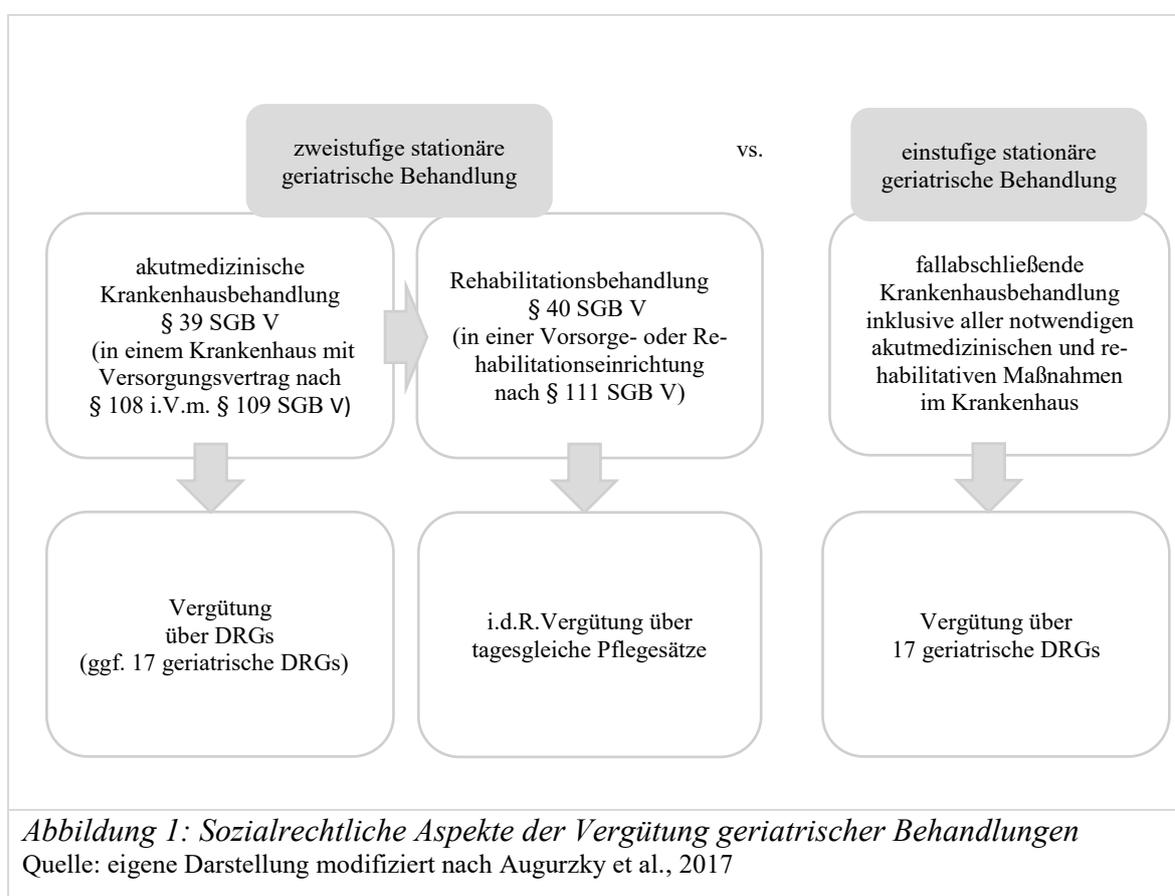
Es wird generell beklagt, „dass die Versorgungsbedarfe des geriatrischen Patienten konträr zum Aufbau des deutschen Gesundheitssystems und dessen Finanzierung sind. Sie passen weder zur sektoralen Trennung von Krankenhaus und Rehabilitation noch zu der strikten sozialversicherungsrechtlichen Aufteilung in stationäre und ambulante Versorgung“ (BVG, 2016). Im internationalen Vergleich zeigt sich in Deutschland die historisch gewachsene Besonderheit, dass geriatrische Patienten je nach Wohnort und dem dort vorherrschenden geriatrischen Versorgungskonzept stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen entweder im Krankenhaus, in einer Rehabilitationseinrichtung oder aber bei beiden Leistungserbringern in Anspruch nehmen können (Hofmann et al., 2000). Die regionsabhängige Unterteilung der stationären Geriatrie in Akutmedizin (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) und geriatrische Rehabilitation (medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V) entspringt dabei eher dem Sozialrecht als versorgungspraktischen Vorteilen (Stier-Jarmer et al., 2002, S. 191). Eine medizinische Begründung für die Aufteilung der geriatrischen Versorgung in Akutgeriatrie im Krankenhaus und stationäre Rehabilitationsleistungen ließ sich in der Vergangenheit nicht nachweisen (vergleiche dazu z. B. Loos et al., 2001).

Trotz Bemühungen um einen systematischen Ansatz aus dem Rehabilitationssektor mit dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 11 SGB V, § 4 SGB IX, § 31 SGB XI) erfolgt die Behandlung geriatrischer Patienten in Deutschland in den meisten Fällen entweder akutmedizinisch mit frührehabilitativem Behandlungsanteilen im Krankenhaus oder als medizinische Rehabilitation im Anschluss an Behandlungen im Krankenhaus. Nur selten erfolgen geriatrische Behandlungen sektorenübergreifend oder losgelöst von Krankenhausaufenthalten, um mit einem rehabilitativen Gesamtkonzept Pflegebedürftigkeit oder Akutbehandlungen zu vermeiden. Dies belegte beispielsweise eine Routinedatenanalyse anonymisierter Abrechnungsfälle von AOK-Versicherten ≥ 65 Jahren aus den Jahren 2008/2009 (Meinck et al., 2013).

Insgesamt überwiegt in ganz Deutschland das akutgeriatrische Leistungsangebot in Krankenhäusern gegenüber den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, weswegen der GFK bundesweit eine große Bedeutung zukommt (Stier-Jarmer, 2002). Einen besonderen Stellenwert nimmt die geriatrische Frührehabilitation in Krankenhäusern in Bundesländern ein, die

keine oder nur wenige geriatrische Rehabilitationsangebote vorhalten. Die fehlenden Strukturen der rehabilitativen geriatrischen Weiterversorgung haben in Bundesländern mit akutgeriatrischem Versorgungsfokus Anpassungen der vorlaufenden (stationären) Versorgung im Krankenhaus bedingt. Wo nur vereinzelt oder gar kein wohnortnahes Angebot an geriatrischer Rehabilitationsversorgung besteht, greift die Versorgungspraxis ersatzweise auf indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen oder aber auf die GfK auch über eine akutstationär erforderliche Behandlungsdauer hinaus zurück (Ernst et al., 2020, S. 101).

Konzeptionell zugrunde gelegt ist in Bundesländern mit überwiegend akutstationärer Geriatrie im Krankenhaus daher eine fallabschließende geriatrische Behandlung (vgl. dazu BVG, 2016; Ernst et al., 2015, S. 6; KCG, 2018a). Gemäß dem Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie ist unter einer fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung „die Erbringung aller erforderlichen stationären und ggf. teilstationären kurativen und rehabilitativen Leistungen im Krankenhaus“ (Ernst et al., 2016, S. 61) zu verstehen, die in Anlehnung an den Bundesverband Geriatrie auf die „Wiedereingliederung in das gewohnte Lebensumfeld“ (BVG, 2016, S. 222) abzielt.



Trotz gravierender regionaler Versorgungsunterschiede werden geriatrische Behandlungen mit frührehabilitativen Behandlungsanteilen im Krankenhaus im G-DRG-System aber bundeseinheitlich über die GFK mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 abgebildet. Die Kodierung folgt einer dreistufigen Einteilung nach GFK-Dauer (DIMDI, 2016)²:

- ❖ OPS 8-550.0 ab 7 GFK-Tagen
- ❖ OPS 8-550.1 ab 14 GFK-Tagen
- ❖ OPS 8-550.2 ab 21 GFK-Tagen.

Der OPS 8-550.0 nimmt keinen Einfluss auf die Vergütung. Erlöswirksam sind lediglich die OPS 8-550.1 und 8-550.2 mit deren Angabe eine der 17 geriatrischen DRG kodiert wird (InEK, 2011 bis 2016 - siehe zu den geriatrischen DRG Anhang A dieser Arbeit). Eine erlöswirksame GFK geht somit einher mit mindestens 14 Behandlungstagen (InEK, 2016a, S. 1183). Behandlungsdauern über 14 Tagen haben abgesehen von Zuschlägen bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer trotz Feinkodierung des OPS 8-550.2 keine weitere Vergütungswirkung. Dies schafft einen deutlichen Anreiz, die Erlösgrenze von 14 Tagen zu erreichen, sie jedoch nicht weit zu überschreiten. Bundesweit haben die Vergütungsanreize durch die Entwicklung der Behandlungsdauern entlang der Erlösgrenzen Änderungen in der Versorgung nach sich gezogen (siehe dazu Kapitel 2.3.1).

Als besonders kritisch wird die derzeitige Abbildung geriatrischer Komplexbehandlungen im G-DRG-System auch über die Entwicklung der Behandlungsdauern hinaus in Bundesländern mit einstufigem akutgeriatrischem Behandlungsfokus bewertet. Eine angemessene Vergütung fallabschließender geriatrischer Behandlungen im Krankenhaus unter Einbezug aller notwendigen kurativen und rehabilitativen Leistungen ist mit der bundeseinheitlich an den akutstationären Behandlungsbedarf gekoppelten Vergütungssystematik des OPS 8-550 sachgerecht nicht möglich. Auf Grundlage der gleichen Vergütung ist in einigen Bundesländern die gesamte geriatrische Behandlung einschließlich rehabilitativer Maßnahmen im

² Als Referenz für die Klassifikation des OPS 8-550 wird im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit durchgängig das OPS-Verzeichnis in der Version 2017 zugrunde gelegt, da die Ausgestaltung des OPS 8-550 im Betrachtungszeitraum 2012-2017 keiner Veränderung unterlag. Herausgegeben wurde das OPS-Verzeichnis bis zum Jahr 2020 vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Das DIMDI ist mit dem Jahr 2020 in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übergegangen.

Krankenhaus abzudecken, während in Bundesländern mit zweistufiger Geriatriekonzeption rehabilitative Maßnahmen im Anschluss an die Akutgeriatrie separat vergütet werden (Kolb et al., 2014, S. 10). Noch dazu besteht leistungsrechtlich für die Krankenkassen keine Pflicht, GFK über den akutstationären Behandlungsbedarf gemäß § 39 SGB V hinaus zu vergüten. Der OPS 8-550 unterliegt mit dem Ziel der Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) der Maßgabe „darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht“ (DIMDI, 2016, S. 446). Geriatriischer Rehabilitationsbedarf über den akutstationären Behandlungsbedarf hinaus ist leistungsrechtlich über die medizinische Rehabilitation (§ 40 SGB V) abzudecken.

Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Erbringung der GFK als Substitut rehabilitativer Maßnahmen liegen aktuell nicht vor, womit leistungsrechtlich das BSG-Urteil B 3 KR21/05 R vom 10.04.2008 zugrunde gelegt werden kann. Demnach haben Krankenkassen Krankenhausaufenthalte nicht zu vergüten, wenn die Krankenhausbehandlung nicht aus medizinischen Erfordernissen sondern wegen des Fehlens alternativer Behandlungsangebote erbracht wurde. Dem entgegen stehen der sozialrechtliche Anspruch auf medizinische Rehabilitation (§ 40 SGB V) und die Grundlagen bedarfsgerechter Versorgung aus dem Sozialgesetzbuch, wonach sowohl die Leistungsträger als auch -erbringer „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ haben (§ 70 SGB V). Dabei muss „die Versorgung der Versicherten [...] ausreichend und zweckmäßig sein [...]“ (§ 70 SGB V).

Einem bedarfsorientierten geriatrischen Behandlungsgeschehen im Krankenhaus entgegen stehen zusammengefasst maßgeblich zwei leistungsrechtliche Aspekte:

- die wochenweise ausgerichtete Vergütungssystematik der GFK im G-DRG-System (bundesweit) sowie
- zusätzlich erschwerend in Bundesländern mit überwiegend akutgeriatischer Versorgung im Krankenhaus die Kopplung des GFK-OPS 8-550 an den akutstationären Behandlungsbedarf (§ 39 SGB V), der leistungsrechtlich einer Vergütung der GFK über die akutmedizinisch notwendige Behandlungsdauer hinaus entgegensteht, selbst wenn der geriatrische Rehabilitationsbedarf noch nicht abgeschlossen sein sollte.

1.2 Problematik sozialmedizinischer Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten durch den MDK

Die im Kapitel 1.1 dargestellten Feinheiten der Indikation und der Abrechnung geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen führen zu Prüfungsbedarf bei den Krankenkassen. Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen obliegt im Auftrag der Krankenkassen dem MDK (§ 275 SGB V). Krankenhausabrechnungsprüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr.1 SGB V i.V.m. 275c SGB V lassen sich grob unterscheiden nach zwei maßgeblichen Gründen der Prüfbeauftragung:

1. Im Rahmen von DRG-Prüfungen wird die Korrektheit der DRG-Kodierung überprüft.
2. Die für die vorliegende Forschungsarbeit relevanten sogenannten Fehlbelegungsprüfungen wiederum beziehen sich auf die Begutachtung der grundsätzlichen Notwendigkeit (primäre Fehlbelegung) oder der notwendigen Dauer (sekundäre Fehlbelegung) der Krankenhausbehandlung (nach der Operationalisierung des Begriffs „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der SEG 4 und des Kompetenz-Centrums Geriatrie der MDK-Gemeinschaft (KCG) auch „akutstationärer Behandlungsbedarf“ (SEG 4 & KCG, 2006)).

Eine Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung stellt die Begutachtungsanleitung *Vorsorge und Rehabilitation (BGA V&R)* mit spezifischen Ausführungen zur Geriatrie dar. Die *BGA V&R* (MDS, 2018) besagt, dass tatsächlich verfügbare Versorgungsangebote bei der Gewährung rehabilitativer Leistungen von den Krankenkassen wie auch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung des MDK zu beachten sind.³ Die Begutachtungsanleitung ist Ergebnis einer Kooperation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (seit dem 01. Januar 2022 Medizinischer Dienst Bund) mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den Verbänden der Krankenkassen. Sie ist sowohl für die MDK als auch die Krankenkassen verbindlich. Wenn auch die Krankenkassen gemäß SGB V und den Kriterien zur Kodierung des OPS 8-550 (DIMDI, 2016, S. 446) im Geltungsbereich der Krankenhausversorgung leistungsrechtlich nicht verpflichtet sind, die GfK

³ „In einzelnen Bundesländern stehen für die geriatrische Rehabilitation ausschließlich oder ganz überwiegend Angebote der voll- und teilstationären geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus zur Verfügung. Diese Besonderheiten des Leistungsangebots sind bei der gutachterlichen Empfehlung und den leistungsrechtlichen Entscheidungen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Einrichtung zu berücksichtigen“ (MDS, 2018, S. 42).

nach Enden des Akutbehandlungsbedarfs zu vergüten, liegen mit der BGA V&R doch gemeinschaftlich festgesetzte Verbindlichkeiten zur Berücksichtigung regionaler Versorgungsangebote bei der Rehabilitationsversorgung vor. Damit sollten die regionalen geriatrischen Versorgungsstrukturen bei der Prüfbeauftragung des MDK von den Krankenkassen berücksichtigt werden.

Wird der MDK ohne Rücksicht auf die tatsächlich verfügbaren rehabilitativen Versorgungsangebote mit der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beauftragt, entspricht das nicht dem angemessenen Einsatz der gutachtlichen Ressource. Denn bewertet der Gutachter die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, spricht er akuten Behandlungsbedarf gemäß § 39 SGB V im Krankenhaus womöglich mit der Begründung ab, dass lediglich geriatrischer Rehabilitationsbedarf bestand, der in einer Rehabilitationseinrichtung hätte erbracht werden können. Diese Erbringung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen ist aber faktisch in Regionen ohne geriatrische Rehabilitationsangebote nicht möglich. Damit verweist das sozialmedizinische Gutachten auf nicht ausführbare Leistungen, womit der Einsatz der gutachtlichen Ressource nicht zielbringend ist (Ernst et al., 2020, S. 101). „Vor dem Hintergrund unterschiedlicher geriatrischer Geriatriekonzeptionen bzw. Versorgungsstrukturen bei einheitlichem Leistungsrecht sollte die Beauftragung der Medizinischen Dienste gemäß § 275 SGB V insofern unter Berücksichtigung der regional vorhandenen Strukturen erfolgen“ (Ernst et al., 2020, S. 107).

Der MDK sollte demnach in Regionen ohne verfügbares geriatrisches Rehabilitationsangebot nicht mit der ausschließlichen Prüfung von Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, sondern vielmehr mit Prüffragen beauftragt werden, deren Begutachtungsergebnis umsetzbar ist. Der MDK selbst soll als sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst eine objektive und gerechte Verteilung der Ressourcen aus der Gesetzlichen Kranken- (GKV) und Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sicherstellen. „Die Arbeit des MDK trägt dazu bei, dass Versicherte entsprechend ihrem Bedarf versorgt werden“ (MDK Gemeinschaft & MDS, 2019). Für die Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit von GFK-Patienten bedeutet dies grundsätzlich, dann fallabschließende geriatrische Behandlungen im Krankenhaus zu gewähren, wenn geriatrische Rehabilitationsangebote nach § 40 SGB V nicht zur Verfügung stehen. Denn herrschen leistungsrechtlich auch das SGB V und die Abbildung der GFK im G-DRG-System bundesübergreifend vor,

ist aus versorgungspraktischer Sicht unter den Bedingungen der aktuell etablierten geriatrischen Versorgungsstrukturen in einigen Bundesländern (d. h. nicht ausreichend etablierte Rehabilitationsangebote zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten) dennoch eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus anzustreben, um die für die geriatrischen Patienten so wichtigen Rehabilitationsziele zu erreichen (siehe zur geriatrischen Rehabilitation Kapitel 2.1.2). Allerdings haben Gesetzgeber und Vertragsparteien eine Regelungsdichte rund um die Prüfung des Behandlungsbedarfs geriatrischer Komplexbehandlungen geschaffen, an die sich auch der MDK halten muss. Eine klare sozialrechtliche Legitimation für den Gutachter, das Landesgeriatriekonzept dem Sozialgesetzbuch vorzuziehen und die sozialmedizinische Begutachtung entgegen dem Prüfauftrag der Krankenkasse durchzuführen, gibt es nicht (siehe dazu ausführlich Kapitel 2.2.2).

1.3 Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Ob und in welchem Maße die Krankenkassen und der MDK regionale Versorgungsstrukturen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen geriatrischer Patienten tatsächlich berücksichtigen, ist bisher nicht wissenschaftlich ergründet worden. Erstmals soll daher in der vorliegenden Forschungsarbeit auf Grundlage von MDK-Routinedaten beispielhaft für Länder mit einstufiger akutgeriatrischer Versorgungskonzeption analysiert werden, ob regionale Versorgungsstrukturen bei den sozialmedizinischen Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit GFK von den Krankenkassen und/oder dem MDK berücksichtigt werden.

Eines der Bundesländer, in denen die geriatrische Versorgung aufgrund mangelnder stationärer geriatrischer Rehabilitationsangebote fallabschließend im Krankenhaus erfolgen soll, ist Sachsen-Anhalt. Zielführende Abrechnungsprüfungen unter Berücksichtigung der geriatrischen Versorgungskonzeption sind in Sachsen-Anhalt besonders wichtig, weil der Zugang zu geriatrischen Leistungen in der Tagesklinik und damit die Erbringung fallabschließender geriatrischer Krankenhausbehandlungen in Sachsen-Anhalt durch ein Antragsverfahren erschwert wird, was sich grundlegend von anderen Bundesländern unterscheidet (siehe zu den erschwerenden Besonderheiten Kapitel 2.1.4). Daher wurde der MDK Sachsen-Anhalt für die Analysen des vorliegenden Forschungsbeitrages ausgewählt. Auf Grundlage der Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt wird analysiert,

1. ob die fallabschließende Behandlungskonzeption unter Einbezug regionaler Versorgungsstrukturen bei der Beauftragung von Prüfungen zu Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 275 SGB V) durch die Krankenkassen Beachtung findet,
2. inwieweit auf Grundlage des Prüfbeauftragungsverhaltens der konzeptionelle geriatrische Fallabschluss im Krankenhaus in der sozialmedizinischen Begutachtung selbst berücksichtigt wird und
3. wie sich die Prüf- als auch Rechnungskürzungsquoten von GFK im Zeitraum von 2012 bis 2017 im Allgemeinen entwickelt haben.

Aus den Analysen soll eine Diskussionsgrundlage entstehen, aus der Handlungsempfehlungen zur Ausrichtung des sozialmedizinischen Begutachtungsgeschehens nach dem konzeptionellen Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus ableitbar sind.

Die Analysen stellen als erster Forschungsbeitrag zum Einbezug geriatrischer Versorgungsstrukturen in die sozialmedizinische Begutachtung auf Grundlage statistischen Datenmaterials einen grundlegenden Ausgangspunkt für weitere Studien dar. Aufgrund bisher absenter detaillierter Statistiken zu den Abrechnungsprüfungen in der MDK Gemeinschaft ist es aktuell allerdings weder möglich, die Prüfdaten der einzelnen MDK untereinander abzugleichen, noch die Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt zu den GFK-Prüfungen im Bundesvergleich zu betrachten (siehe dazu Kapitel 2.3.2). Datensätze anderer MDK mit einstufigem Geriatriekonzept oder ein Vergleichsdatensatz eines Bundeslandes mit zweistufiger Geriatriekonzeption standen nicht zur Verfügung. Die Aussagekraft der Ergebnisse bleibt daher zunächst „monozentrisch“ begrenzt, kann aber durch vergleichende Auswertungen erweitert werden.

Die Hauptforschungsfrage (HF) des Forschungsbeitrages leitet sich somit folgendermaßen ab:

HF: Wird bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung in Sachsen-Anhalt die fallabschließende Behandlung im Krankenhaus gemäß der Behandlungskonzeption des Landes ausreichend berücksichtigt?

Eine ausreichende Berücksichtigung wird angenommen, wenn sowohl die Krankenkassen als auch der MDK der sozialmedizinischen Prüfung der Krankenhausabrechnungen den Anspruch an eine fallabschließende Behandlung zugrunde legen. Geprüft wird zur Beantwortung der HF daher die Berücksichtigung des fallabschließenden Behandlungskonzepts bei der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen und daraus folgend die Berücksichtigung der Versorgungsstruktur im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vor dem Hintergrund des vorherrschenden Prüfbeauftragungsverhalten. Folgende zwei Unterforschungsfragen (UF) gilt es somit zu beantworten:

UF I: Wird bei der Beauftragung des MDK mit Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus von den Krankenkassen berücksichtigt?

UF II: Findet der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung durch die Gutachter des MDK Berücksichtigung?

Dem Forschungsbeitrag zugrunde liegt das Ziel, anhand der empirischen Analysen eine Diskussionsgrundlage zu schaffen zur Förderung

- eines inhaltlich und wirtschaftlich angemessenen Einsatzes der Krankenhausabrechnungsprüfungen (Ernst et al., 2020, S.101), die in Form der sozialmedizinischen Begutachtungskapazität ebenso eine knappe und mit Bedacht einzusetzende Ressource des Gesundheitswesens darstellen wie die Leistungen selbst, welche durch ihren Einsatz gerecht verteilt werden sollen (siehe zur effektiven Verfügbarkeit begrenzter Ressourcen z.B. Robra 2012, S. 6).

Zunächst werden zu diesem Zweck im Kapitel 2 das geriatrische Versorgungsgeschehen in Deutschland (Kapitel 2.1) sowie der institutionelle Rahmen von GFK im Geltungsbereich

der GKV (Kapitel 2.2) beleuchtet, um dem Forschungsbeitrag seinen versorgungstheoretischen Rahmen zu geben. Kapitel 2.3 führt anschließend den Stand der Forschung auf, um die bereits vorliegenden Beiträge zur Forschungsthematik zu beleuchten. Die für die Analysen verwendeten Daten und Methoden sind im Kapitel 3 aufgeführt, bevor im empirischen Teil (Kapitel 4) die Ergebnisse der Analysen präsentiert werden. Im Kapitel 5 werden die Analyseergebnisse und Methoden diskutiert, die aufgestellten Hypothesen zusammenfassend geprüft sowie Schlussfolgerungen gezogen und offenbleibende Forschungsaspekte beleuchtet. Eine Zusammenfassung der Forschungsarbeit findet sich im Kapitel 6.

2 Fallabschließende geriatrische Krankenhausbehandlung im Geltungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgungsstrukturen, sozialmedizinisches Prüfgeschehen und relevante Forschungsbeiträge

Der Empirie der Forschungsarbeit vorangestellt werden im Kapitel 2.1 Ausführungen zur GFK als Teil der geriatrischen Versorgung in Deutschland. Kapitel 2.1.1 nennt die Datenquellen, die zur Abbildung des geriatrischen Versorgungsgeschehens herangezogen wurden, während Kapitel 2.1.2 die Grundzüge der geriatrischen Versorgung in Deutschland vorstellt, um anschließend die fallabschließende Behandlungskonzeption Sachsen-Anhalts im Vergleich zu anderen Bundesländern mit akutgeriatrischem Versorgungsfokus zu beleuchten (Kapitel 2.1.3). Um die Rolle der MDK Abrechnungsprüfungen im geriatrischen Versorgungssystem der GKV zu verdeutlichen, folgen im Kapitel 2.2 Erörterungen zu den sozialrechtlichen Aspekten der Forschungsthematik.

2.1 Geriatrische Versorgung in Deutschland

2.1.1 Amtliche Statistik, Weißbuch Geriatrie und andere Datenquellen

Für die Ausführungen zum geriatrischen Versorgungsgeschehen in Deutschland wurde auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen. Der Abbildung der grundlegenden Struktur- und Leistungsdaten im geriatrischen Fachgebiet in den deutschen Krankenhäusern liegen die Grunddaten der Krankenhäuser aus der amtlichen Krankenhausstatistik zugrunde (Statistisches Bundesamt, 2018). Die Ausführungen zum stationären Rehabilitationsgeschehen wurden den Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entnommen (Statistisches Bundesamt, 2018b). Die Daten der Krankenhausstatistik werden jährlich von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder in Form verpflichtend von den Leistungserbringern zu übermittelnden Meldungen erhoben (Statistisches Bundesamt, 2020c). Die Angaben der Krankenhäuser zum geriatrischen Leistungsgeschehen beziehen sich auf geriatrische Fachabteilungen, deren Betten und Leistungen. Außerhalb originär geriatrischer Abteilungen über die GFK (mit OPS 8-550) erbrachte geriatrische Behandlungen sind nicht enthalten. Zusätzlich wurden Daten zur Erbringung der GFK (OPS 8-550) über Sonderabfragen

vom Statistischen Bundesamt eingeholt (Statistisches Bundesamt, 2018c). Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnte das Statistische Bundesamt keine Angaben zu den Standorten der Krankenhäuser übermitteln, die den OPS 8-550 abrechnen (also zumindest formal GFK erbringen).

Außerdem liegen den Ausführungen zu den geriatrischen Strukturdaten im Bundesvergleich durch den Bundesverband Geriatrie in Zusammenarbeit mit den geriatrischen Landesverbänden zum Stichtag 1. Januar 2015 im Rahmen einer umfassenden bundesweiten Abfrage erhobene Daten und Standortbestimmungen aus dem Weißbuch Geriatrie zugrunde (BVG, 2016). Die Daten aus dem Weißbuch Geriatrie weichen von der amtlichen Statistik teilweise erheblich ab. Sie werden auch in zeitlich später herausgegebenen Veröffentlichungen vorrangig vor Daten der Statistischen Landesämter oder des Statistischen Bundesamtes zitiert (vergleiche dazu z.B. Augurzky et al., 2017).

Den Angaben zum bundesweiten geriatrischen Versorgungsnetz liegt außerdem das aktuelle Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie zugrunde (Ernst et al., 2020), welches zur Abbildung der geriatrischen Krankenhausstrukturen nicht auf geriatrische Fachabteilungen, sondern auf Krankenhäuser verweist, die den OPS 8-550 abrechnen, und zur Abbildung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die Teilnehmer am QS-Reha[®]-Verfahren der GKV zugrunde legt (Ernst et al., 2020).

Da sich die Empirie der Forschungsarbeit auf eine Betrachtung der Krankenhausabrechnungsprüfungen aus den Jahren 2012 bis 2017 bezieht, wurden den Ausführungen zu den Grundlagen der geriatrischen Begutachtung grundsätzlich die Inhalte der dritten Auflage des Kompendiums Begutachtungswissen Geriatrie (Stand 2015) zugrunde gelegt, welche das Basiswissen sozialmedizinischer Begutachtungen in der Geriatrie für jenen Zeitraum zusammenfasst (Ernst et al., 2016). Die vierte Auflage (2020) wurde erst im letzten Drittel des Erstellungszeitraums der Forschungsarbeit veröffentlicht. Lediglich einige treffendere, jedoch im inhaltlichen Kern nicht abweichende Formulierungen wurden neben den Strukturdaten ergänzend aus der vierten Auflage übernommen. Informationen zu Standorten, die geriatrische Rehabilitation erbringen, liegt das Verzeichnis aller am QS-Reha[®]-Verfahren der GKV verpflichtend teilnehmenden Anbieter im Abgleich mit den Versorgungsständen 2012 (Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012) und 2017 (Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

2017) zugrunde. Ambulante geriatrische Versorgungsangebote auf Grundlage von Verträgen der Besonderen Versorgung (§§ 140a - 140d SGB V) in Sachsen-Anhalt wurden zusätzlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) erfragt. Der Zuordnung der Postleitzahlen zu den erreichbaren Gebieten liegt das amtliche Gemeindeverzeichnis zugrunde (Statistisches Bundesamt, 2018d). Die Bevölkerungsdaten zur Einordnung des Aufkommens potenziell geriatrischer Bevölkerungsanteile über 65 Jahren beruhen auf der amtlichen Bevölkerungsstatistik des Jahres 2017 (Statistisches Bundesamt, 2019).

2.1.2 Der geriatrische Patient in der GKV und der besondere Stellenwert der geriatrischen Rehabilitation bei der geriatrischen Behandlung

Die Europäische Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), an deren Ausführungen sich auch die geriatrischen Fachgesellschaften⁴ in Deutschland orientieren, definiert die Geriatrie als „medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende“ (Definition der UEMS, akzeptiert in Malta am 3.5.2008 und überarbeitet in Kopenhagen am 6.9.2008). Im Geltungsbereich der GKV haben sich die geriatrischen Fachgesellschaften nun erstmals auch auf eine sektorenübergreifende Definition des geriatrischen Patienten verständigt, innerhalb derer sich ein solcher auszeichnet „durch ein erhöhtes Risiko [...], im Rahmen zusätzlicher Gesundheitsprobleme nachhaltige Beeinträchtigungen seiner Selbstbestimmung und selbständigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden“, was zurückzuführen ist auf „altersphysiologische Veränderungen oder durch bereits vorbestehende Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen“ und „zu Behandlungskomplikationen/Folgeerkrankungen [...] und zusätzlichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe“ führen kann (MDS, 2018, S. 76). Geriatrischen Patienten droht also bereits bei vermeintlich banalen Gesundheitsproblemen dringlicher als anderen Patientengruppen der Verlust von Selbständigkeit und Pflegebedürftigkeit (vergleiche dazu z. B. Lübke 2005, S. 36). Die geriatrische Behandlung orientiert sich an der

⁴ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie e. V. (DGGG)

Frage, „die Behandlung welcher Erkrankungen, Schädigungen und Beeinträchtigungen der Patienten in welchem Umfang und mit welchen Mitteln (kurativ, rehabilitativ) zum/zur weitest möglichen Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie, zur Verminderung von Pflegeabhängigkeit beiträgt“ (Lübke, 2012, S. 39).

Der Erhalt von Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit sind zentrale Ziele der rehabilitativen Behandlung gemäß § 4 Abs. 1 SGB IX, um letztlich „die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 SGB IX). Somit kommt bei der Behandlung geriatrischer Patienten auch vor dem Hintergrund des Anspruchs an ein gestuftes Versorgungskonzept mit dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI) der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Mit der erhöhten Vulnerabilität im Alter und mit zunehmender Multimorbidität geriatrischer Patienten (vergleiche dazu z. B. Lübke, 2005 und 2012) werden die Ziele rehabilitativer Maßnahmen schwieriger erreichbar und die Mittel der Rehabilitation werden weniger indikationsspezifisch, weswegen sich die geriatrische Rehabilitation mit Fokussierung auf die Bedürfnisse hochaltriger Patienten etabliert hat (MDS, 2018, S. 38). Besondere Wichtigkeit in der Geriatrie nimmt außerdem die wohnortnahe Behandlung ein und zwar sowohl im Rahmen der Akutbehandlung als auch während der Erbringung von geriatrischen Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen (vergleiche dazu z.B. Kolb, 2005). „Wohnortnähe sichert den Sozialraumbezug der medizinischen Versorgung und ermöglicht den Einbezug auch älterer Angehöriger wie z. B. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner in die Behandlung als Co-Therapeutinnen u. Therapeuten und den Einbezug des persönlichen Umfelds der Patientinnen und Patienten“ (Ernst et al., 2020, S. 35).

2.1.3 Geriatrische Versorgungsstrukturen

Wie bereits einleitend erwähnt (siehe Kapitel 1) findet die geriatrische Versorgung in Deutschland zumeist im stationären Sektor statt. Die stationäre Behandlung präventiv oder im Anschluss ergänzende ambulante geriatrische Versorgungsstrukturen werden in Deutschland kaum vorgehalten (vergleiche dazu z. B. Leistner et al., 2001; Hofmann et al., 2000; Becker et al., 2020; Ernst et al., 2020). In der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung nehmen Hausärzte aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin oder Innere Medizin eine koordinierende Schlüsselrolle ein. Versorgende Geriater in der Niederlassung finden sich in

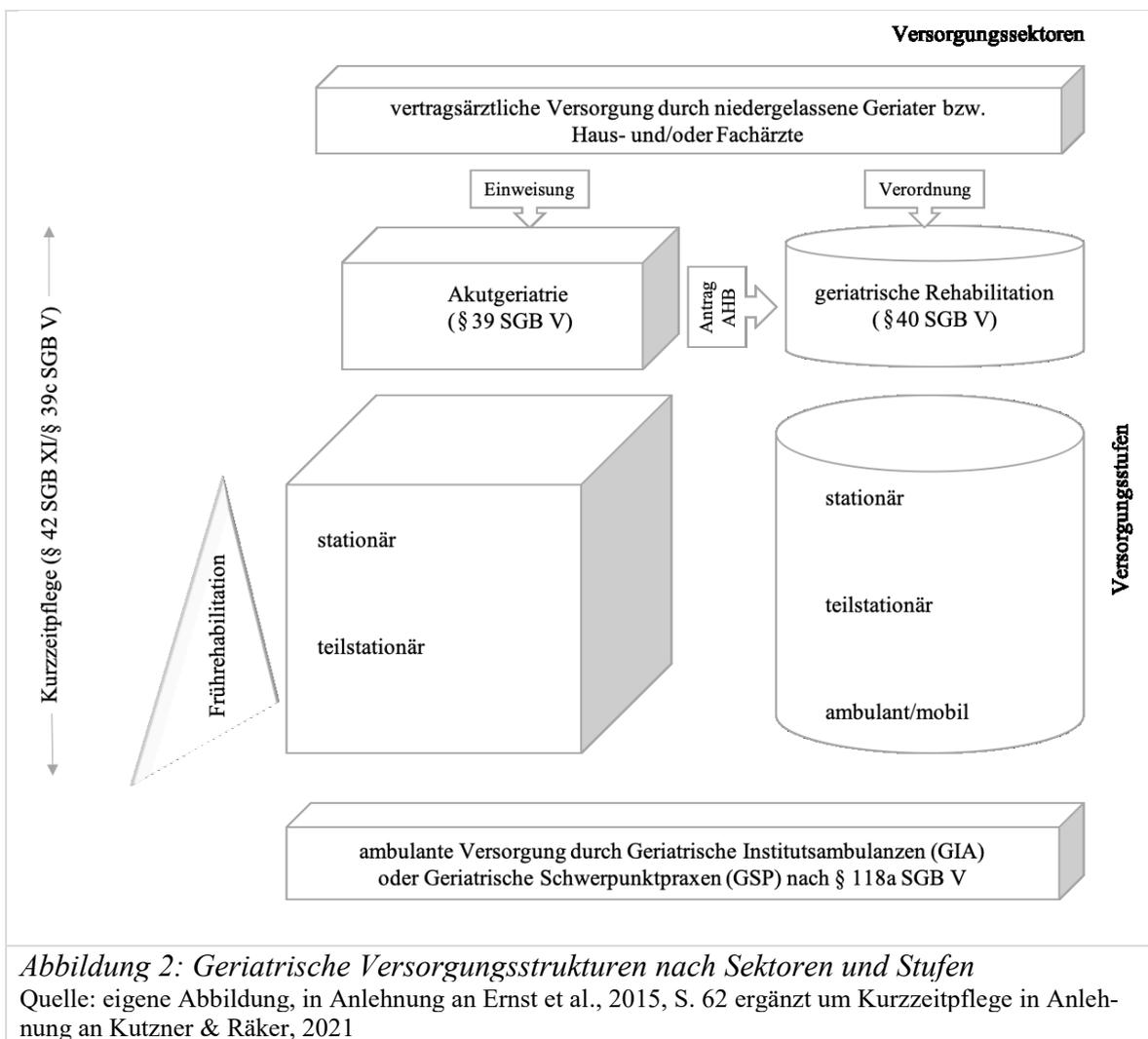
Deutschland bisher kaum unter den Vertragsärzten. Verfügbare Daten geben etwas abweichende Informationen zur Anzahl an Vertragsärzten mit geriatrischer Qualifikation. Im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes ermittelte die trinovis GmbH auf Basis von Routinedaten der Leistungserbringer 712 niedergelassene Geriater im ersten Halbjahr 2016 und 1.054 geriatrische Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2018 (trinovis GmbH, 2019). Für das Jahr 2012 erhob das Kompetenz-Centrum Geriatrie der MDK-Gemeinschaft (KCG) unter allen niedergelassenen Ärzten bereits 756 Ärzte (etwa 0,5 %) mit geriatrischer Weiterbildung (Pippel et al., 2014). In der Hausarztpraxis kann wie auch beim Facharzt für Geriatrie geriatrischer Behandlungsbedarf mit Hilfe eines geriatrischen Basisassessments⁵ identifiziert und in eine bedarfsgerechte individuelle Behandlungsrichtung gelenkt werden (Ernst et al., 2020, S. 94).

Seit dem Jahr 2016 wurden auf Grundlage des § 118a SGB V außerdem 53 (Stand Jahr 2018) Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie Geriatrische Schwerpunktpraxen (GSP) im Bundesgebiet zugelassen und in die ambulante geriatrische Versorgung integriert (trinovis GmbH, 2019). Zugrunde liegt der Implementierung von GIA und GSP die Intention, das ambulante Versorgungsfeld um die geriatrische Expertise aus den stationären geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitationssektoren, auf welche sich die geriatrische Versorgung in Deutschland aktuell überwiegend beschränkt, zu bereichern (Ernst et al., 2020, S. 94). Abhängig davon, ob eine Erkrankung unter Vorhaltung der besonderen Mittel des Krankenhauses behandelt werden muss oder chronische Leiden die Selbständigkeit einschränken bzw. Pflegebedürftigkeit einzutreten oder sich zu verschlimmern droht, kann der niedergelassene Vertragsarzt den Patienten entweder in die geriatrische Fachabteilung eines Krankenhauses einweisen oder eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme verordnen. Geriatrische Rehabilitationsleistungen können außerdem vom Krankenhausarzt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung beantragt werden. Die Krankenhausbehandlung ist eine Regelleistung der Krankenkasse, deren Anspruch besteht „wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld [...] erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Abs.1 SGB

⁵ „Das hausärztliche geriatrische Basisassessment [...] dient der gezielten Überprüfung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen geriatrischer Patientinnen und Patienten, die deren Lebensqualität entscheidend bestimmen. Auf Grund der Ergebnisse dieses Assessments können entsprechende Maßnahmen eingeleitet [...] werden“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS LSA), 2009, S.20 (heute: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung).

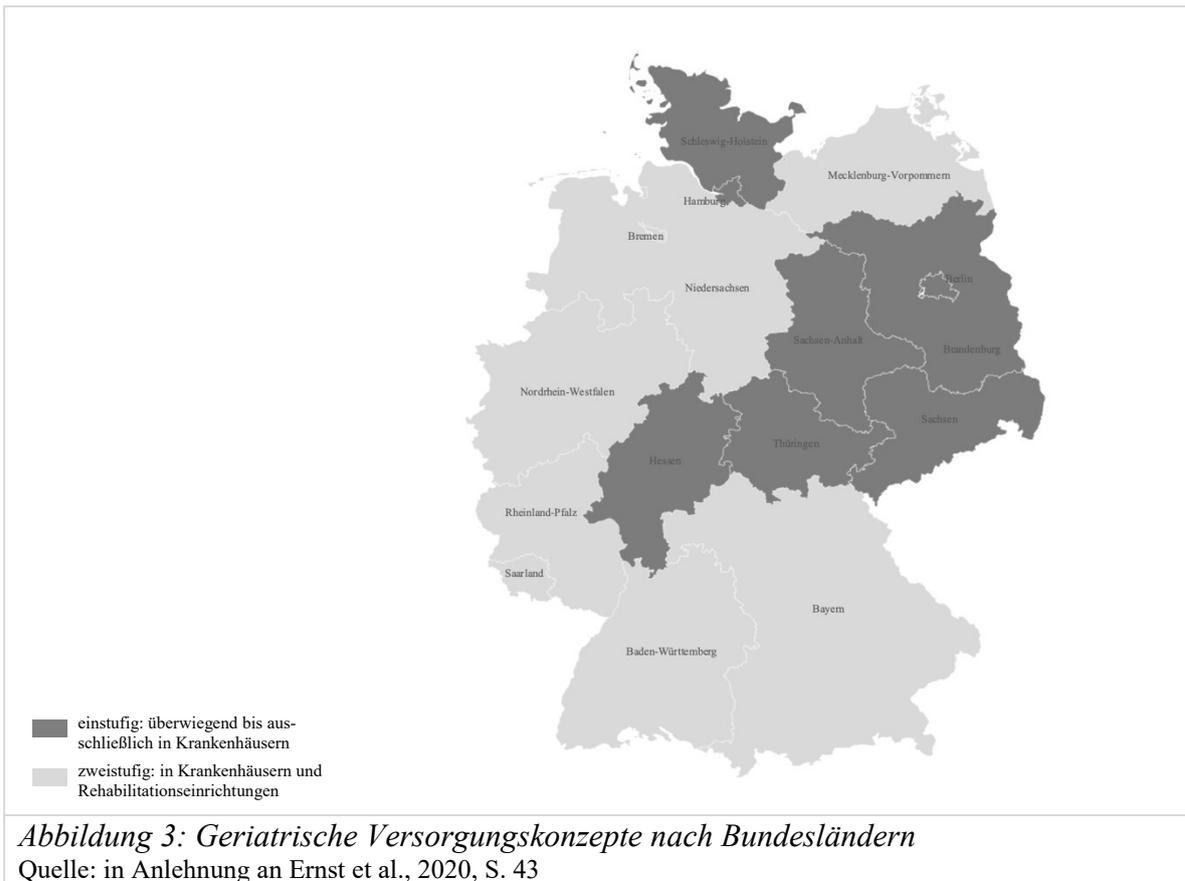
V). Die geriatrische Versorgung im Krankenhaus findet in geriatrischen Fachabteilungen (stationär) oder geriatrischen Tageskliniken (teilstationär) sowie zunehmend über die Erbringung von GFK auch in Fachabteilungen außerhalb geriatrischer Stationen wie beispielsweise in der Unfallchirurgie statt (Ernst et al., 2020, S. 46).

Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden erbracht, wenn die Krankenbehandlung nicht ausreicht, „um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“ (§ 40 SGB V). Je nach Erfordernis kann es sich um eine ambulante bzw. mobile oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme handeln (siehe Abbildung 2).



Im Gegensatz zur Krankenhausbehandlung werden geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen vorab beantragt und waren von der Krankenkasse bis zum in Kraft treten des „Gesetzes zur

Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG) am 23. Oktober 2020 regelhaft auf ihre Notwendigkeit zu prüfen und zu genehmigen. Der Zugang zu geriatrischen Krankenhausleistungen gestaltete sich somit bis zum Inkrafttreten des GKV-IPReG niedrighschwelliger als zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Mit dem neuen Gesetz beinhaltet § 40 SGB V die Maßgabe, dass Verordnungen zur geriatrischen Rehabilitation bei geeignetem Nachweis durch den Vertragsarzt von den Krankenkassen nicht länger auf ihre medizinische Notwendigkeit zu prüfen sind. „Der Behandlungsprozess sollte [...] einen möglichst fließenden Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation gewährleisten. [...] Im Idealfall überwiegt die Akutmedizin zu Beginn der Behandlung und später der Reha-Anteil“ (Kolb et al., 2014, S. 7). Die geriatrische Behandlung im Krankenhaus integriert, wie bereits aufgezeigt (Kapitel 1), die Frührehabilitation (§ 39 Abs.1 SGB V) in Form der GfK in besonderem Maße, um frühestmöglich Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen (vergleiche dazu z. B. Ernst et al., 2020, S. 57 f.). Anders als für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V können Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose bei der Indikation geriatrischer Frührehabilitation dementsprechend gering ausgeprägt sein (vergleiche dazu z. B. Leistner et al., 2005). In Bundesländern in denen geriatrische Rehabilitationsangebote nicht oder nur vereinzelt wohnortnah erreichbar sind, hat sich das Konzept der fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung etabliert bei der über die GfK sowohl alle kurativen als auch rehabilitativen Maßnahmen im Krankenhaus erbracht werden (siehe dazu Kapitel 1.1). Neben Sachsen-Anhalt gehören Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen zu den sieben Bundesländern in denen aufgrund fehlendem oder geringem Angebot medizinischer geriatrischer Rehabilitation (§ 40 SGB V) sowohl die akutmedizinische als auch die rehabilitative geriatrische Versorgung überwiegend oder ausschließlich als GfK im Krankenhaus (§ 39 SGB V) erbracht wird (Abbildung 3).



Insgesamt wird festgehalten, dass die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland weiterer Entwicklung unter gleichzeitiger Vernetzung der Behandler aus den verschiedenen Sektoren bedürfen (BVG, 2016, S. 11). Den ambulanten Sektor gilt es in besonderem Maße auszubauen. Im Versorgungsgefüge der Sektorengrenzen zwischen stationärer Akutgeriatrie und stationärer geriatrischer Rehabilitation bleibt die ambulante Rehabilitation bisher als vernachlässigter Behandlungszweig zurück (siehe dazu detailliert Kapitel 2.1.4), wenn sich auch abbildet, dass Prävention und Rehabilitation im ambulanten Sektor zunehmend gefördert werden und Angebote zwar langsam aber sukzessive zunehmen (vergleiche dazu z. B. Lübke, 2020; Becker et al., 2020a).

Dem Fächer geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen ergänzend zuordnen lässt sich die stationäre Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und § 39c SGB V (siehe Abbildung 2). Kurzzeitpflege wird in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht und kommt im Rahmen geriatrischer Behandlungsverläufe zumeist im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zum Einsatz. Anspruch auf Kurzzeitpflege haben sowohl pflegebedürftige Patienten mit Pflegegrad 2 bis 5 (§ 42 Abs. 1 SGB XI) als auch für nicht pflegebedürftige Patienten oder Pflegebedürftige

des Pflegegrades 1 für die nach einem Krankenhausaufenthalt oder wegen eines akuten Krankheitsfalls Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreicht (§ 39c SGB V). „Grundsätzliches Ziel der Kurzzeitpflege ist es, den Verbleib in der Häuslichkeit im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sowie bei Krisensituationen des häuslichen Versorgungsettings weiter zu ermöglichen“ (Kutzner & Räker, 2021, S. 132). Mittels des gezielten Einsatzes rehabilitativer Maßnahmen kann und soll die Kurzzeitpflege im Sinne der sozialgesetzlichen Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 4 SGB IX; § 31 SGB XI) und „ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V; § 3 SGB XI) langfristigem stationären Pflegebedarf präventiv entgegenwirken (Deckenbach et al., 2013). Allerdings werden nach einer Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt mehr Patienten in eine stationäre Pflegeeinrichtung anstatt zurück in die Häuslichkeit überführt (siehe dazu u. a. Rothgang et al., 2015, S. 151 ff.; Becker et al., 2020a, S. 139). Was dafür spricht, dass das geriatrische Rehabilitationspotenzial stationärer Kurzzeitpflege nur in Ansätzen umgesetzt wird. Ein Grund dafür kann die vergütungsrechtliche Sektorengrenze zwischen GKV und SPV sein (siehe dazu detailliert Kapitel 2.2.1).

Festzustellen ist hinsichtlich der vollstationären geriatrischen Behandlungen im Allgemeinen, dass im Jahr 2017 geriatrische Betten mit einem Anteil von 3,6 Prozent im Krankenhaussektor und 5,0 Prozent an allen Betten in Rehabilitationseinrichtungen einen geringen Anteil an den Gesamtversorgungskapazitäten in Deutschland ausmachen. Unter allen vollstationären Behandlungen im Krankenhaus wurden lediglich 2,0 Prozent in der Geriatrie erbracht während sich der Anteil geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen gemessen an deren Gesamtheit auf 6,3 Prozent belief (vergleiche dazu Ernst et al., 2020, S. 42 auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, 2018 & 2018b). Hinsichtlich des stationären geriatrischen Versorgungsgeschehens zeigt sich dennoch, dass sowohl die geriatrischen Betten als auch die geriatrischen Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen über die Jahre stetig zugenommen haben (siehe Abbildungen 4 bis 7).

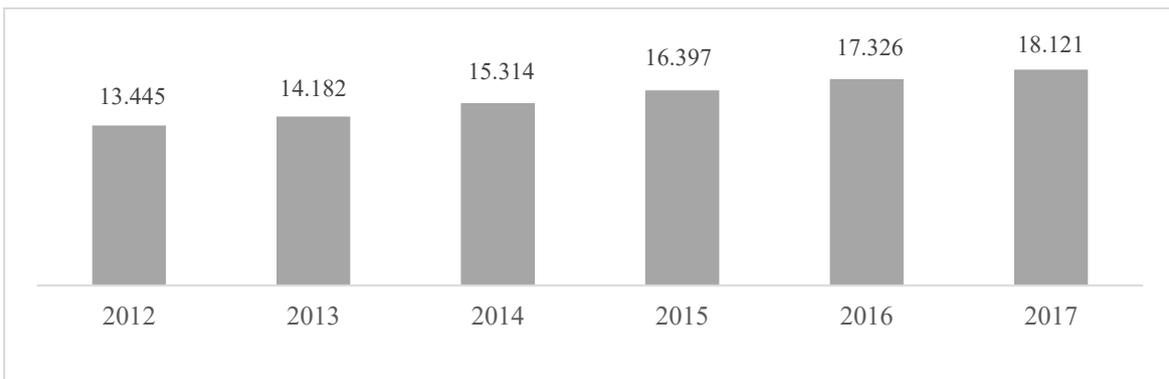


Abbildung 4: Betten in geriatrischen Krankenhausabteilungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018

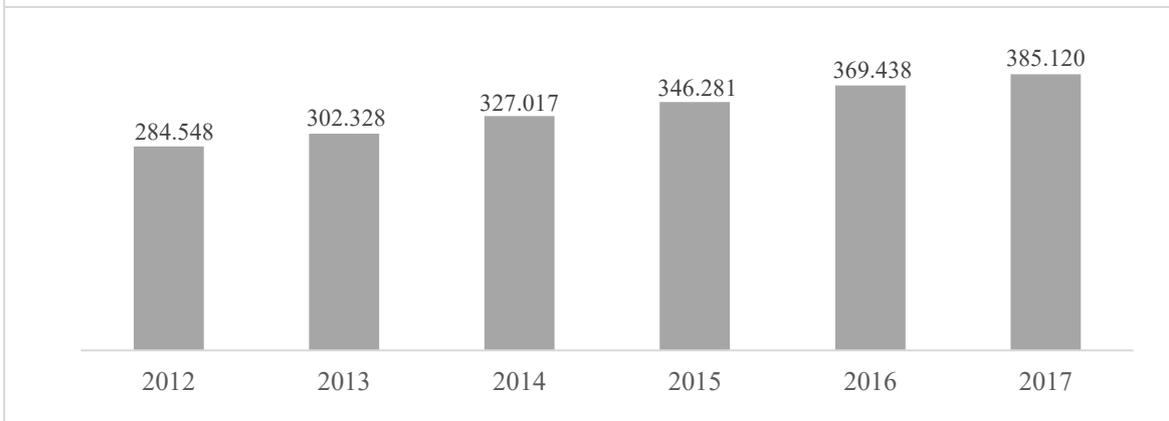


Abbildung 5: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen in geriatrischen Fachabteilungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018

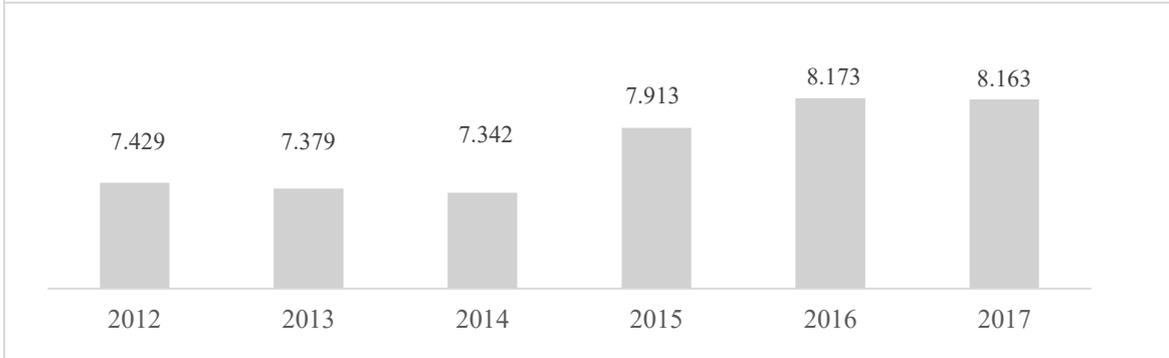


Abbildung 6: Betten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018b

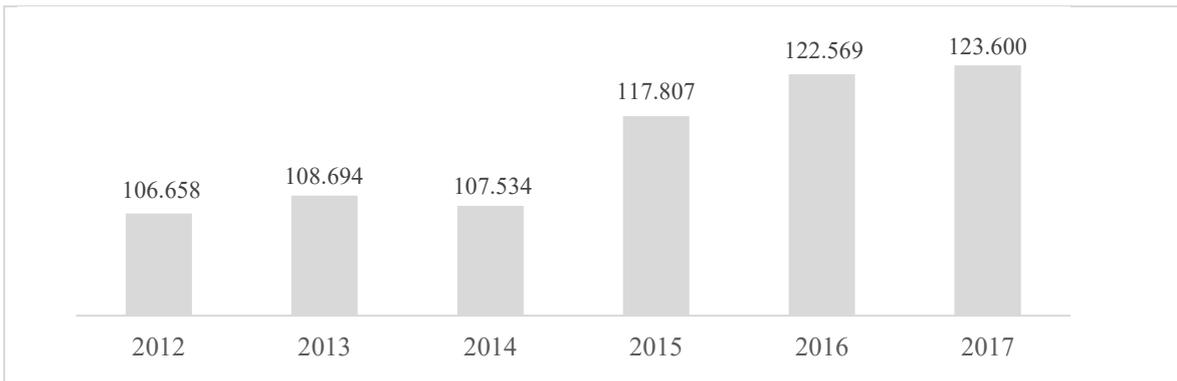


Abbildung 7: Stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen bundesweit, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018b

Die Anzahl durchgeführter GFK hat sich seit der Einführung des DRG-Systems mehr als verdreifacht. Wurden noch im Jahr 2005 111.119 GFK erbracht und über den OPS 8-550 abgerechnet (Statistisches Bundesamt, 2018a), ließen sich im Jahr 2017 356.191 stationäre Behandlungen mit GFK verzeichnen (siehe Abbildung 8).

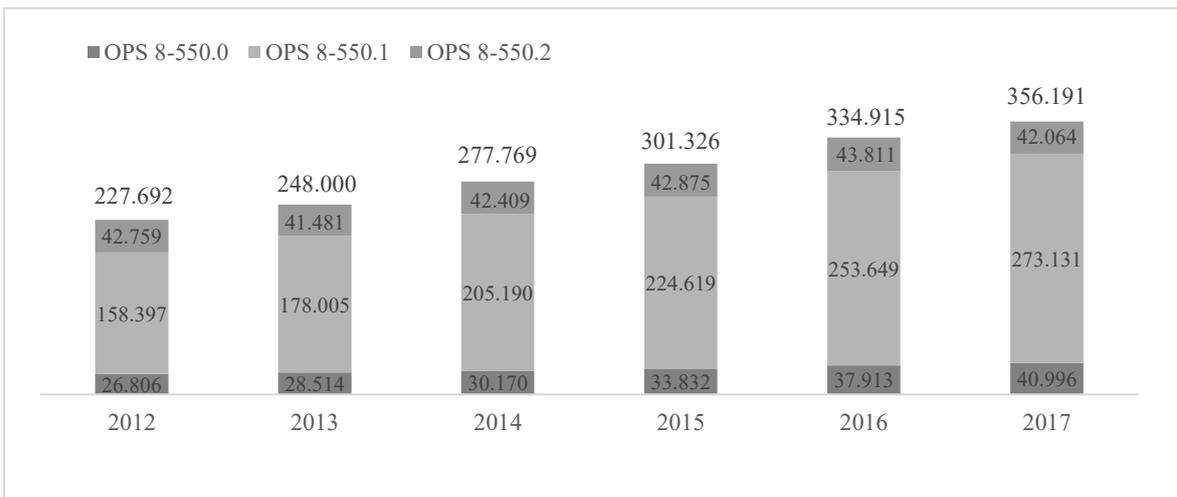
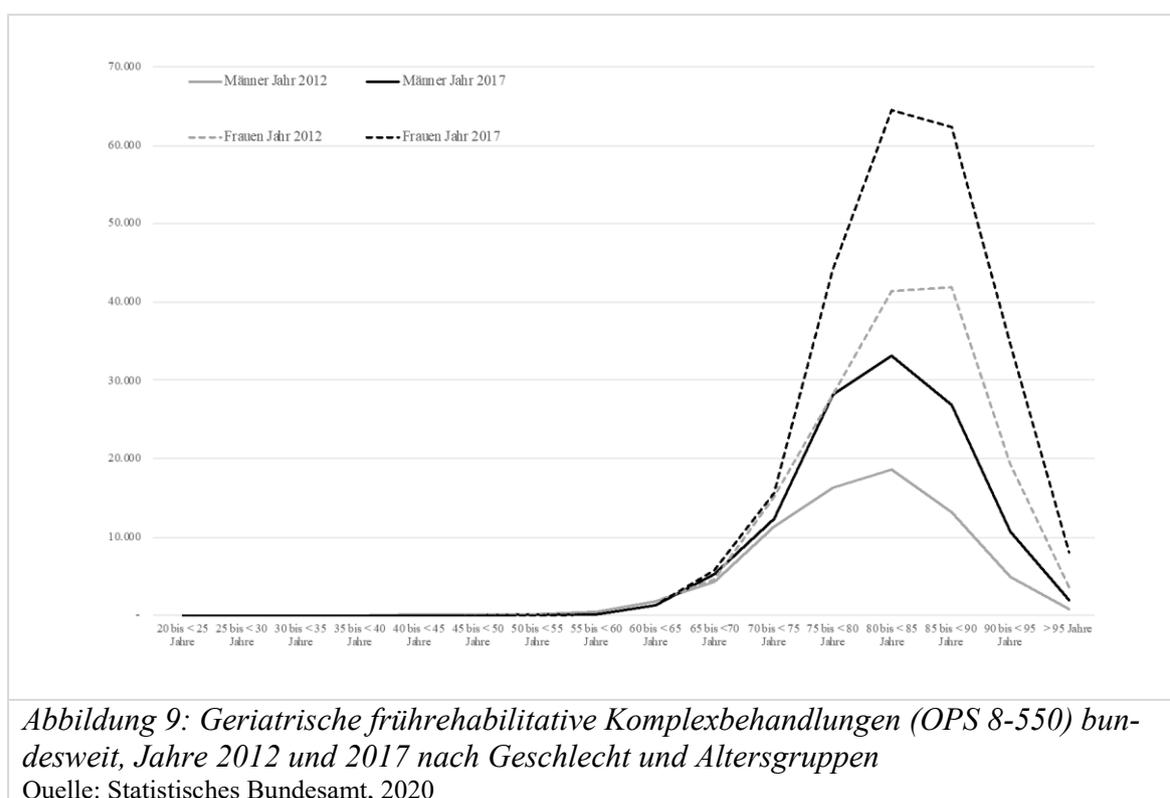


Abbildung 8: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS 8-550) bundesweit, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2020

Für die sachgerechte Kodierung des OPS 8-550 legt die MDK-Gemeinschaft neben geriatrytypischer Multimorbidität (GtMM) in Anlehnung an die BGA V&R ein Alter von in der Regel 70 Jahren, mindestens aber von 60 Jahren, zu Grunde, wobei die GtMM im Alter von 60 bis 69 Jahren „erheblich ausgeprägt“ sein muss (KCG, 2020a). Gemäß Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015) besteht unter 60 Jahren für Versicherte der GKV kein Anspruch auf die Erbringung einer GFK. Dennoch wurden auch noch im Jahr 2017 einige GFK für Behandlungen von Patienten unter 60 Jahren kodiert. Wenn sich auch die Menge an GFK von unter 60-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2012 deutlich verringert hat (Jahr 2012: 1.240 OPS 8-550; Jahr 2017: 241 OPS 8-550), liefert die Alterskurve einen Grund, sich der Qualitätssicherung der GFK und ihrer Abrechnungsmodalitäten zu widmen (siehe Abbildung 9).



Insgesamt wurden die meisten GFK in beiden Jahren erbracht für Patienten im Alter von 75 bis 90 Jahren. Behandlungen von Patienten unter 75 und über 90 Jahren wurden deutlich seltener kodiert. Stratifiziert nach Geschlecht wurden mehr GFK für Frauen als für Männer erbracht, was dem höheren Anteil an Frauen an der über 60-jährigen Gesamtbevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt, 2020a). Es zeigt sich in beiden Jahren eine annähernd

gleiche Altersverteilung bei Frauen wie bei Männern. Bei den Behandlungen weiblicher Patienten bilden sich bimodale Verteilungen mit Häufigkeitsgipfeln in den Gruppen der 80- bis unter 85-jährigen und 85- bis unter 90-jährigen Frauen ab. Bei GFK von männlichen Patienten liegt in beiden Jahren am häufigsten ein Alter zwischen 80 und 85 Jahren vor. Behandlungen von weiblichen als auch männlichen Patienten mit 90 bis unter 95 Jahren kommen im Jahr 2012 als auch im Jahr 2017 nur noch etwa halb so häufig vor wie in der vorgehenden Altersgruppe. Behandlungen von Patienten über 95 Jahren werden noch seltener. Das spiegelt die demografische Struktur der Gesamtbevölkerung wider (abnehmender Anteil an der Gesamtbevölkerung von 80-Jährigen bis hin zu den über 90-Jährigen – siehe dazu Statistisches Bundesamt, 2020a). Gemessen an den GKV-Versicherten ab 60 Jahren, ergibt sich für das gesamte Bundesgebiet eine Leistungsdichte der vollstationären GFK mit dem OPS 8-550 (gemäß B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015 exklusive der GFK von Patienten unter 60 Jahren) von 1.741,6 behandelten Versicherten unter 100.000 Versicherten im Jahr 2017 (siehe Abbildung 10). Im Vergleich zum Jahr 2012 hat sich die Leistungsdichte damit im Bundesdurchschnitt um knapp 600 Behandlungen je 100.000 Versicherten erhöht. Auch in der Betrachtung der einzelnen Bundesländer zeigen sich im Vergleich zum Jahr 2012 durchgängig gestiegene Leistungsdichten im Jahr 2017.

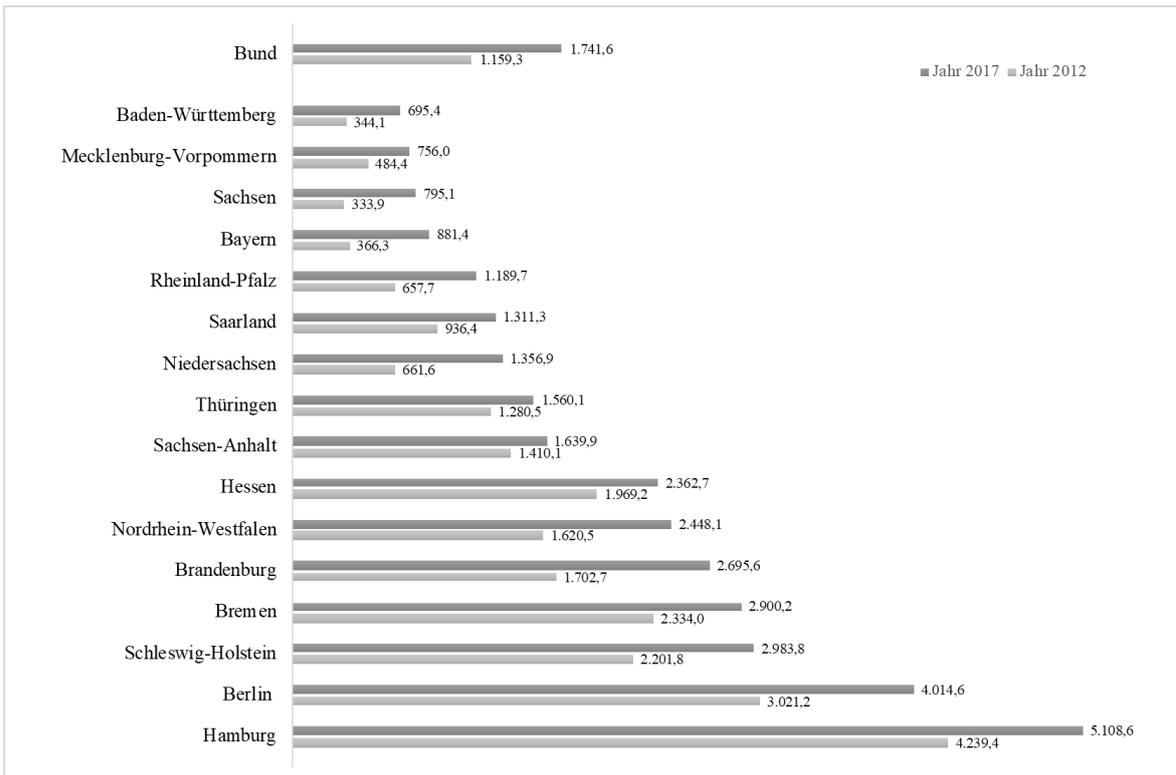


Abbildung 10: Leistungsdichte geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen (OPS 8-550) vollstationärer Patienten ab 60 Jahren je 100.000 GKV-Versicherten ab 60 Jahren nach Bundesländern, Jahre 2012 und 2017

Quelle: BMG, 2020; Statistisches Bundesamt, 2020

Anmerkung: GKV-Versicherte Stand 1. Juli des jeweiligen Jahres auf Grundlage der KM6-Statistik. Die KM6-Statistik listet die im Ausland lebenden GKV-Versicherten separat auf (2012: 138.222/ 2017: 157.504 im Ausland lebende GKV-Versichert ab 60 Jahren). Sie werden nicht je Bundesland ausgezählt, zählen aber zu den GKV-Versicherten des Bundes

Überdurchschnittliche GFK-Leistungsdichten je 100.000 Einwohnern weisen in beiden Jahren neben Bundesländern mit akutgeriatrischem Versorgungsfokus (Hamburg, Berlin, Schleswig-Holstein, Brandenburg und Hessen – vergleiche dazu Abbildung 3) auch Bremen und Nordrhein-Westfalen auf, die zwar beide zweistufig geriatrisch versorgen, allerdings überwiegend akutgeriatrische Einrichtungen als geriatrische Rehabilitationseinrichtungen vorhalten. Sachsen-Anhalt und Thüringen wiesen im Jahr 2012 noch GFK-Leistungsdichten über dem Bundesdurchschnitt auf. Im Jahr 2017 sinken die GFK-Leistungsdichten beider Bundesländer knapp unter die bundesdurchschnittliche GFK-Leistungsdichte, obwohl Sachsen-Anhalt nur wenige und Thüringen keine Angebote medizinischer geriatrischer Rehabilitation vorhalten (vergleiche dazu Abbildung 12 im Kapitel 2.1.4). Alle anderen Bundesländer mit geringen GFK-Leistungsdichten (Niedersachsen, Saarland, Rheinland-Pfalz, Bayern, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg) sind Bundesländer, in denen die geriatrische Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch in Rehabilitationseinrichtungen erbracht wird (siehe dazu detailliert Kapitel 2.1.4).

Stratifiziert nach Geschlecht zeigt sich für das Bundesgebiet in beiden Jahren eine höhere Leistungsdichte je 100.000 gesetzlich versicherten Frauen als bei den gesetzlich versicherten Männern. Der höhere Anteil an Frauen unter den GFK-Behandelten (siehe Abbildung 11) ist demnach nicht auf die gegebene Geschlechterverteilung zurückzuführen. Auch in Relation der behandelten weiblichen und männlichen GKV-Versicherten zur jeweiligen Gesamtpopulation unter den GKV-Versicherten wurden Frauen häufiger behandelt als Männer.

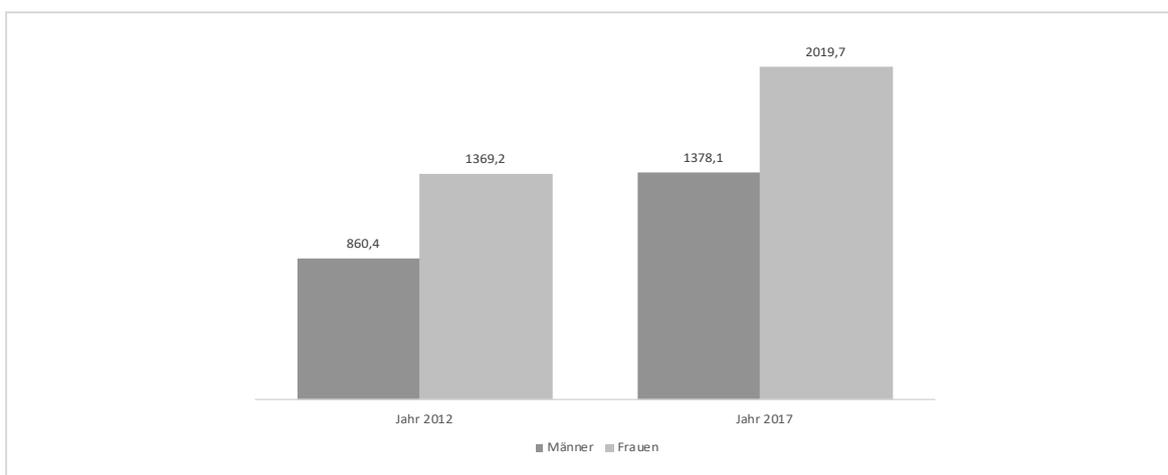


Abbildung 11: Leistungsdichte geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlungen (OPS 8-550) vollstationärer Patienten ab 60 Jahren je 100.000 GKV-Versicherten ab 60 Jahren nach Geschlecht, Jahre 2012 und 2017 bundesweit
 Quelle: BMG, 2020; Statistisches Bundesamt, 2020

2.1.4 Bedeutung des Fallabschlusses in der geriatrischen Krankenhausversorgung: Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen Bundesländern mit akutgeriatrischem Versorgungsfokus

Wie bereits im Kapitel 1 beleuchtet, ist unter einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus „die Erbringung aller erforderlichen stationären und ggf. teilstationären kurativen und rehabilitativen Leistungen im Krankenhaus“ (Ernst et al., 2016, S. 61) zu verstehen, die auf die „Wiedereingliederung in das gewohnte Lebensumfeld“ (BVG, 2016, S. 222) abzielt, weil Einrichtungen der medizinischen geriatrischen Rehabilitation nicht oder nur vereinzelt zur Verfügung stehen. Der Fokus der geriatrischen Versorgung liegt in Bundesländern mit fallabschließender geriatrischer Versorgungskonzeption auf der Akutgeriatrie. Betrachtet man die konzeptionelle und strukturelle Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt gegenüber anderen Bundesländern mit akutstationärem geriatrischen Fokus (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen – siehe dazu Abbildung 3 im Kapitel 2.1.3), lassen sich jene Länder identifizieren, für welche aus versorgungspraktischer Sicht die Berücksichtigung der fallabschließenden Behandlungskonzeption im Rahmen der sozialmedizinischen Prüfung von Krankenhausabrechnungen von Bedeutung ist.

Unter den Bundesländern, die eine zweistufige geriatrische Versorgung vorhalten (geriatrische Krankenhausbehandlung und stationäre geriatrische Rehabilitation sowie vereinzelt auch Angebote der ambulanten und/oder mobilen geriatrischen Rehabilitation) zeigen sich solche mit überwiegend akutgeriatrischer Versorgung (z. B. Bremen und Nordrhein-Westfalen) sowie solche mit überwiegendem geriatrischen Versorgungsangebot im Bereich der stationären Rehabilitation wie Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern (siehe Abbildung 12). So unterschiedlich wie der strukturelle Aufbau der geriatrischen Versorgungsangebote gestalten sich auch die Versorgungskapazitäten und somit die Chancen, Zugang zu geriatricspezifischen Behandlungen zu erhalten (KCG, 2018).

Das KCG des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft bildet die Anzahl der geriatrischen Versorgungsangebote je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren (= geriatrische Versorgungsquote) ab. Im Bundesdurchschnitt lag die geriatrische Versorgungsquote demnach im Jahr 2017 bei 16,7 geriatrischen Versorgungsplätzen/-betten je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren und hat sich damit im Vergleich zum Jahr 2012 um 2,8 Versorgungsplätze/-betten je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren erhöht (siehe Abbildung 12).

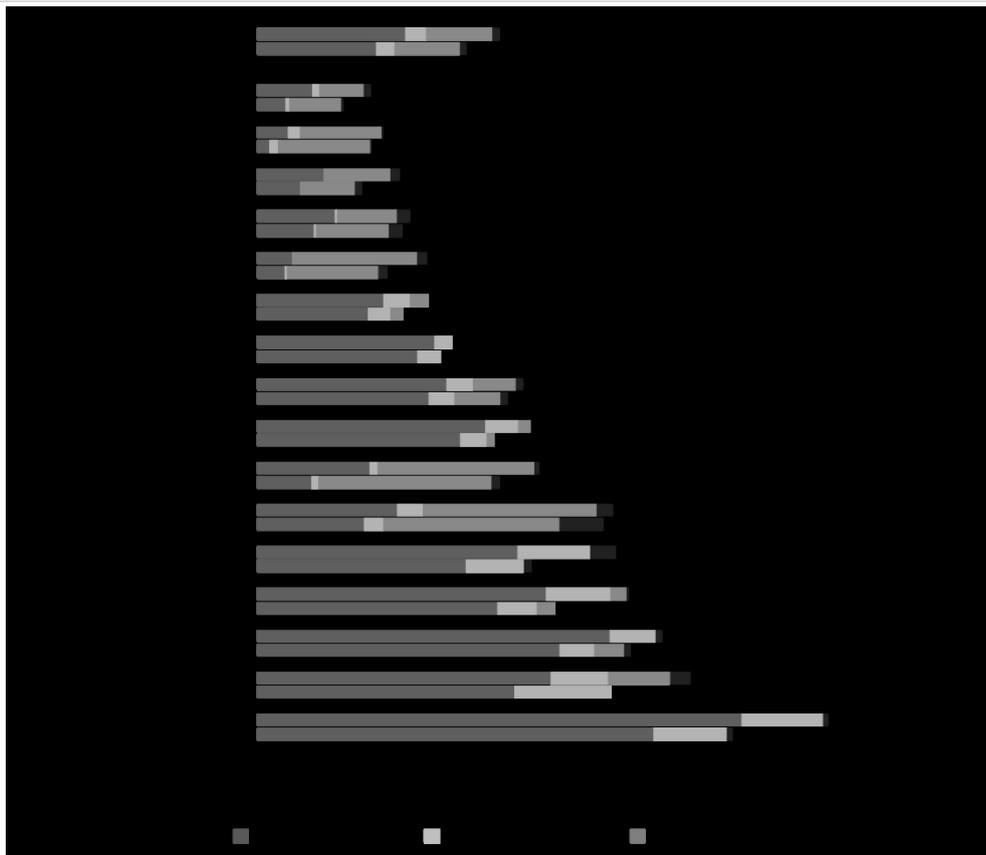
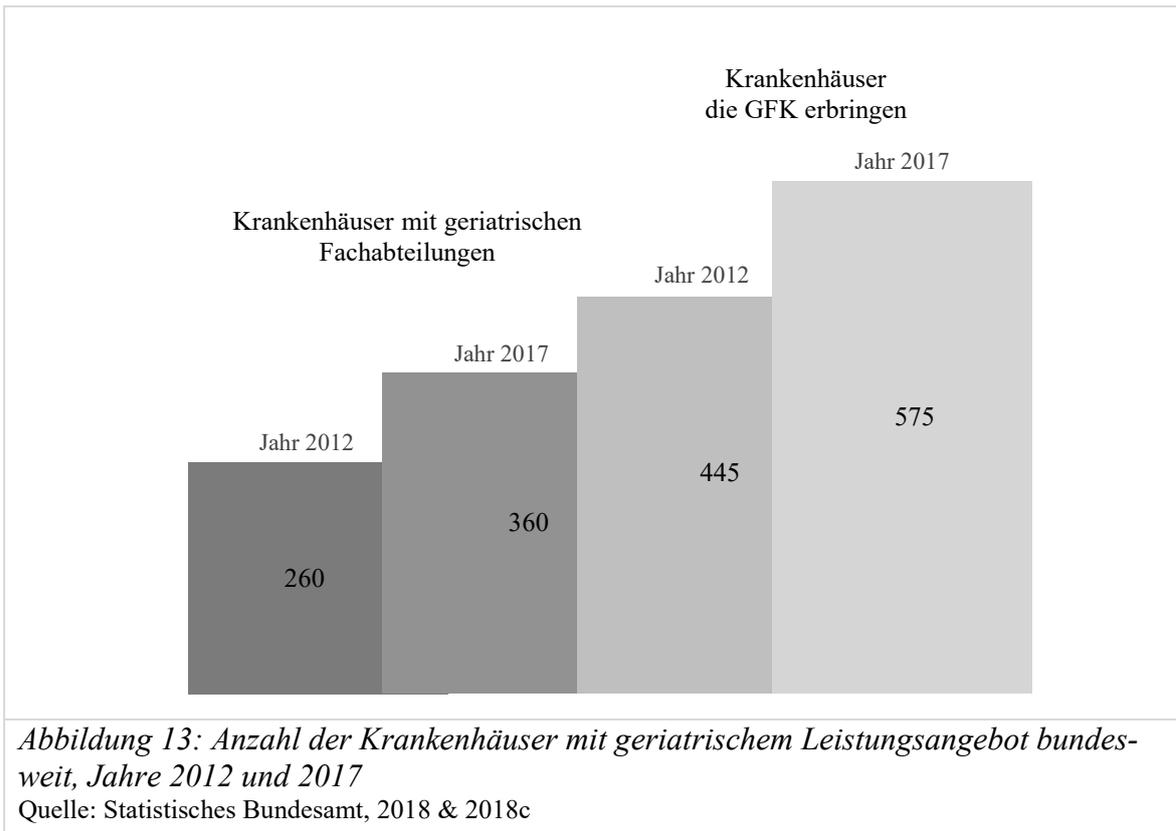


Abbildung 12: Geriatriische Versorgungsquote (bezogen auf je 10.000 Einwohner ab 65 Jahre) nach geriatriischen Versorgungsformen der Bundesländer, Jahre 2012 und 2017
 Quelle: Abbildung in Anlehnung an KCG (2018) auf Grundlage der Grunddaten der Krankenhäuser 2012 und 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) und der Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2012 und 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018b) sowie Angaben des vdek-Bundesverbandes 2012 und 2017 zu ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (ohne mobile geriatriische Rehabilitationsdienste).
 Anmerkung: Die amtliche Statistik bildet als geriatriische Krankenhausbetten auf Grundlage von Angaben der Krankenhäuser jene auf geriatriischen Fachabteilungen ab. Den hier abgebildeten Versorgungsquoten nicht zugrunde liegen daher Betten, die außerhalb geriatriischer Abteilungen bei der Erbringung von GFK genutzt werden (KCG, 2018).

Die geringste geriatriische Versorgungsquote weist in beiden Jahren Sachsen auf. Neben Sachsen liegen auch die Versorgungsquoten Mecklenburg-Vorpommerns, Baden-Württembergs, Niedersachsens, Rheinland-Pfalz, und Sachsen-Anhalts im Jahr 2012 wie im Jahr 2017 unterhalb des Bundesdurchschnitts. Die höchste geriatriische Versorgungsquote hat Hamburg (Jahr 2012: 31,4 geriatriische Versorgungsplätze/-betten je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren; Jahr 2017: 39,4 geriatriische Versorgungsplätze/-betten je 10.000 Einwohner ab 65 Jahren).

Hinweise auf von bedarfsgerechter Versorgung abweichende über- bzw. unterversorgende Tendenzen lassen sich aus der Betrachtung der Versorgungsdichte allerdings nicht ableiten

(vergleiche dazu z. B. Pick, 2008). Anhand der Bettenanzahl in geriatrischen Krankenhausabteilungen aus der amtlichen Statistik lassen sich noch dazu schwerlich die Versorgungskapazitäten im Krankenhaus in Gänze abbilden, da GFK auch in Betten außerhalb geriatrischer Fachabteilungen erbracht werden. Wie viele Betten genau in anderen Fachabteilungen für die Erbringung von GFK genutzt werden, ist nicht bekannt. Vergleicht man aber die Anzahl geriatrischer Fachabteilungen, aus denen die Zahlen der geriatrischen Betten generiert werden, mit der Anzahl der Krankenhäuser, die den GFK-OPS 8-550 abrechnen, zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Die amtliche Statistik (Grunddaten der Krankenhäuser) führt für das Jahr 2017 im gesamten Bundesgebiet 360 geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern. GFK wird allerdings in rund 25 Prozent der Fälle außerhalb geriatrischer Fachabteilungen (z. B. in der Unfallchirurgie) erbracht (Ernst et al., 2020, S. 100). Eine deutlich nach oben abweichende Differenz zu den Daten aus der amtlichen Statistik liefern dementsprechend sowohl der Bundesverband Geriatrie (BVG, 2016), dessen Ausführungen zu geriatrischen Versorgungsstrukturen und -kapazitäten auf einer eigenen Abfrage bei den Leistungserbringern beruht, als auch Ernst et al. (2020), die zur Darstellung der Krankenhäuser, die GFK erbringen, detaillierte Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG zugrunde legen. Im Vergleich der geriatrischen Fachabteilungen aus den Grunddaten der Krankenhäuser der amtlichen Statistik mit der Anzahl der Krankenhäuser, die GFK erbringen (ermittelt anhand der Anzahl an Krankenhäusern, die den OPS 8-550 abrechnen), zeigt sich für das Jahr 2012, dass 185 Krankenhäuser und im Jahr 2017 215 Einrichtungen mehr im Netz der geriatrischen Krankenhausversorgung zur Verfügung standen als die amtliche Statistik öffentlich ausweist (Abbildung 13).

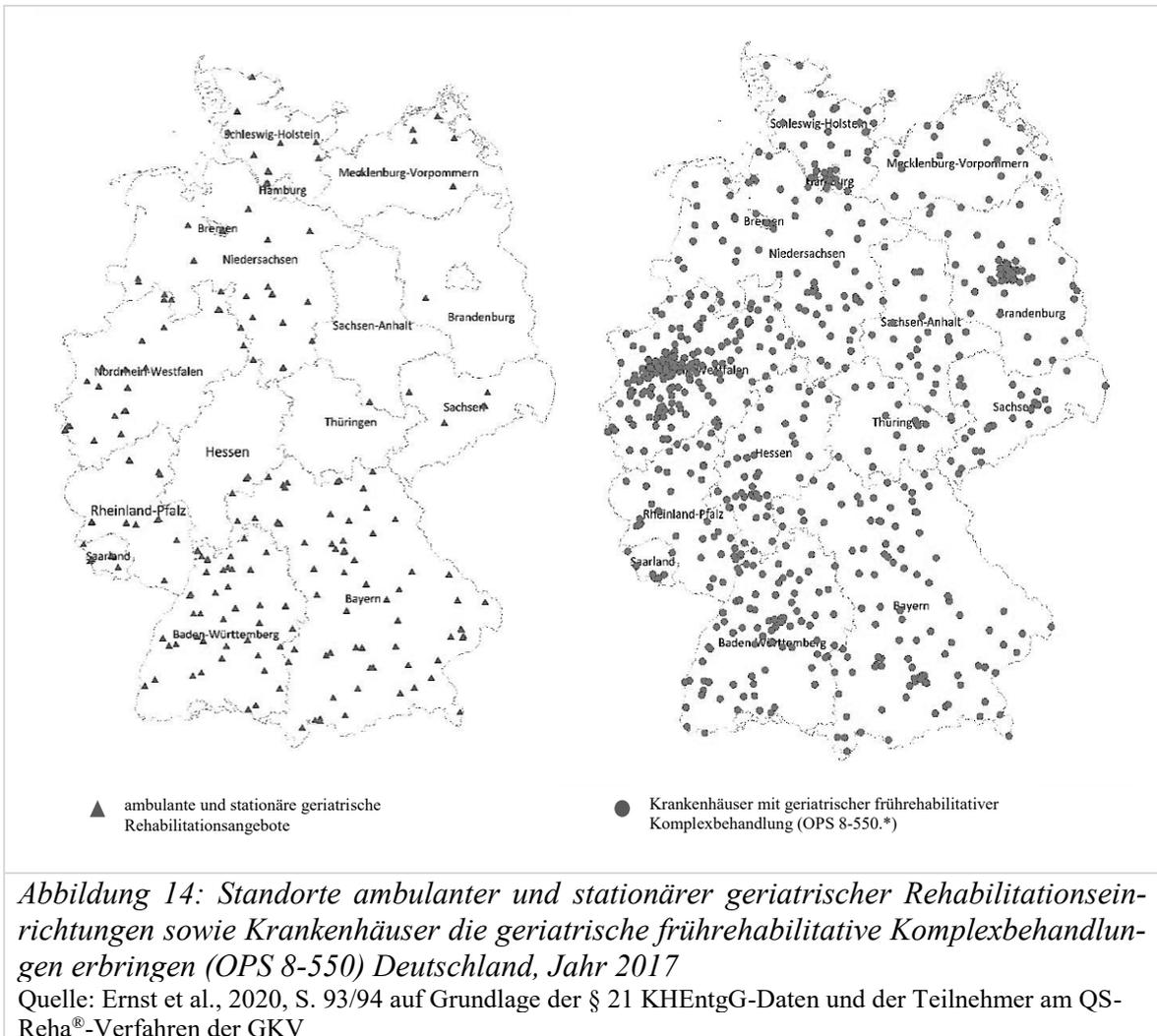


Im Bereich der teilstationären Versorgung weist die amtliche Statistik für das Jahr 2017 167 Tageskliniken mit geriatrischem Versorgungsangebot aus. Im Vergleich zum Jahr 2012 mit 133 Tageskliniken eine Steigerung der vorgehaltenen Einrichtungen um 25,6 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2018). Verglichen mit den Standorten stationärer Akutgeriatrie dennoch ein deutlich geringeres und nicht flächendeckend verteiltes teilstationäres Angebot. Zur geriatrischen Rehabilitationsversorgung führt die amtliche Statistik 161 geriatrische Abteilungen in Rehabilitationskliniken im Jahr 2017. Allerdings ermittelte der BVG in seiner Abfrage für das Jahr 2015 bereits 170 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen – die amtliche Statistik scheint auch hier nicht alle Einrichtungen zu erfassen. Jüngste Informationen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitationsversorgung finden sich im Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. Mit Stand April 2018 wurden demnach ca. 60 ambulante Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten (Ernst et al., 2020, S. 42). Mobile geriatrische Rehabilitationsangebote sind mit bundesweit 17 Einrichtungen im Jahr 2019 eher selten (Ernst et al., 2020, S. 42), wenn sich auch deren Aufkommen seit dem Jahr 2008 stetig gemehrt hat und weiterhin eine zunehmende Entwicklung erwartet wird (Lübke, 2020, S. 20).

Nicht aufgeführt sind in den meisten Datenquellen Angaben zu geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, die ambulante Maßnahmen in Form Ambulanter Geriatrischer Komplexbehandlungen (AGK) außerhalb des Geltungsbereichs von § 40 SGB V erbringen. Im Weißbuch Geriatrie (Stand 2015) listet der Bundesverband Geriatrie lediglich drei solcher Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern und eine in Sachsen-Anhalt auf. Es handelt sich um Leistungen der „Besonderen Versorgung“ nach §§ 140a - 140d SGB V (bis 2015 in unterschiedlichen Paragraphen des SGB geführt als „Integrierte Versorgung“, „Strukturverträge“ und „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“). „Die „Besondere Versorgung“ (§ 140a SGB V) ist eine Rechtsgrundlage für den Abschluss von selektivvertraglichen Versorgungsformen (Selektivverträgen) [...]“, um „die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner zu erweitern und bürokratische Hemmnisse für selektivvertragliche Versorgungsmodelle zu beseitigen“ (AOK Bundesverband, 2020).

Der Bundesverband Geriatrie identifiziert im Weißbuch Geriatrie bei einem zugrunde liegenden Fahrzeitradius von 25 Minuten weite Teile Brandenburgs sowie einige Regionen Mecklenburg-Vorpommerns, Thüringens und auch Sachsen-Anhalts als Regionen ohne wohnortnah erreichbare Krankenhäuser mit geriatrischem Versorgungsangebot, dessen Abwesenheit auch nicht, wie in anderen Teilen Deutschlands, durch ein stationäres geriatrisches Rehabilitationsangebot ausgeglichen wird (BVG, 2016, S. 24 ff). Auf Grundlage von Daten, die ergänzend zur amtlichen Statistik nicht nur Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen auflisten, sondern auch jene Krankenhäuser, die außerhalb geriatrischer Fachabteilungen die GFK erbringen, wird die wohnortnahe Erreichbarkeit eines Krankenhauses mit geriatrischem Leistungsangebot innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit im Jahr 2017 nahezu flächendeckend für die Bundesrepublik angenommen (vergleiche dazu z. B. Augurzký et al., 2017, S. 83; Ernst et al., 2020, S. 98). Geriatrische Tageskliniken werden jedoch nur vereinzelt vorgehalten, während geriatrische Rehabilitationsangebote abhängig vom Versorgungskonzept generell nur in einigen Bundesländern und darüber hinaus unter jenen nur in Bayern, Baden-Württemberg und im Saarland flächendeckend zur Verfügung stehen (siehe Abbildung 14). Nicht in allen Bundesländern stimmt zudem die geriatrische Rehabilitationsstruktur mit der Bevölkerungsstruktur überein. Vor allem geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind oft nicht in Regionen mit hohem Anteil an Einwohnern über 65 Jahren angesiedelt, da sich geriatrische Abteilungen eher in bereits etablierten Kliniken entwickelt haben als sich in Anlehnung an die demografischen Strukturen zu verorten (vergleiche dazu BVG,

2016, S. 24). „Für geriatrische Patientinnen und Patienten ergibt sich hieraus eine region- und strukturbezogen sehr unterschiedliche a-priori Wahrscheinlichkeit, diese spezifisch geriatrischen Versorgungsleistungen zu erhalten“ (Plate & Meinck, 2009).



Ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zur Erbringung stationärer geriatrischer Rehabilitation entsprechend § 40 SGB V existiert mit einer Rehabilitationseinrichtung in Bad Kösen in Sachsen-Anhalt lediglich an einem Standort (Stand 2017 als auch 2020). Andere stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischen Betten können lediglich von den Ländergrenzen aus in Nachbarbundesländern wohnortnah erreicht werden (siehe Abbildung 15). Dabei gilt das Kriterium der wohnortnahen Erreichbarkeit gemäß Bundesverband Geriatrie als gegeben, wenn eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 45 Minuten Fahrzeit erreicht werden kann (BVG, 2016, S. 24).

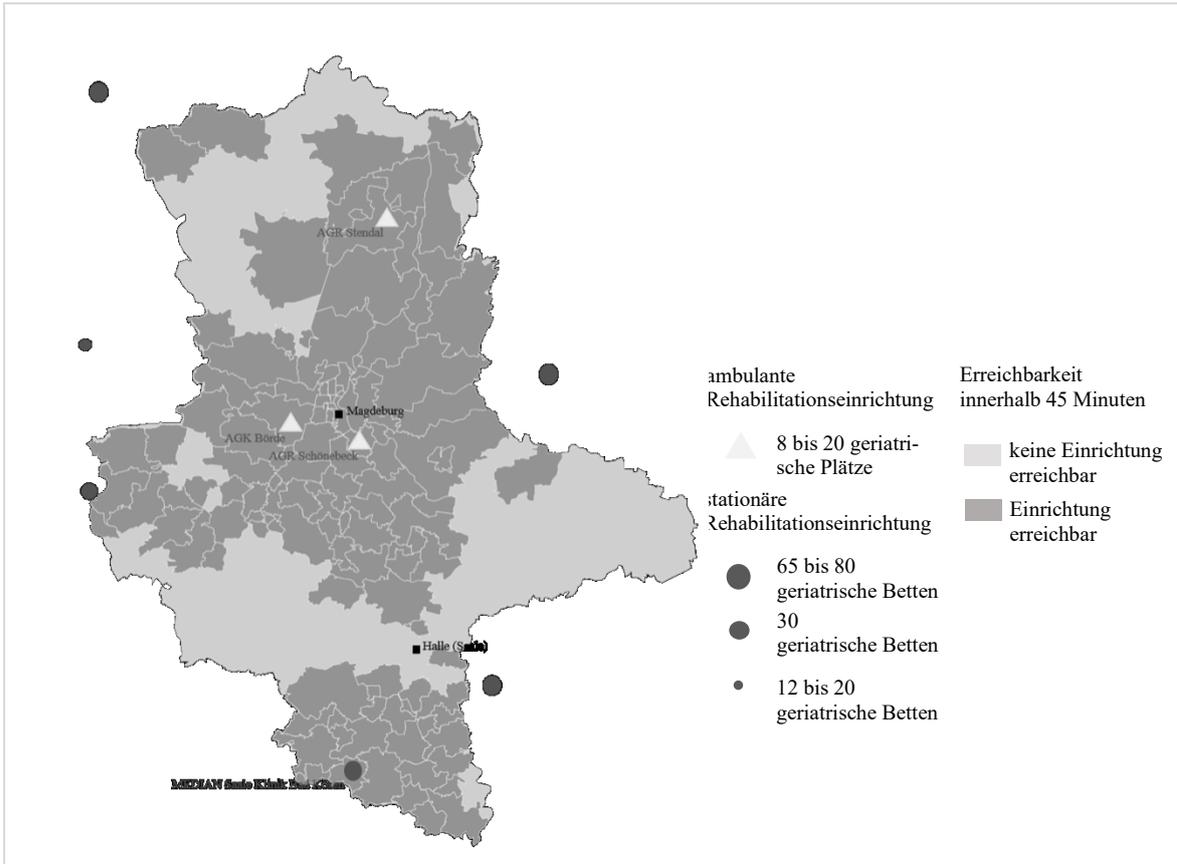


Abbildung 15: Wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Sachsen-Anhalt (Stand 31.12.2017)

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistisches Bundesamts, 2018d; der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, 2014 & 2019 sowie der Teilnehmer am QS-Reha[®]-Verfahren der GKV und einer eigenen Abfrage bei der KVSA (2019)

Anmerkung: Die wohnortnahe Erreichbarkeit orientiert sich an den Erreichbarkeitskriterien des Bundesverbandes Geriatrie aus dem Weißbuch Geriatrie. Als wohnortnah erreichbar gilt eine Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 45 Minuten Fahrzeit (BVG, 2016, S. 24). Die Zuordnung der Postleitzahlen zu den 45-Minuten-Ereichbarkeitsumkreisen erfolgte mit Hilfe der Anwendung openrouteservice^{®6}

Eine ambulante Rehabilitationsstruktur für geriatrische Patienten konnte in Sachsen-Anhalt ergänzend zur geringen stationären Versorgung bisher nicht flächendeckend etabliert werden (BVG, 2016, S. 212). „Während der Ausbau der stationären Geriatrie [...] eine stabile stationäre Versorgung erreichen konnte, warten die Forderungen des zweiten Landesgeriatriekonzepts hinsichtlich der Prävention, der ambulanten Schwerpunktversorgung, der Fallsteuerung und der Vernetzung bis zum heutigen Zeitpunkt auf praktische Umsetzungen“ (Bundesverband Geriatrie e. V., 2016, S. 212).

⁶ Postleitzahlen, die teilweise im/teilweise außerhalb des 45-Minuten-Ereichbarkeitsumkreises um die Rehabilitationseinrichtungen liegen, wurden dem Erreichbarkeitsumkreis zugeordnet, wenn der überwiegende Teil des Postleitzahlengebietes im in der Isochronenkarte (openrouteservice[®]) ermittelten Gebiet liegt.

Auf Grundlage von Verträgen der „Besonderen Versorgung“ (§§ 140a - 140d SGB V) werden in Sachsen-Anhalt auf der ambulanten Versorgungsstufe Ambulante Geriatrische Komplexbehandlungen (AGK) in Einrichtungen durchgeführt, die die Anforderungen für die Zulassung zur Erbringung ambulanter Rehabilitation nach § 40 SGB V nicht in Gänze erfüllen.⁷ Bisher wird die AGK in drei geriatrischen Schwerpunktpraxen angeboten: im Therapiezentrum Wanzleben (AGK Börde), im Ambulanten Geriatrischen Senioren-Rehakomplex Schönebeck (AGR Schönebeck) und seit September 2017 auch im Orthopädischen Rücken- und Gelenkzentrum Stendal (AGR Stendal) (siehe Abbildung 15). Allerdings stehen die ohnehin wenigen und regional begrenzten Rehabilitationsplätze nicht allen Versicherten im Land Sachsen-Anhalt zur Verfügung, da es sich um ein kassenspezifisches Angebot handelt. Der überwiegende Anteil der rehabilitativen geriatrischen Behandlungen wird als GFK im Rahmen von Krankenhausbehandlungen gemäß § 39 SGB V durchgeführt.

Überwiegend werden geriatrisch-rehabilitative Leistungen in Sachsen-Anhalt als GFK integriert in die Akutbehandlung als frührehabilitative Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 SGB V) erbracht. Sachsen-Anhalt hielt im Jahr 2017 laut Statistischem Bundesamt 11 Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen vor. GFK erbrachten aber nicht nur jene 11 Einrichtungen mit geriatrischer Fachabteilung, sondern in Summe 17 Krankenhäuser (siehe Tabelle 1). Krankenhäuser, die spezifisch geriatrische Leistungen vollstationär anbieten, können Patienten damit aus nahezu allen Regionen Sachsen-Anhalts wohnortnah (innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit – siehe dazu weiter oben in diesem Kapitel) erreichen (siehe dazu z. B. Augurzky et al., 2017, S. 84).

Geriatric im Krankenhaus soll „[...] wohnortnah stattfinden. [...] Geriatrische Zentren sollten geriatrische Tageskliniken betreiben, um eine wohnortnahe Wiedereingliederung der Patienten zu ermöglichen. Es wird generell eine fallabschließende Behandlung in der Geriatric angestrebt“ (Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung

⁷ Die Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V und der Leistungserbringung zugrundeliegende Abschluss von Versorgungsverträgen auf Grundlage des § 111c SGB V übernimmt in Sachsen-Anhalt in Kooperation mit den Landesverbänden der anderen Krankenkassen der vdek (vdek, o. J.). Die Anforderungen zur Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen wurden auf Grundlage der „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene“ (GKV-Spitzenverband, 2018) vom vdek Bundesverband in den „Zulassungsbedingungen des vdek zur Erbringung von Leistungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ (vdek, 2009) zusammengefasst.

in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, 2019, S. 21)⁸. Den fallabschließenden Versorgungsansatz greift auch das Geriatriekonzept Sachsen-Anhalts (MGS LSA, 2009, S. 24) auf. „Gemäß den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt (§ 3 Abs. 2 KHG LSA) sollen die geriatrischen Zentren möglichst fallabschließend behandeln“ (MGS LSA, 2009, S. 24). Was unter einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung in Sachsen-Anhalt zu verstehen ist, wird allerdings weder in den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung noch im Geriatriekonzept konkretisierend beschrieben.

Mit der Etablierung geriatrischer Tageskliniken sollen vollstationäre Behandlungen im Sinne gestufter Versorgung bestenfalls vermieden werden (Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, 2019, S. 21). Vor der Prämisse der „Beachtung der sozialpolitischen Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ soll gewährleistet werden, dass unter sinnvoller Nutzung der Ressourcen optimale Ergebnisse für den einzelnen Menschen zu erreichen sind“ (MGS LSA, 2009, S. 7). Das bedeutet auch, dass teilstationäre Behandlungen in Tageskliniken die stationäre akutgeriatrische Behandlung, wenn möglich, abkürzen sollte. „Geriatrische Patientinnen und Patienten, die nachts und an den Wochenenden in der eigenen Häuslichkeit versorgt sind und keine vollstationäre Krankenhausbehandlung benötigen, können tagesklinisch behandelt werden“ (MGS LSA, 2009, S. 22). Ist dies nicht möglich, sind die Ressourcen der vollstationären GFK mit optimalem, also fallabschließendem Ergebnis auszugestalten. Die amtliche Statistik nennt für das Jahr 2017 sieben Krankenhäuser mit geriatrischen Tageskliniken (siehe Tabelle 1), wobei die Abfrage des BVG aus dem Jahr 2015 bereits 11 Krankenhäuser mit teilstationärem geriatrischen Versorgungsangebot hervorbrachte (BVG, 2016). Beide Anzahlen liegen trotz ihrer Differenz aber unterhalb des vorgehaltenen stationären Angebots. Der tägliche Transport zur Klinik macht eine wohnortnahe Behandlung notwendig. Eine Verlagerung der akutstationären Behandlung in die geriatrische Tagesklinik ist daher nicht flächendeckend möglich und somit nicht für jeden geriatrischen Patienten eine Behandlungsalternative. Außerdem halten die Tageskliniken mit insgesamt 108 Behandlungsplätzen im Jahr 2017 nur etwas mehr als ein Fünftel der vollstationären geriatrischen Behandlungskapazitäten vor (siehe Tabelle 1).

⁸ Selbige Formulierung findet sich ebenfalls in den „Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA“ in ihren Bearbeitungsständen der Jahre 2006 und 2013.

Tabelle 1: Geriatrische Versorgungskapazitäten in Sachsen-Anhalt im Spiegel der amtlichen Statistik, Jahre 2012 und 2017

Rehabilitationseinrichtung	Jahr			
	2012		2017	
	N Einrichtungen	geriatrische Betten/Plätze	N Einrichtungen	geriatrische Betten/Plätze
Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung	9	411	11	503
Krankenhäuser, die GFK erbringen (nach IK)	17	statistisch nicht erfasst	17	statistisch nicht erfasst
Geriatrische Tageskliniken	5	84	7	108
Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen	1	50	1	62
Ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen	1	20	3	40

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018b & 2018c; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014 & 2019; eigene Abfrage bei der KVSA (2019)
Anmerkung: Die Bestimmung der Krankenhäuser, die GFK erbringen, beruht auf einer Zusammenzählung der Krankenhäuser, die den OPS 8-550 abrechnen. Verschiedene Krankenhausstandorte mit gleichem Institutionskennzeichen (IK), werden vom Statistischen Bundesamt als eine Einrichtung gezählt.

Hinzu kommt, dass teilstationäre Behandlungen in geriatrischen Tageskliniken (identifizierbar über den OPS 8-98a) in Sachsen-Anhalt im Gegensatz zu anderen Bundesländern vor Behandlungsbeginn bei der Krankenkasse zu beantragen sind. Dadurch ist der Zugang zur Tagesklinik, in der die geriatrische Frührehabilitation ggf. weitergeführt werden kann, wenn die besonderen Mittel des Krankenhauses nicht mehr 24 Stunden täglich zur Verfügung stehen müssen, erschwert. Die Anträge reichen die Krankenkassen zur vorabprüfenden Genehmigung beim MDK Sachsen-Anhalt ein. Regelmäßig gilt: „Während es sich bei Einzelfallprüfungen aus dem Krankenhaussektor regelmäßig um retrospektive Fallprüfungen aus einzunehmender ex-ante Sicht handelt, erfolgt im Rehabilitationssektor regelmäßig eine prospektive Begutachtung von Antragsleistungen“ (Ernst et al., 2015, S. 63). Somit gleicht der Zugang zur teilstationären geriatrischen Behandlung in Sachsen-Anhalt weniger dem zu einer antragsfreien Krankenhausbehandlung als vielmehr dem Genehmigungsprozess für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (vergleiche dazu Kapitel 2.1.3). Die Erbringung geriatrischer rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen einer fallabschließenden Behandlung im Krankenhaus wird somit in Sachsen-Anhalt zusätzlich erschwert.

Hervorgegangen ist das Verfahren zur Vorabbegutachtung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik entgegen dem niedrigschwelligen Konzept einstufiger geriatrischer Behandlung im Krankenhaus aus einer Kooperation zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt zwischen dem Landesverband Geriatrie, den Krankenkassen und dem MDK Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2012. Die Gründe für das im Konsens erarbeitete Konzept lassen sich anhand der im MDK Sachsen-Anhalt vorliegenden Vereinbarung nicht mehr ergründen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht erklärbar wäre jenes Vorgehen aber mit dem Interesse der Leistungserbringer, mit einer prospektiven Vorabentscheidung das monetäre Risiko einer retrospektiven Krankenhausabrechnungsprüfung zu umgehen und so nur Behandlungen durchzuführen, die tatsächlich vergütet werden.

Die Krankenkassen beauftragen den MDK Sachsen-Anhalt mit der Prüfung der „Notwendigkeit der stationären Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses“. Für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsanspruchs auf eine teilstationäre Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik wird daher ebenso wie bei der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs bei vollstationärer GFK § 39 SGB V zugrunde gelegt. Maßgebliche Voraussetzung bleibt also auch für eine Leistungsgewährung teilstationärer Behandlung die Notwendigkeit der besonderen Mittel des Krankenhauses bzw. ein Akutbehandlungsbedarf. Das Ergebnis der Begutachtung kann trotz vorliegender Rehabilitationsindikation „sozialmedizinische Voraussetzung für Leistungsgewährung nicht erfüllt“ lauten, weil der akutstationäre Krankenhausbedarf nicht hinreichend gegeben ist. Zwar kann im Gutachten eine sozialmedizinische Empfehlung für eine weiterführende geriatrische Rehabilitationsmaßnahme ausgesprochen werden. Ist diese Empfehlung aber wegen fehlenden Angebots nicht umsetzbar, ist sie wenig zielführend. Hinsichtlich des Einsatzes der sozialmedizinischen Begutachtung im Sinne des akutmedizinischen Geriatriekonzepts in Sachsen-Anhalt anzuzweifeln ist die beschriebene Vorabprüfung vor allem vor dem Hintergrund des hohen Anteils an MDK-Empfehlungen zur Ablehnung der tagesklinischen Anträge (siehe Tabelle 2). Über alle Jahre bildet sich ab, dass stets weniger als ein Drittel aller Anträge auf tagesklinische Behandlungen die sozialmedizinischen Voraussetzungen einer Leistungsgewährung erfüllen. Rund der Hälfte der Anträge werden die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Leis-

tungsgewährung im Rahmen der Begutachtung dagegen gänzlich abgesprochen, im Durchschnitt knapp 27 Prozent der Anträge werden eingeschränkt (mit einer kürzeren Behandlungsdauer als beantragt) gewährt.

Tabelle 2: Einzelfallbegutachtungen von Anträgen auf teilstationäre geriatrische Behandlung in der Tagesklinik in Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017

Jahr der Begutachtung	teilstationäre Behandlungen Fachabteilung Geriatrie	N Begutachtungen	Prüfquote	Prüfergebnis „sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung...“	
				...eingeschränkt erfüllt	... nicht erfüllt
2012	1.116	1.890	100,0 %	27,8 %	46,2 %
2013	1.318	802	60,8 %	27,2 %	52,9 %
2014	1.272	727	57,6 %	29,2 %	50,5 %
2015	1.322	832	62,9 %	27,2 %	54,9 %
2016	1.413	1051	74,4 %	25,5 %	52,8 %
2017	1.398	989	70,7 %	24,9 %	53,3 %
Gesamt	9.046	6291	69,5 %	26,9 %	50,9 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018c; Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Anmerkung: In den Grunddaten der Krankenhäuser listet das statistische Bundesamt als Behandlungen in geriatrischen Tageskliniken alle teilstationären Behandlungen in geriatrischen Fachabteilungen. Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlungen, die in einem Krankenhaus mit geriatrischem Zentrum außerhalb geriatrischer Fachabteilungen erbracht werden, sind nicht inbegriffen, weswegen im Jahr 2012, als mit dem Auftakt der Vereinbarung zur Vorabbeantragung überdurchschnittlich viele Anträge zur Begutachtung eingereicht wurden, die Anzahl an Begutachtungen die Anzahl an teilstationären Behandlungen übersteigt.

Damit ist die geriatrische Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt besonders gefährdet hinsichtlich der Hemmung geriatrischer Fallabschlüsse im Krankenhaus. Die Verkürzung der stationären Behandlung durch eine antragsfreie und dadurch niedrigschwellig zugängliche teilstationäre Weiterbehandlung mit rehabilitativen Anteilen ist mit dem Antragsverfahren nicht gegeben. Der Fallabschluss der geriatrischen Behandlung sollte unter den beschriebenen geriatrischen Versorgungsbedingungen und -strukturen in Sachsen-Anhalt aus versorgungspraktischer Sicht daher überwiegend bereits im Rahmen der vollstationären Akutbehandlung realisiert werden. Wo geriatrische Rehabilitationsangebote wohnortnah erreichbar sind (siehe Abbildung 15), kann sich der Fallabschluss der geriatrischen Behandlung unter Beachtung der verfügbaren eher geringen Behandlungskapazitäten der jeweiligen Einrichtungen bedingt in den Rehabilitationssektor verlagern.

Einige Krankenkassen haben im Laufe des Jahres 2019 die Beauftragung der Vorabprüfung von geriatrischen Behandlungen in Tageskliniken beim MDK Sachsen-Anhalt eingestellt. Ob damit aber auch die Vorabbeantragungspflicht für die Tageskliniken wie in der übrigen Bundesrepublik eingestellt wurde, konnte im Rahmen der Forschungstätigkeit zum vorliegenden Forschungsbeitrag nicht in Erfahrung gebracht werden.

Thüringen, Schleswig-Holstein, Berlin und Hamburg halten im Gegensatz zu Sachsen-Anhalt keine Einrichtungen der stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V vor, verfügen aber bis auf Thüringen über ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote (siehe Abbildung 12). Schleswig-Holstein und Thüringen halten nicht nur keine eigenen Rehabilitationseinrichtungen vor, sie erreichen auch an den Ländergrenzen kaum bis keine stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Berlin und Hamburg eint als Stadtstaaten geografisch, dass sie in Gänze von anderen Bundesländern umschlossen sind, welche die Versorgung von an den Ländergrenzen lebenden geriatrischen Patienten zusätzlich abdecken können (siehe Abbildung 14), wobei Berlin nur von der in Brandenburg einzig erreichbaren Rehabilitationseinrichtung partizipieren kann (BVG, 2016, S. 100, 111, 162, 230,).

In nahezu allen Teilen Hamburgs können stationäre geriatrische Abteilungen, die mit einer Ausnahme auch über Tageskliniken verfügen, in einem Radius von 25 Fahrminuten erreicht werden (BVG, 2016, S. 127). Ambulante Rehabilitation nach § 40 SGB V wird für geriatrische Patienten in Hamburg allerdings nur an einem geriatrischen Krankenhaus angeboten (BVG, 2016). Ein originäres Geriatriekonzept existiert in Hamburg bisher nicht. Der Krankenhausplan 2020 widmet sich aber dem Ausbau der Geriatrie als Schwerpunktthema. Ist zwar ein Fallabschluss in der Geriatrie nicht explizit erwähnt, so setzt der Krankenhausplan doch einen „individuell abgestimmten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Therapieplan“ voraus, um „die Mobilität und Selbständigkeit der Betroffenen zu verbessern“ (Freie Hansestadt Hamburg, 2020). Bei absenten Rehabilitationseinrichtungen ist dies mit dem Ziel einer akutmedizinisch als auch frührehabilitativ fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus gleichzusetzen.

In Schleswig-Holstein werden ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote nach § 40 SGB V in Räumlichkeiten von Krankenhäusern mit geriatrischem Leistungsangebot vorgehalten und sind annähernd flächendeckend im Land verteilt (siehe Abbildung 14). Eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation im Anschluss an die Akutgeriatrie ist somit zumindest konzeptionell relativ barrierefrei für den Großteil der älteren Bevölkerung zugänglich (Land

Schleswig-Holstein, Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein, 2010, S. 12). Allerdings relativiert der Krankenhausplan Schleswig-Holsteins aus dem Jahr 2017 das angestrebte Ziel, segmentierte Zuständigkeiten zu überwinden und mit der Ansiedlung ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in den Krankenhäusern eine fallabschließende Behandlung sicherzustellen: „Das derzeit antragsgestützte Anmeldeverfahren [sei] im klinischen Alltag [...] wenig praktikabel und führt zu niedrigen Fallzahlen“ (Land Schleswig-Holstein, 2017, S. 41) im Bereich der ambulanten Rehabilitationsversorgung. Nicht die räumliche Trennung, sondern vor allem die versorgungsrechtlichen Grenzen stellen in der Praxis demzufolge offenbar die besonders schwierige zu überwindende Hürde dar. Werden die ambulanten Rehabilitationsangebote aus antragsprozessualen Gründen nicht vollumfänglich genutzt, ist der monierte negative Einfluss der MDK-Abrechnungsprüfungen auf eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus in Schleswig-Holstein ebenso relevant wie in Sachsen-Anhalt. Außerdem wurden nicht an allen geriatrischen Krankenhausstandorten Schleswig-Holsteins Vereinbarungen über ambulante Versorgungsangebote geschlossen (siehe dazu Teilnehmer am QS-Reha[®]-Verfahren der GKV). Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein (Land Schleswig-Holstein, 2010 & 2010a) die fallabschließende geriatrische Behandlung unter explizitem Einbezug der Rehabilitationsindikation benennt. Wie sich solch detailliertere Ausgestaltung der konzeptionellen Rahmenbedingungen auf das Auftragsverhalten der Krankenkassen hinsichtlich der Prüfung von Abrechnungen mit GFK auswirkt, bleibt wegen der fehlenden zugänglichen MDK-Statistiken der einzelnen Länder zwar offen, dennoch sind in Schleswig-Holstein zumindest die Rahmenbedingungen konkreter als in anderen Ländern und im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung definiert. Grundsätzlich bleibt aber auch bei detailliert ausformulierter Konzeption des geriatrischen Fallabschlusses jener hinsichtlich der reinen Frührehabilitationsindikation formal unvereinbar mit der aktuellen Ausgestaltung des OPS 8-550 in Verknüpfung mit akutstationärem Behandlungsbedarf nach § 39 SGB V.

„In Thüringen erfolgt [...] die Behandlung geriatrischer Patienten konsequenter Weise bewusst nicht in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, sondern gezielt „fallabschließend“ in geriatrischen Krankenhausabteilungen bzw. spezialisierten Fachkrankenhäusern nach § 108 SGB V“ (Freistaat Thüringen, 2010, S. 13). Alle Krankenhäuser mit geriatrischem Leistungsangebot halten auch teilstationäre Kapazitäten für die geriatrische Behandlung vor und

sind dabei nahezu flächendeckend wohnortnah erreichbar. Ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote finden sich aktuell in Thüringen nicht (BVG, 2016, S. 232, 239). Allerdings verweist der Dritte Thüringer Geriatrieplan bereits explizit darauf, dass das ambulante Versorgungsnetz dringend auszubauen ist (Freistaat Thüringen, 2010, S. 20).

Hessen hält zwei stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischem Versorgungsangebot vor (BVG, 2016, S. 139). Allerdings verweisen sowohl das Geriatriekonzept Hessens aus dem Jahr 1992 als auch der Krankenhausrahmenplan des Jahres 2009 darauf, „dass die mit dem hessischen Geriatrie-Konzept in Verbindung stehenden Zielsetzungen vorzugsweise mit einer – bezogen auf den stationären Aufenthalt – fallabschließenden Behandlung im akutmedizinischen Krankenhaus umzusetzen sind“ (Hessisches Sozialministerium, 2009, S. 79). Dementsprechend wurde ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern mit stationärem und größtenteils zusätzlich ergänzendem teilstationärem geriatrischem Schwerpunkt etabliert (BVG, 2016, S. 137).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Fallabschluss geriatrischer Behandlungen im Krankenhaus unter den aktuellen Versorgungsbedingungen in allen Bundesländern mit überwiegend akutstationärer geriatrischer Versorgung nicht nur wegen kaum bis gar nicht vorhandener stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, sondern vor allem wegen fehlender ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote einen fundamentalen Aspekt bei der Behandlung älterer Menschen darstellt. Zwar unterscheiden sich die Länder ohne flächendeckendes geriatrisches Rehabilitationsnetz hinsichtlich ihrer Anteile an stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation, dennoch kann trotz innovativer Ansätze, die vor allem im Bereich der ambulanten Rehabilitation bestehen, keines dieser Länder Akutbehandlungen, die vor dem Abschluss frührehabilitativer Behandlung enden, mit den bestehenden Angeboten ausgleichen. Aus der beispielhaften Analyse der Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt ableitbare Handlungsempfehlungen zur Ausrichtung der Krankenhausabrechnungsprüfungen von GfK nach der fallabschließenden Behandlungskonzeption können daher auch Denkansätze für jedes der strukturähnlichen Bundesländer hervorgehen.

2.2 Sozialmedizinische Prüfung der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geriatrischer Patienten durch den MDK im Spannungsfeld struktureller Rahmenbedingungen und sozialrechtlicher Grundlagen geriatrischer Versorgung

2.2.1 Institutioneller Rahmen, Anreizkonflikte und Schnittstellenprobleme der geriatrischen Versorgung

Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Komplexität der Strukturen und Handlungsebenen führen zu verschiedenen Spannungsfeldern zwischen Aufgaben, Rollen und Zielen der Organisationen im Geltungsbereich der sozialmedizinischen Begutachtung. Nicht immer sind Interessen und Handlungsmuster für alle Akteure zufriedenstellend zu vereinen. Zumeist ist das eigene Interesse handlungsleitend (vgl. dazu z. B. Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Porter, 2012). Durch die Gesetze und Regelungen, die dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) entspringen, wird die GKV vom Gesetzgeber institutionalisiert (Robra, 2012, S. 3). Konflikte zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen werden dadurch in Vertragsvereinbarungen geregelt, um letztlich das gemeinsame Ziel eines funktionierenden Gesundheitssystems trotz unterschiedlicher individueller Interessen allem Handeln voranzustellen (siehe zum institutionalisierten Konflikt z. B. Wagner, 1979, S. 421). Als allgemeingültige und für alle Beteiligten verbindliche gesetzliche Vorgabe einer Leistungsklassifikation zur transparenten Kostenabrechnung von Krankenhausbehandlungen fungiert das G-DRG-System. Auf der Leistungserbringerseite kommt dem Medizincontrolling der Krankenhäuser die Verantwortung zur Umsetzung der Regularien des Vergütungssystems zu. Die Krankenhäuser tragen außerdem die Verantwortung für das patientenorientierte Augenmerk auf die Behandlung. Aufgrund der Pluralisierung von Nutzerrollen im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens (vergleiche dazu z. B. Ewert, 2013) agieren sie gleichzeitig aber auch als wirtschaftende Organisationen. Die Krankenkassen fungieren bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen als Entscheidungs- und Leistungsträger im Leistungsbereich. Dem MDK wird auf Seiten der GKV als Prüfer der Abrechnungen im Auftrag der Krankenkassen eine institutionell regulierende Rolle zuteil (Bobrowski, 2014). Durch Fehlanreize und Schnittstellenprobleme greifen die regulierenden Institutionen des Gesundheitswesens nicht immer ausreichend. Den Akteuren bietet sich Raum, ihre eigenen Interessen entgegen gemeinsamer Zielsetzungen aller Akteure durchzusetzen.

In der stationären geriatrischen Versorgung sind es maßgeblich die Sektorengrenzen zwischen Akutgeriatrie (§ 39 SGB V) und Rehabilitation (§ 40 SGB V) wie auch die sektorale Trennung von GKV (SGB V) und SPV (SGB XI), die Schnittstellenprobleme und Fehlanreize hervorbringen.

Eine medizinische Rehabilitationsleistung muss vorab beantragt werden (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2.1.3), was in der Praxis eine zeitraubende Hürde für niedergelassene Ärzte darstellen kann (Deck et al., 2009). Im Klinikalltag unterstützen zwar Sozialarbeiter bei der Beantragung von anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen, allerdings zeigt beispielsweise die Erfahrung Schleswig-Holsteins mit der Etablierung ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote in den Räumlichkeiten geriatrischer Zentren der Akutkrankenhäuser, dass trotz räumlicher Nähe die Fallzahlen wegen des impraktikablen Beantragungsverfahrens gering ausfallen (Land Schleswig-Holstein, 2017, S. 41 – siehe dazu Kapitel 2.1.4). „Zahlreiche Schnittstellenprobleme behindern eine [...] sektorenübergreifende Versorgung [...]. Insbesondere bei vulnerablen Patienten, die oft in höherem Alter sind und unter chronischer Erkrankung, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen leiden [...]“ (SVR Gesundheit, 2012, S. 137). Einen besonderen Stellenwert nimmt bei der geriatrischen Behandlung von Patienten mit einem ausgeprägten Risiko der Pflegebedürftigkeit der Übergang von der akutmedizinischen zur pflegerischen Versorgung ein (siehe dazu z. B. Deckenbach et al., 2013; Gerber et al., 2018, S. 350). Sowohl das SGB IX (§ 4 SGB IX) als auch das SGB XI (§ 31 SGB XI) verankern den richtungsweisenden Grundsatz des gestuften Versorgungssystems der „Rehabilitation vor Pflege“. Einen Behandlungsverlauf im Sinne des Vorrangs von Rehabilitations- vor Pflegeleistungen zu fördern, steht auf Seiten der Krankenkassen allerdings ein Fehlanreiz an der Schnittstelle zwischen GKV und SPV entgegen (vergleiche dazu z. B. Rothgang et al., 2013, S.221). Schließt sich im Anschluss an die GfK eine medizinische Rehabilitation an (indikationsspezifisch oder geriatrisch), trägt die Krankenkasse die Kosten beider Behandlungen. Beide Kostenblöcke schlagen sich im Bereich der GKV und somit im wettbewerblichen Vergleich zwischen den Krankenkassen nieder. Folgt im Anschluss an eine GfK dagegen eine Pflegeleistung, verlagern sich die Kosten in den Bereich der SPV, was sich monetär vorteilhaft auf den wettbewerblichen Teil der GKV auswirkt. Die Kosten der Pflegekassen finden nämlich lediglich Beachtung in Form eines Ausgabenausgleichs (§ 66 SGB XI). Finanziell ist es daher für die Krankenkassen wirt-

schaftlicher, nicht fallabschließend zu rehabilitieren, sondern Pflegebedürftigkeit zu tolerieren.

Auch das geriatrische Rehabilitationspotenzial stationärer Kurzzeitpflege (siehe zur Kurzzeitpflege Kapitel 2.1.3) scheint hinter der vergütungsrechtlichen Sektorengrenze zwischen GKV und SPV zurückzubleiben (Becker et al., 2020a, S. 138; Kutzner & Räker, 2021, S. 134). Entsprechend § 42 SGB XI wird die Kurzzeitpflege als Pflegeleistung über einen pauschalen Gesamtbetrag je Kalenderjahr vergütet, der zwar aktivierende Pflege (§ 43b SGB XI), aber keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation abdeckt. „In der Gesamtschau ist folglich das Fehlen eines allgemeinen und geriatrischen rehabilitativen Ansatzes in der sozialrechtlichen Verankerung der KZP zu konstatieren“ (Kutzner & Räker, 2021, S.134). Andere Herausforderungen des Schnittstellenmanagements im Geltungsbereich der stationären geriatrischen Versorgung bieten neben den verschiedenen Sektorengrenzen die gesundheitspolitischen Strukturen. Gestalten auf übergeordneter Makroebene der Sozialstaat und supranationale Strukturen den gesetzlichen Rahmen allen Handelns, agieren auf zweiter gesundheitspolitischer Ebene die Bundesländer föderalistisch und die Verbände korporatistisch (Mesoebene). Auf der sogenannten Mikroebene handeln einzelne Systemteilnehmer wie Ärzte, Krankenkassen oder Krankenhäuser in Anlehnung an die Rahmenbedingungen der Makro- und Mesoebene (vergleiche dazu z. B. Rosenbrock & Gerlinger, 2014, S. 16 ff.). Stets erfolgen die Prozesse der Einflussnahme auf Handlungen aber nicht nur top-down. Umgekehrt entstehen Gesetzesentwürfe und Gestaltungsrichtlinien immer auch bottom-up unter aktiver Mitwirkung der Selbstverwaltung und sind darüber hinaus im Rahmen stetiger Weiterentwicklung ausgerichtet nach dem Verhalten der Teilnehmer auf der Mikroebene (Robra, 2012, S. 9). Die Mesoebene zeichnet sich maßgeblich durch förderale Strukturen der Bundesländer als auch der Selbstverwalter (z. B. Krankenkassen, Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen) aus. Gleichzeitig organisieren sich die Selbstverwalter auch länderübergreifend wie beispielsweise in Form des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die „Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung staatlicher Aufgaben“ liegt gemäß Artikel 30 Grundgesetz (GG) bei den Bundesländern, solange das Grundgesetz keine andere Regelung vorgibt, was für die Sozialversicherung der Fall ist (Artikel 74 Absatz 1 Ziffer 12 GG). Dennoch wird der Landesebene ein erheblicher Gestaltungsanteil an der Gesundheitspolitik zuteil. Verschiedentlich wird die Mesoebene somit als besonders einflussreiche Handlungsebene

des Gesundheitswesens identifiziert (z. B. Rosenbrock & Gerlinger, 2014, S. 21; Robra, 2012, S. 9). Eine besondere Rolle nehmen föderale Strukturen in der stationären Versorgung ein. Zwar gilt auch hier eine konkurrierende Gesetzgebung (Artikel 74 Absatz 1 Ziffer 19a GG). Doch obliegen Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung den Ländern (§ 6 Abs. 1 KHG). Die unterschiedlichen Akteure des kleingliedrigen korporatistischen Gesundheitssystems (siehe zur Selbstverwaltung im Gesundheitswesen z. B. BMG 2018) schaffen es im Gefüge all seiner Verästelungen nicht immer, übergeordnete oder auch gemeinsam entwickelte Regelwerke und Prozesse in Gänze aufeinander abzustimmen. Aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen der Bundesländer kommt es zu Unvereinbarkeiten von Landeskonzepten und bundeseinheitlichen Regelungen. So auch hinsichtlich der Finanzierung von GFK in Bundesländern mit fehlender oder unzulänglich ausgebauter geriatrischer Rehabilitationsstruktur.

Die Verschlüsselung von Operationen und Prozeduren unterliegt im Auftrag des BMG auf Grundlage des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) dem BfArM (ehemals DIMDI - siehe dazu Fußnote 1). Der OPS ist eine der Grundlagen des G-DRG-Systems (BfArM, 2021), dessen Einführung dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) entspricht und somit Bundesrecht unterliegt (§ 17b KHG). Mit der Ausgestaltung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems haben die Selbstverwalter auf Bundesebene (wie der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) das InEK beauftragt (InEK, 2020). Die Knüpfung des OPS 8-550 an den akutstationären Behandlungsbedarf nach § 39 SGB V entspringt demnach der Makroebene der Gesundheitspolitik. Der konkreten Ausgestaltung der Krankenhausversorgung und -finanzierung wiederum widmen sich die Bundesländer (§ 6 Abs. 1 KHG). Dem an die Versorgungsstrukturen des Landes angepassten Landeskrankenhausgesetz Sachsen-Anhalts (KHG LSA) liegen „Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA“ (zuletzt aktualisiert 2019) bei, welche der geriatrischen Krankenhausversorgung beispielhaft für Schriften der Landeskrankenhausplanung anderer Bundesländer mit akutgeriatrischem Fokus ein fallabschließendes Behandlungskonzept zugrunde legen. Auf Landesebene wird damit eine Grundlage geschaffen, GFK über die notwendige akutgeriatrische Behandlungsdauer hinaus zu erbringen, während das Bundesrecht mit der Kopplung des OPS 8-550 an den Akutbehandlungsbedarf das Ende der GFK klar an das Ende des Akutereignisses knüpft.

2.2.2 Herausforderungen der sozialmedizinischen Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten vor dem Hintergrund ordnungspolitischer und institutioneller Schnittstellenprobleme und regionaler Unterschiede

Neben den Faktoren der Gesundheitsleistung selbst sind es im eben beschriebenen institutionellen Geflecht des Gesundheitswesens (Kapitel 2.2.1) ebenso soziale Konstrukte, finanzierende und unterstützende Systeme (wie Krankenkassen oder Verbände der Leistungserbringer), Organisationsstrukturen und Institutionen, wie z. B. Dienstleister, die auf die Versorgung und damit auf das Patientenwohl einwirken (Lohr & Steinwachs, 2002). Zum Versorgungsprozess im Krankenhaus steuert der MDK als sozialmedizinischer Dienstleister neben prospektiven Prüfungen der für die Versorgung notwendigen Strukturen (Strukturprüfungen nach § 275d SGBV) die retrospektiven Überprüfungen der Krankenhausabrechnungen bei (§ 275 SGB V). Dem MDK wird damit die Aufgabe zuteil, die Ressourcen des Gesundheitswesens aus sozialmedizinischer Sicht gerecht und dem jeweiligen Bedarf angemessen zu verteilen.

Sozialrechtlich verankert § 275 SGB V die Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den MDK bundesweit gleichermaßen: „Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen“ (§ 275 SGB V).

Wenn auch die Krankenkassen in der Praxis die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen zunächst selbst prüfen, so muss der MDK nach einem Urteil des Bundessozialgerichts doch jederzeit eingeschaltet werden, um Auffälligkeiten anhand von Behandlungsunterlagen zu prüfen (B 1 KR 22/16 R vom 25.10.2016). „In formal-rechtlicher Hinsicht hat der MDK gegenüber den Leistungsträgern keine Weisungsbefugnis oder andere Möglichkeiten zur direkten Einflussnahme. Aufgrund seiner strukturellen Funktion ergibt sich aber eine - z. T. kritisch beurteilte - Autorität, da die Kassen zur Durchsetzung ihrer jeweiligen

Rechnungskorrektur auf den MDK angewiesen sind“ (Sulkiewicz, 2014, S. 173).

Können Krankenkasse und Krankenhaus auf Grundlage der übermittelten Abrechnungsdaten (§ 301 SGB V) keine Einigkeit über die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Fallabrechnung erzielen, ist der MDK einzuschalten. Mit der Prüfung auffälliger Krankenhausabrechnungen leistet der MDK also einen Beitrag zur Versorgungsklarheit (Kolb et al., 2014, S. 9). „Prüfungen sind kein Selbstzweck, sie dienen der Stabilisierung des Systems, der Verteilungsgerechtigkeit und der Verhinderung von Missbrauch“ (Dirschedl, 2009, S. 356). Dies mit der Maßgabe „eine[r] sozialmedizinische[n] Begutachtung, die auf eine im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche geriatrische Versorgung ausgerichtet ist“ (Ernst et al., 2020, S. 101).

Wenn auch die Abbildung der GFK im DRG-System die Standardisierung der Behandlungsdauern maßgeblich hervorruft, ist demnach dennoch davon auszugehen, dass auch die Abrechnungsprüfungen des MDK zwar einen sekundären (Meinck et al., 2014, S. 565), aber nicht zu vernachlässigenden Effekt auf die Versorgungsleistung haben. Schließlich beeinflussen Rechnungskürzungen die Liquidität der Krankenhäuser.

Beauftragt eine Krankenkasse in dem Wissen um den konzeptionell zugrunde liegenden Fallabschluss geriatrischer Behandlungen im Krankenhaus den MDK mit der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs nach § 39 SGB V, obwohl kein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar war, stellt sie ihr Interesse an einer Rechnungskürzung über das Interesse der Solidargemeinschaft an einem sinnvollen Einsatz der sozialmedizinischen Begutachtungsressource. Innerhalb der Interaktion zwischen Krankenkasse und MDK besteht zudem erschwerend das Problem des „moral hazard“ (vergleiche dazu z. B. Pauly, 1968), das sich aus der Principal-Agent-Beziehung (vergleiche dazu z. B. Pratt & Zeckhauser, 1985) zwischen den beiden Akteuren des Sozialversicherungssystems ergibt. Alle Begutachtungs- und Prüfleistungen des MDK sind gemeinschaftlich über die Krankenkassen abhängig von der Anzahl ihrer Mitglieder im jeweiligen Bundesland und damit gleichzeitig unabhängig vom Volumen an Prüfbeauftragungen umlagefinanziert (§ 280 SGB V). Die Krankenkassen verhalten sich womöglich versicherungsinduziert „risikofreudig“ und beauftragen den MDK unabhängig von der Angemessenheit der Prüffragen mit der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten. Vor dem Hintergrund unvollkommenen Wissens aller Akteure ist andererseits auch nicht auszuschließen, dass auf Seiten der

Auftrag gebenden Krankenkasse das Wissen um das geriatrische Landeskonzept schlichtweg nicht vorhanden ist (Ernst et al., 2020, S. 101).

Werden GFK-Abrechnungen in Folge unangemessener Prüffragen retrospektiv gekürzt, bleiben die rehabilitativen Maßnahmen in Teilen unvergütet, da die rehabilitativen Anteile ohne vorherigen Antrag rückwirkend nicht in eine Maßnahme nach § 40 SGB V umgewandelt werden können (siehe dazu auch Kapitel 1.1). „Die Gutachter des MDK weisen zwar manchmal darauf hin, dass eine Indikation zu einer weiterführenden stationären Rehabilitationsbehandlung durchaus bestanden hätte, Akutkrankenhausbehandlungsbedürftigkeit aber nur unterhalb der besagten OPS-8-550.1-Grenze von 14 Tagen bestand und daher die GFK nur als OPS 8-550.0 zu kodieren sei“ (Kolb et al., 2014, S. 8). Damit besteht zusätzlich zur fehlanreizenden Vergütungssystematik des OPS 8-550 ein Anreiz für Krankenhäuser nur knapp bis über die Erlösgrenze (14 GFK-Tage) zu behandeln, um so wenige potenziell unvergütete Frührehabilitationsmaßnahmen wie möglich zu erbringen.

Die Gewährung einer GFK als Substitut geriatrischer Rehabilitation im Rahmen einer sachgerechten Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach Paragraph § 39 SGB V gestaltet sich für die Gutachter des MDK kontrovers und ist „oft mit schwierigen sozialmedizinischen Ermessensentscheidungen und entsprechenden Unsicherheiten für alle Beteiligten verbunden“ (Kolb et al., 2014, S. 10), weil es inmitten der Schnittstellenprobleme des geriatrischen Versorgungssystems keine klare sozialrechtliche Legitimation für die Gutachter gibt, GFK über den akutmedizinischen Behandlungsbedarf hinaus als notwendig zu bewerten (siehe dazu Abbildung 16).

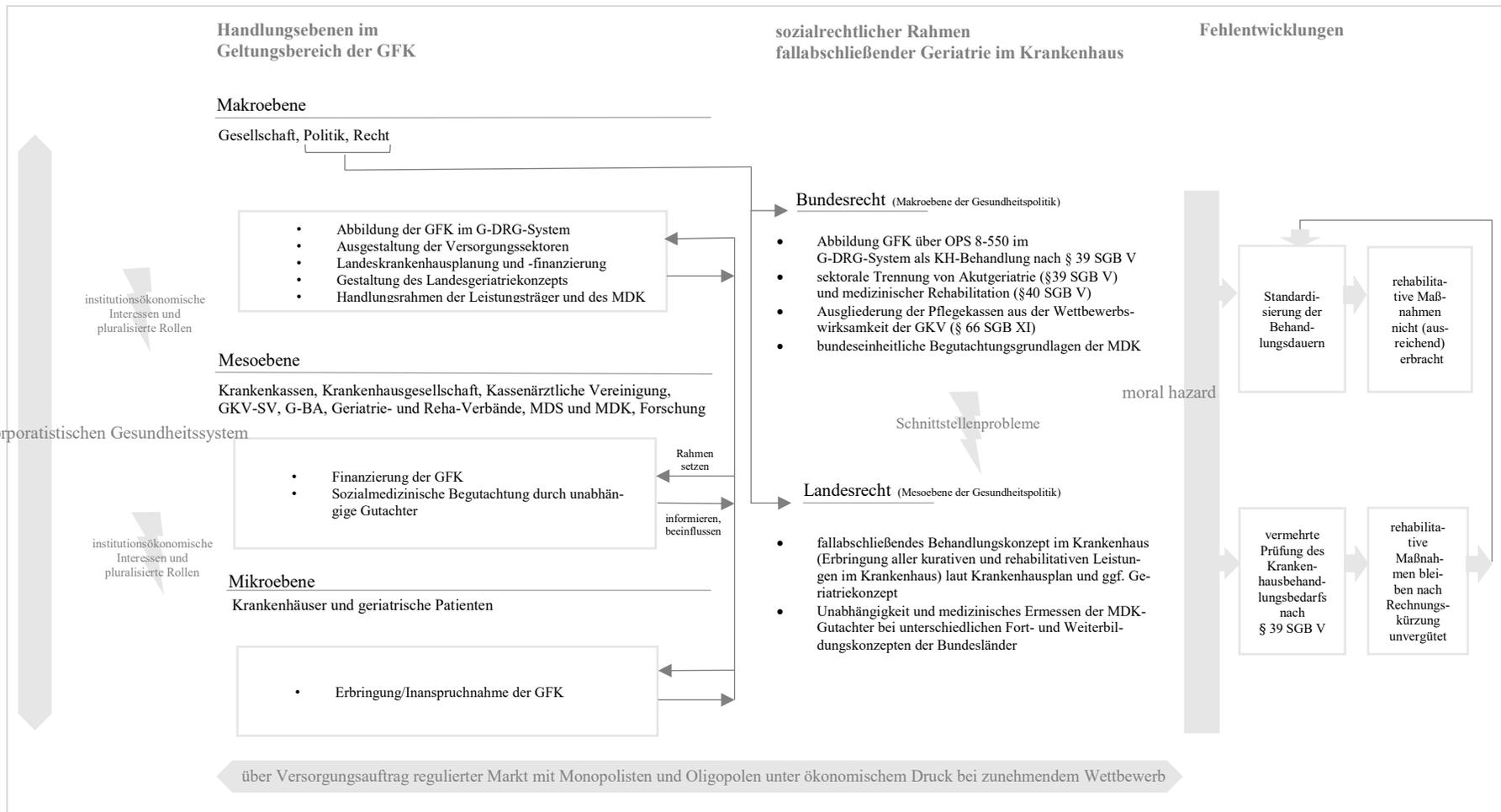


Abbildung 16 : Sozialmedizinische Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs bei geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung im Wirkungsgefüge des geriatrischen Versorgungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Robra (2012); Rosenbrock & Gerlinger (2014)

Die Begutachtung akutstationären Behandlungsbedarfs wird bereits aufgrund der Charakteristika geriatrischer Patienten als per se und im Besonderen wegen der unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen als schwierig identifiziert (Ernst et al., 2020, S. 61; Kolb et al., 2014, S. 10). Allgemeine sozialmedizinische Begutachtungsgrundlagen für die Prüfung von Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung stehen nicht zur Verfügung, abgesehen von den sog. G-AEP-Kriterien (German appropriate evaluation protocol) und deren Ergänzungen im Vertrag zum ambulanten Operieren (AOP-Vertrag nach § 115b SGB V). G-AEP-Kriterien verweisen als Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen auf die Berücksichtigung von Krankheitsschwere, Behandlungsintensität und Komorbiditäten. Im Vordergrund der sozialmedizinischen Bewertung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V (generell und temporär) im Geltungsbereich der Geriatrie steht das Wissen um die Besonderheiten geriatrischer Patienten, wie geriatrietypische Multimorbidität, erhöhte Vulnerabilität oder ein erhöhtes Komplikationsrisiko (siehe zum geriatrischen Patienten Kapitel 2.1.2).

Besonders schwierig gestaltet sich die Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses nach Paragraph § 39 SGB V) bei GFK in Ländern mit einstufiger Geriatriekonzeption (siehe dazu Kapitel 2.1.4), da die GFK hier konzeptionell als Substitut der geriatrischen Rehabilitation fungiert und fallabschließend, also ggf. auch über die akutmedizinische Behandlungsbedürftigkeit hinaus stattfinden darf bzw. soll, weil rehabilitativen Leistungsansprüchen der Versicherten nach § 40 SGB V aufgrund fehlenden Versorgungsangebots nicht oder zumindest nicht in allen Regionen entsprochen werden kann (Ernst et al., 2020, S. 10, 107).

Leitlinien, die sich im Besonderen auf die sozialmedizinische Begutachtung von geriatrischen Krankenhausleistungen beziehen, sind rar. Neben den Begutachtungshinweisen des KCG zu den OPS 8-550 (GFK) und 8-98a (GeriTKB) (KCG, 2020 & 2020a) existieren in einigen wenigen Bundesländern regionalspezifische Hinweise zur Abgrenzung von geriatrischer Rehabilitation zur Akutgeriatrie oder zur Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer geriatrischer Behandlung (Ernst et al., 2020, S. 48). Eine Sammlung sozialmedizinischen Begutachtungswissens für den geriatrischen Geltungsbereich bietet das „Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie“ des KCG (Ernst et al., 2020). Die Grundlage zur Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen durch die Krankenkassen wie auch den MDK und damit einhergehender Behandlungskonzepte liefert seit dem Jahr 2018 die im

Kapitel 1.2 bereits erwähnte BGA V&R (MDS, 2018): „In einzelnen Bundesländern stehen für die geriatrische Rehabilitation ausschließlich oder ganz überwiegend Angebote der [...] geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus zur Verfügung. Diese Besonderheiten des Leistungsangebots sind bei der gutachterlichen Empfehlung und den leistungsrechtlichen Entscheidungen [...] zu berücksichtigen“ (MDS, 2018, S. 42). Für den Analysezeitraum von 2012 bis 2017 bezogen sich die sozialmedizinischen Ausführungen zur Berücksichtigung regionaler Strukturen (und damit der nach den Strukturen ausgerichteten Behandlungskonzeption) in der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation (BGR V&R) jedoch lediglich explizit auf die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen, nicht aber auf die Begutachtung selbst (MDS, 2016, S. 39).

Eine eigenständige gutachterliche Vorgabe für die sozialmedizinische Begutachtung im Krankenhaussektor, in der Festsetzungen zum Einbezug tatsächlich verfügbarer Versorgungsangebote enthalten sind, existiert bis heute nicht. Es ist daher zu vermuten, dass Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung von den Gutachtern unabhängig von den tatsächlich verfügbaren geriatrischen Versorgungsangeboten sachgerecht ausschließlich auf Grundlage des Akutereignisses (§ 39 SGB V) beurteilt wird. Zwar legt die in der GKV erstmals über alle Sektoren einheitlich anerkannte Definition des geriatrischen Patienten (siehe Kapitel 2.1.2) eine neue Grundlage für einen bereichsübergreifenden Konsens hinsichtlich der Beurteilung von geriatriespezifischen Leistungsansprüchen zugrunde. Ohne originäre gutachterliche Grundlage für die Geriatrie im Krankenhaussektor ist dennoch weiterhin mit Unsicherheiten und differenten Ermessensentscheidungen der Gutachter und somit keiner einheitlichen Berücksichtigung fallabschließender Behandlungskonzeptionen zu rechnen (Gaertner et al., 2015).

Einem einheitlichen Begutachtungsprozess entgegen steht auch die Möglichkeit zur Erweiterung der von der Krankenkasse beauftragten Prüfinhalte (Erweiterung des Prüfanlasses) auf Grundlage der Hinweise des GKV-SV zur Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) (GKV-SV, 2014). Die Möglichkeit einer Erweiterung des Prüfanlasses wird zwar gegeben, in der Begutachtungspraxis ist aber nicht jedem Gutachter klar, wann die beauftragte Prüffrage wie erweitert werden kann. In den Hinweisen zur PrüfvV des GKV-SV heißt es, „Die MDK-Prüfanzeige schränkt den MDK hinsichtlich der Verwertung von weiteren Erkenntnissen nicht ein“ (GKV-SV, 2014, S. 11), allerdings ist die Möglichkeit zur Erweiterung der beauf-

tragten Prüfinhalte eine Ermessensentscheidung des Gutachters. Bei der Abrechnungsprüfung von GFK nimmt die Prüfanlasserweiterung dahingehend eine Bedeutung ein, dass die Kodierung des OPS 8-550 mit der Behandlungsdauer zusammenhängt (siehe zur Staffelung des OPS 8-550 nach Behandlungstagen Kapitel 1.1). In Fällen in denen der Prüfauftrag der Krankenkasse sich beispielsweise auf die Erfüllung der Voraussetzungen zur Kodierung der DRG beschränkt, bewertet der MDK Gutachter alle Facetten der Kodierung. Die Haupt- und Nebendiagnosen spielen ebenso eine Rolle wie die Erfüllung der Mindestmerkmale zur Kodierung der GFK-Prozedur (KCG, 2020a) und der geriatrischen DRG. Dabei sind die Voraussetzungen für die Vergütung einer geriatrischen DRG mit der Kodierung einer geriatrischen Komplexbehandlung (OPS 8-550.1 und 8-550.2) nur erfüllt, wenn alle Mindestmerkmale auch vollumfänglich dokumentiert wurden (B 1 KR 19/17 R vom 19.12.2017). Die Prüfung einer daraus möglicherweise folgenden Fehlbelegung und damit die Kürzung der Verweildauer erfolgt im Falle der ausschließlichen Beauftragung einer DRG-Prüfung in Anlehnung an die PrüfvV (GKV-SV, 2014, S. 11) als Prüfanlasserweiterung nach Ermessen des Gutachters und ist nicht zwingend durchzuführen. Stellt der Gutachter umgekehrt im Rahmen der Prüfung der Dauer des Krankenhausbehandlungsbedarfs (ohne beauftragte Prüffrage zur Korrektheit der Kodierung) fest, dass die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit weniger als 14 GFK-Behandlungstage notwendig war, können die OPS 8-550.1 oder 8-550.2 in den OPS 8-550.0 abgeändert werden. Der Gutachter kann aber auch auf die Prüferweiterung verzichten und die Auffälligkeit lediglich als Freitext im Gutachten erfassen. Im Begutachtungsergebnis und in den Routinedaten wird dieser Aspekt dann nicht auffällig. So kann die Beauftragung der singulären Prüfung des OPS 8-550.1 bei einem Gutachter eine rechnungsrelevante Verweildauerkürzung nach sich ziehen, ein anderer Gutachter wiederum würde ggf. nur als Kommentar erwähnen, dass sich eine Kürzung der Verweildauer an die Änderung des OPS anschließt. Auf der anderen Seite kann die Prüfung der Dauer des Krankenhausbehandlungsbedarfs lediglich eine Verweildauerkürzung bewirken oder im Rahmen einer Prüfanlasserweiterung zusätzlich die Änderung der OPS 8-550.1 oder 8-550.2 in den OPS 8-550.0 nach sich ziehen.

Mit der Änderung in den OPS 8-550.0 entfällt der Trigger für die höher vergütete geriatrische DRG, womit auch eine Änderung der kodierten DRG vorgenommen werden kann. Wie die Krankenkasse Freitextinformationen oder Änderungen der Verweildauer ohne gutachtlich erfasste, aber vergütungsrechtlich begründbare, Änderungen der Kodierung hinsichtlich

der Rechenungskürzung verarbeitet, ist nicht bekannt. Einheitlichkeit im Begutachtungsvorgehen ist so nicht in Gänze über alle MDK hinweg garantiert. Selbst innerhalb der einzelnen MDK können sich differente Prüfentscheidungen bei gleichen Fallkonstellationen abzeichnen.

Ein einheitliches Prüfverfahren hängt insofern stark ab von allgemeingültigen Prozessen und dem Wissenstransfer in Richtung der Gutachter (Plate & Meinck, 2009). Bedingt durch die föderalistische Struktur bilden die MDK ihre Mitarbeiter aber auf Grundlage unterschiedlicher Fort- und Weiterbildungskonzepte aus. Ebenso existieren differente Vorgehen im Bereich des Beschwerdemanagements wie auch in der Qualitätssicherung und -prüfung der Begutachtungsprozesse und Prüfgutachten (Dirschedl et al., 2007, S. 145). „Das vermeintliche »Hauptproblem« in der Debatte rund um den MDK scheint zu sein, dass es starke Unterschiede in struktureller, personeller und inhaltlicher Hinsicht gibt“ (Sulkiewicz, 2014, S. 173). Unterschiede zwischen den MDK bestehen grundlegend bereits in deren Größe und flächendeckender Verteilung ihrer Dienststellen und Verwaltungsorganisationen innerhalb der Bundesländer. Nicht zuletzt, weil neben den Versorgungskonzepten auch die Krankenkassenstrukturen in jedem Land föderal unterschiedlich ausgeprägt sind, wonach sich auch die Strukturen der jeweiligen MDK formen. So können sich neben der Ausgestaltung der Prüfprozesse und -ergebnisse auch Häufigkeit von Prüfbeauftragungen und die beauftragten Prüfinhalte unterscheiden. Auch prägen unterschiedliche Prozesse im Krankenhausfallmanagement der Krankenkassen auf Grundlage differenter Abrechnungssoftware und der Grad der Zentralisierung der Fachabteilungen überregionaler Krankenkassen das Auftragsverhalten in den Bundesländern. Führen einige MDK eine große Anzahl an persönlichen Fallberatungen in Bundesländern mit regional verorteten Krankenkassen durch, weisen andere MDK außerdem höhere Anteile an vollumfänglichen Begutachtungen auf. Je nach ärztlichen Kapazitäten und Organisationsgröße unterscheidet sich weiterhin die Form der Prüfgutachtenerstellung in den MDK hinsichtlich der Anteile an Aktenlagenbegutachtungen und Gutachtererstellung in Form von Begehungen in den Krankenhäusern (Dirschedl et al., 2007, S. 144 f; Plate & Meinck, 2009; Rothgang et al., 2014, S. 13 ff.). Auch wenn sich das Prüfverfahren nach bundesweit einheitlichen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und teilweise auch einheitlichen Begutachtungsgrundlagen ausrichtet, können so doch Unterschiede in den Prüfprozessen und den Prüfergebnissen bestehen. Auf Grundlage einer repräsentativen Zufallsstichprobe von Gutachten zur Kodierprüfung des MDK Hessen aus dem Jahr 2013

konnte belegt werden, dass die Begutachtung in annähernd 97 Prozent der Fälle richtlinienkonform erfolgt. Der Beurteilungsspielraum jedes Gutachters führt aber gleichzeitig dazu, dass in etwa einem Viertel der Prügutachten zwar sachlich korrekte, aber inhaltlich abweichende Ergebnisse vorliegen (Gaertner et al., 2015). Daher plädieren Gaertner et al. für „eine kontinuierliche Konkretisierung der Kodiervorschriften und eine Vereinfachung der komplexen Regelwerke [...], um den gegenwärtigen Beurteilungsspielraum bei der DRG-Kodierung und deren Prüfung einzugrenzen“ (Gaertner et al., 2015, S. 560).

Besteht aus Sicht des MDK-Gutachters zwar Rehabilitationsbedarf (§ 40 SGB V), allerdings keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses (§ 39 SGB V), so wird der MDK-Gutachter die Prüffrage der Krankenkasse nach der Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung unter der beschriebenen Dichte an nicht hinreichend aufeinander abgestimmten Begutachtungsregelungen entgegen der Versorgungskonzeption sachgerecht verneinen. Damit wird der Krankenhausabrechnung ein Abrechnungsfehler zugesprochen, der zwar leistungsrechtlich begründet ist, aber nicht entsteht aus bewusst fehlerhaftem Abrechnungsverhalten des Krankenhauses, sondern aus der Unvereinbarkeit der Abbildung der GFK im G-DRG-System mit den tatsächlich erbrachten Leistungen im Sinne der geriatrischen Versorgungskonzeption des Landes.

Die MDK-Gemeinschaft und der MDS forderten einst, Anreize zur Vermeidung von Falschabrechnungen für Krankenhäuser zu schaffen (MDK Gemeinschaft & MDS, 2019a). Mit dem MDK-Reformgesetz bringt § 275c Abs. 3 SGB V eben solchen Anreiz in Form von krankenhauseitigen Aufschlagszahlungen auf Rechnungsminderungsbeträge hervor. Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich nicht in allen Fällen um vom Krankenhaus bewusst induzierte Falschabrechnungen handelt. Vor dem Aspekt der Prüftensionen und -inhalte wird die Begrifflichkeit der „Falschabrechnung“ von verschiedenen Akteuren diskutiert (z. B. BDO, 2011, S. 48; Dirschedl & Waibel, 2014, S. 108 ff.; DKG, 2019a; Sulkiewicz, 2014, S. 153 ff.). „Es ist davon auszugehen, dass Falschabrechnungen [...] existieren, jedoch weder in dem Sinne noch in dem Maße, in dem derzeit die Kampagnen vermeintlich alarmieren [...]. In den überwiegenden Fällen geht es [...] um medizinische Leistungen, die auch erbracht wurden“ (BDO, 2011, S. 48). Bestenfalls, so Dirschedl und Waibel (2014), bedarf es einer Unterscheidung der Prüffälle und Prüfergebnisse nach Fehlbelegung (Prüfung von Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung) und

Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung (DRG- oder Kodierprüfung). Wird eine Rechnung gekürzt, weil generell oder ab einem bestimmten Tag keine Notwendigkeit der Behandlung in einem Krankenhaus nach § 39 SGB V bestand, handelt es sich um eine Rechnungskürzung aufgrund mangelnden Leistungsanspruchs. Von einem Abrechnungsfehler wiederum sollte nur gesprochen werden, wenn die zur Abrechnung der Behandlung übermittelten Daten (§ 301 SGB V) nicht korrekt sind (z. B. fehlerhafte Angabe von Diagnose- und Prozedurenkodes) (Dirschedl & Waibel, 2014, S. 109).

Anzumerken ist hinsichtlich der institutionellen Ausführungen abschließend, dass die Forschung zur vorliegenden Abhandlung im Dezember 2017 begonnen wurde. Seither haben sich die Rahmenbedingungen der sozialmedizinischen Begutachtung mit geriatrischem Bezug im MDK Sachsen-Anhalt als auch der gesundheitspolitische Rahmen im Bereich der Abrechnungsprüfungen und Rehabilitationsbegutachtung für die MDK im gesamten Bundesgebiet etwas geändert. Gesundheitspolitisch setzen bundesweit das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) sowie das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) neue Akzente in der sozialmedizinischen Begutachtung. Mit dem zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurden im Laufe des Jahres 2021 nicht nur alle MDK und der MDS in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt und in Medizinische Dienste der Länder bzw. den Medizinischen Dienst Bund umbenannt. Letztlich sollen auch wiederkehrende Streitigkeiten um die Abrechnungsprüfungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nachhaltig geregelt werden (BMG, 2019, S. 1). Zu diesem Zwecke richten sich beispielsweise künftig die Prüfquoten nach der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser aus. Eine nach Abrechnungsqualität ausgerichtete Staffelung mit gleichzeitiger Begrenzung der Prüfquoten war zu Beginn der Forschungsarbeit nicht abzusehen. Keine der Regelungen des MDK-Reformgesetzes löst die beschriebene Problematik der sozialmedizinischen Prüfung von GFK-Abrechnungen. Welchen Einfluss die gestaffelten Prüfquotenbegrenzungen auf die Ausgestaltung des Prüfgeschehenes rund um die GFK nehmen wird, muss sich zeigen (siehe dazu auch Kapitel 5.3). Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden die Neuregelungen ohnehin vorübergehend ausgesetzt. Das GKV-IPReG erleichtert mit seinem Inkrafttreten am 31. Oktober 2020 künftig den Zugang zur medizinischen Rehabilitation, um die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern. Verordnungen von Vertragsärzten sind nicht mehr regelhaft hin-

sichtlich der Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitationsleistung von den Krankenkassen zu prüfen. Aus versorgungspraktischer Sicht sollte sich das dem GKV-IPreG zugrunde liegende Ziel, die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern, in Ländern mit einstufiger Geriatrie Konzeption auch auf die Erbringung rehabilitativer Maßnahmen im Krankenhaus positiv auswirken (siehe dazu Kapitel 5.3).

2.3 Stand der Forschung

Zur Einordnung des Forschungsbeitrages in das aktuelle Forschungsgeschehen ist es notwendig, den Forschungsstand zur Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation im Krankenhaus im Kontext der Vergütungssystematik des G-DRG-Systems zu beleuchten (Kapitel 2.3.1), wie auch die vorliegenden Beiträge zur Qualität der sozialmedizinischen Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs allgemein und bei geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung im Speziellen (Kapitel 2.3.2) aufzuführen.

2.3.1 Evidenzbasierung der geriatrischen Rehabilitation im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Abbildung geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung im G-DRG-System

„An die absehbare akutmedizinische Stabilität der Patientinnen und Patienten sind vor der Entlassung bzw. externen Verlegung im Rahmen geriatrischer Krankenhausbehandlung besonders hohe Anforderungen zu stellen, um die im Zusammenhang mit Fallpauschalensystemen grundsätzlich bestehende Gefahr einer unangemessenen Verkürzung der Verweildauer zu reduzieren“ (Ernst et al., 2015, S. 36). Werden Fallkostenreduktionen über die Nicht-Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen oder durch frühzeitige Entlassung bzw. Verlegung erzielt, zieht das unterversorgende Tendenzen nach sich (InEK, 2013, S. 461). Das wird in der Fachliteratur hinsichtlich der GFK kritisiert und auf deren Abbildung über den OPS 8-550 im G-DRG-System zurückgeführt. Verschiedentlich finden sich empirisch belegte Ausführungen zur Entwicklung der geriatrischen Behandlungsdauern entlang der Erlösgrenzen (Meinck et al., 2014; Augurzky et al., 2017; AOK Bundesverband, 2018; Ernst et al., 2020). Auf Grundlage ausführlicher Krankenhausabrechnungsdaten (§ 21 KHEntgG Daten) zeigt sich bei Abrechnungen von GFK eine deutliche Verschiebung der Behandlungsdauern entlang der Erlösanreize im Vergleich der Jahre 2012 und 2016 zum Jahr 2005 (siehe zur Staffelung des OPS 8-550 und die daran gebundene erlösrelevante

GFK-Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen Kapitel 1.1). Bundesweit nehmen Fälle mit weniger als 14 wie auch über 23 Behandlungstagen ab. Zu beobachten ist die Ausbildung eines Peaks an Fällen mit etwa 16 Behandlungstagen bei geriatrischen Behandlungen, die einer Direktaufnahme oder der Verlegung innerhalb eines Krankenhauses folgen. Etwas höher liegt der Peak an Fällen mit 22 Behandlungstagen bei Behandlungen auf geriatrischen Fachabteilungen, die einer externen Verlegung aus einer akutversorgenden Abteilung eines anderen Krankenhauses folgen (Meinck et al., 2014, S. 564; Ernst et al., 2020, S. 114). Patienten scheinen nach externer Verlegung auf eine geriatrische Fachabteilung über die mittlere Verweildauer (MVWD) hinaus behandelt zu werden, um Verlegungsabschläge zu vermeiden.⁹ In Bundesländern ohne ein differenziertes geriatrisches Versorgungsnetz mit Rehabilitationskliniken nach § 111 SGB V ist dieser Effekt besonders ausgeprägt. Bei der Differenzierung der Verweildauerkurven nach Versorgungsstrukturen der Bundesländer zeigt sich der Peak am Tag 22 der geriatrischen Behandlung nach externer Verlegung ausgeprägter in Bundesländern ohne geriatrische Reha-Struktur. Nahezu gleiche Ergebnisse wie Meinck et al. (2014) und Ernst et al. (2020) liefern zu den lokalen Maxima auch Augurzky et al. (2017, S. 154-156).¹⁰ Meinck et al. (2014) schlussfolgern aus der Entwicklung der Behandlungsdauern, dass die Geriatrie einen Versorgungsbereich abbildet, der sowohl über- als auch unterversorgende Tendenzen aufweist. Sie monieren, dass „die derzeitige Abbildung von GFK im G-DRG-System [...] erlösbezogene Anreize für eine nicht bedarfsbezogene Standardisierung der Behandlungsdauern“ beinhaltet (Meinck et al., 2014, S. 562). Bereits zu Beginn der 2000er Jahre legt der Sachverständigenrat Gesundheit in einem Gutachten (2000/2001) dar, dass sich in verschiedenen Versorgungsbereichen Über- und Unterversorgung durchaus gleichzeitig wiederfinden (SVR Gesundheit, 2001). Robra und Spura diskutieren Versorgungsbedarf allerdings jüngst als „soziales Konstrukt“, welches sich auf den unterschiedlichen Handlungsebenen des Gesundheitswesens formt. Fortwährender medizinischer Fortschritt und stetiger gesundheitspolitischer Wandel tragen dabei ebenso zur ge-

⁹ Verlegungsabschläge sind gemäß Abs. 2 § 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2017 vom aufnehmenden Krankenhaus vorzunehmen, wenn die der kodierten DRG im Fallpauschalenkatalog zugewiesene MVWD unterschritten wird. Die MVWD der geriatrischen DRG variieren je Behandlungsjahr, liegen aber zumeist über 20 Belegungstagen (InEK, 2011 bis 2016 – siehe dazu Anhang A dieser Arbeit).

¹⁰ In den Routinedatenauswertungen von Meinck et al. wurden bei Abrechnung einer GFK alle Behandlungstage auf geriatrischen Fachabteilungen betrachtet. Die Auswertungen von Augurzky et al. (Barmer GEK Krankenhausreport 2017) beziehen über die Behandlungstage auf geriatrischen Fachabteilungen hinaus die gesamte Behandlungsdauer bei Abrechnung einer GFK ein.

sellschaftlichen Wahrnehmung angemessener Versorgung bei wie die Entwicklung vom reaktiven zum mündigen und aktiv teilnehmenden Patienten selbst. Exogen definierte Begriffe wie Über- und Unterversorgung relativieren sich damit. Mit einer exogen bestimmten Ideallinie bedarfsgerechter Versorgung liegen empirisch bestimmte Behandlungsdauerkurven immer auch in einer Spanne über und unter der Ideallinie (Robra & Spura, 2018). Der Vorwurf der Standardisierung von Behandlungsdauern bei GFK bliebe unter Anwendung des konstruierten Bedarfs nach Robra und Spura zwar haltbar, Bedarfsgerechtigkeit der geriatrischen Versorgung ist aber über die Entwicklung der Behandlungsdauern hinaus zu hinterfragen. Der vorliegende Forschungsbeitrag bezieht sich auf den Einsatz der sozialmedizinischen Begutachtung zur Förderung „eine[r] im Einzelfall ausreichende[n], zweckmäßige[n] und wirtschaftliche[n] geriatrische[n] Versorgung“ (Kolb et al., 2020, S. 107) und damit der Berücksichtigung des fallabschließenden Versorgungskonzepts, um der erlösorientierten Entwicklung der Behandlungsdauern im Sinne einer Fehlentwicklung entgegenzuwirken. Eine grundlegende Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit der geriatrischen Versorgung erfolgt nicht.

Für die Bewertung der Angemessenheit des Begutachtungsgeschehens um die stationäre geriatrische Versorgung besonders wichtig zu klären, ist die Frage nach der Wirksamkeit der GFK im Vergleich zur originären medizinischen Rehabilitation geriatrischer Patienten. Das KCG des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft erstellte im Auftrag des MDS ein Gutachten zur Evidenzbasierung der Rehabilitation bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Auf Basis einer umfangreichen Analyse der internationalen Studienlage liefert es Belege für die Wirksamkeit rehabilitativer Komplex- und Einzelmaßnahmen im geriatrischen Kontext (Lübke, 2015). Insgesamt fehlt es der Studienlage im Bereich der Rehabilitationsversorgung aber „an Untersuchungen, die der Bedeutung der verschiedenen Maßnahmen vergleichend nachgehen“ (Rothgang et al., 2013, S. 218). Garms-Homolová und Roth (2004, S. 46) weisen darauf hin, dass rehabilitative Maßnahmen generell oftmals eher gering ausfallende und damit schwer messbare Verbesserungen der Funktionsfähigkeiten hervorbringen. Vor dem Hintergrund, dass bereits kleine Verbesserungen große Auswirkungen auf die Selbständigkeit geriatrischer Patienten im Alltag haben, wird der Nutzen rehabilitativer Maßnahmen grundsätzlich dennoch nicht angezweifelt. Lötgers et al. (2008) beispielsweise bringen aus einer prospektiven Beobachtungsstudie hervor, dass geriatrische Frührehabilitation bei hüftgelenknahen Frakturen nach Verlegung aus dem operierenden Akutkrankenhaus

in eine geriatrische Fachabteilung kurzfristig unabhängig vom Alter des Patienten nahezu immer eine Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit bewirkt. Einen Vergleich der Selbstversorgungsfähigkeit zu einer Patientengruppe ohne Frührehabilitation oder mit medizinischer geriatrischer Rehabilitation nehmen sie allerdings nicht vor.

Abbas et al. (2013) vergleichen auf Grundlage von Routinedaten der AOK Exzesskosten, Rehospitalisierung, Fraktur und Tod bei frührehabilitativen Behandlungen nach Schlaganfall und Femurfraktur im Akutkrankenhaus gegenüber rehabilitativen Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Unter den betrachteten Endpunkten stellen sie kaum Unterschiede zwischen den Versorgungsformen fest. Sie bemerken aber auch, dass Routinedatenanalysen Aussagen über den Outcome von Behandlungen einschränken, da Rehabilitationsziele und Rehabilitationserfolge sowie der Leistungseinsatz nicht betrachtet werden können. Meinck et al. (2013) zweifeln die Bewertung der Wirksamkeit von Rehabilitation auf Grundlage von Routinedaten ebenfalls an. Zuletzt legt ein Beitrag zur Studie „PROFinD 2 - Prävention und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen“ nahe, dass das Risiko von Rehospitalisierung wie auch Pflegebedürftigkeit nach Hüftfrakturen in Ländern mit zweistufiger Geriatriekonzeption (Bayern und Baden-Württemberg) geringer ist als in Ländern mit akutgeriatrischem Fokus (Hessen) (Becker et al., 2020). Damit zeigt sich konträr zur medizinteoretischen Auffassung ein empirischer Hinweis darauf, dass trotz nachteiliger Sektorengrenzen die zweistufige geriatrische Versorgung einen besseren Outcome hervorbringt als die einstufige geriatrische Versorgung im Krankenhaus. Daraus lässt sich schließen, dass entweder geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus nicht immer ausreichend lange erbracht wird oder aber die Funktionsfähigkeiten geriatrischer Patienten im Krankenhaus nicht so zielführend verbessert bzw. wiederhergestellt werden kann wie in einer Rehabilitationseinrichtung (ambulant oder stationär).

Besonders starke Auswirkungen hat dies auf die geriatrische Versorgung in Bundesländern mit fallabschließender Versorgungskonzeption im Akutkrankenhaus. Aber auch in Bundesländern, die über ein ausreichendes Versorgungsnetz geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen verfügen, können sich zu kurze oder unzureichende GFK negativ auf den Erfolg geriatrischer Behandlungen auswirken. So weist der Bundesverband Geriatrie darauf hin, dass „die Durchführung einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus [...] eine anschließende geriatrische Rehabilitation nicht aus[schließt], sondern die Durchführung [...] diese zum Teil erst möglich“ macht (BVG, 2018, S. 4).

2.3.2 Beiträge zur Qualität der sozialmedizinischen Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs allgemein und bei geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung im Speziellen

Die Effekte des G-DRG-Systems auf die Patientenversorgung, das Krankenhausmanagement oder auch das Krankenhausfallmanagement der Krankenkassen werden seit seiner Einführung thematisiert. Diskutiert werden in der Fachliteratur vielfach die Ökonomisierung der Patientenversorgung als auch die Frage nach der Befähigung einer sachgerechten Abbildung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs in den Krankenhäusern (siehe dazu z. B. Flintrop, 2006; Geißler et al., 2014; Rau et al., 2009). Auch der MDK befindet sich im Zusammenhang mit den Prüfungen der Krankenhausabrechnungen nach § 275 SGB V in der öffentlichen Debatte. In der Kritik stehen die Notwendigkeit von Prüfungen, deren Ausgestaltung als auch ihre zunehmende Häufigkeit (siehe dazu z. B. Dirschedl, 2009, S. 355; Fiori et al., 2010; Burger & Nedbal, 2011; Blum et al., 2017).

Nicht zuletzt, so stellt es ein von der DKG beauftragtes Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser heraus, festigen sich Kontroversen, weil die Krankenhäuser ein proaktives Patientenrisiko tragen, welches nicht immer mit den bestehenden Abrechnungsmodalitäten übereinstimmt, die Gutachter des MDK wiederum in rückwirkender Betrachtung und ohne Behandlungsdruck objektive Bewertungen vornehmen können (BDO, 2011, S. 51). Es sind aber nicht nur verschiedene Blickwinkel auf die Behandlung, die den MDK Krankenhausbehandlungen anders bewerten lassen als sie erbracht oder abgerechnet wurden. Kölbel et al. widmeten sich von 2010 bis 2013 der Thematik Abrechnungsmanipulation unter DRG-Bedingungen in einer Studie erstmalig aus kriminologischer Sicht (Kölbel, 2014). Auch wenn Kölbel betont, dass die Studienergebnisse einen ersten empirischen Aufschlag liefern, den es vor allem quantitativ zu untermauern gilt, so wird das Vorkommen von Abrechnungsmanipulationen dennoch nachgewiesen. Aus verschiedenen qualitativen Interviews und einigen wenigen Daten kooperierender Krankenkassen schlussfolgern Kölbel et al., dass es, wie für Unternehmensdelikte („Corporate Crime“) oftmals typisch, der mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens einhergehende ökonomische Druck ist, der die Bereitschaft der Krankenhäuser, Fehlanreize auszunutzen, steigen lässt. Durchaus behandeln Krankenhäuser Patienten in einigen Fällen länger als notwendig, um Erlösgrenzen zu erreichen, oder entlassen Patienten kurz nach Erreichen der Erlösgrenze frühzeitig, um bei geringerem Behandlungsaufwand die höchstmögliche Vergütung zu erzielen. Im

Umkehrschluss zeigt sich aber auch bei den Krankenhausabrechnungsprüfungen eine ökonomisch geleitete Ausrichtung gen Ausgabenminimierung seitens der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen (Kölbel, 2014).

Die Bundesregierung moniert, „dass Krankenkassen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten, in einem zu großen Umfang Prüfungen veranlassen“ (BMG, Entwurf eines Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen-MDK-Reformgesetz, 2019, S. 1). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) äußert in diesem Zusammenhang beispielsweise, das Prüfgeschehen sei nicht begrenzt auf auffällige Einzelfälle, vielmehr handele es sich um eine „computergestützte Suche nach Prüfmöglichkeit möglichst kleiner Dokumentationsfehler“ (DKG, 2019a). Alle Fälle, so wurde verschiedentlich auf Basis von Daten unterschiedlicher Krankenkassen ermittelt, durchlaufen eine softwaregestützte Überprüfung durch die Krankenkassen (Beyerle, 2010, S. 11; Sulkiewicz, 2014, S. 159 ff.; BDO, 2011, S. 34). Die Auswahl der zur sozialmedizinischen Prüfung vorgelegten Fälle wird dabei in Anlehnung an Fallberatungen durch den MDK an die Erfahrungen der Krankenkassen angepasst (Dirschedl, 2009, S. 349). Die Kriterien, nach denen die Prüfalgorithmen Abrechnungen als auffällig selektieren, so fasst Sulkiewicz die Ergebnisse der qualitativen Auswertungen aus der Studie von Kölbel (2014) zusammen, sind dabei eher danach ausgerichtet, aus welchen Kodierungen am ehesten Rechnungskürzungen generiert werden können, als danach, welche Abrechnungen tatsächliche Abrechnungsfehler enthalten (Sulkiewicz, 2014, S. 160 f). In einem von der DKG beauftragten Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser heißt es beispielsweise: „Aufgrund des Gebotes der Wirtschaftlichkeit besteht grundsätzlich die Intention der Kostenträger, erbrachte medizinische Leistungen so preisgünstig wie möglich zu vergüten“ (BDO, 2011, S. 32).

Bundesweit sammelt und veröffentlicht der MDS Daten zu den Krankenhausabrechnungsprüfungen aller MDK. Die öffentlich zugänglichen MDS-Statistiken enthalten Auswertungen zur bundesweit über alle MDK kumulierten Anzahl an Einzelfallprüfungen von Krankenhausabrechnungen nach § 275 SGB V (MDK Gemeinschaft & MDS, 2019b) und ab dem Jahr 2018 auch Begutachtungsergebnisse nach „medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt/nicht erfüllt/andere Antwort“ (MDK Gemeinschaft & MDS, 2019b & 2020; Medizinischer Dienst Bund, 2021). Erkennbar ist, dass die Krankenhausabrech-

nungsprüfungen über die Jahre stetig zugenommen haben. Nicht zu entnehmen ist den Daten, ob es sich um Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs oder der Korrektheit der Kodierung handelt.

Darüber hinaus führt jeder MDK in seinem jeweiligen Bundesgebiet Statistiken zu den Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus intern nach eigenem Ermessen ohne einheitlich abgestimmte Variablen. Dies monierte jüngst das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) fordert daher künftig ausführlichere bundesweite Statistiken zu den DRG-Prüfungen (Artikel 3 Nr. 2i) (BMG, 2019). „Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen [...] und zu veröffentlichen [...] Die Ergebnisse sind auch in zusammengefasster Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen“ (§ 275c SGB V). Bisher (Stand 15. Juli 2020) finden sich keine öffentlich zugänglichen Auswertungen dieser Art.

Die Auffassungen über die Dauer als auch grundsätzliche Notwendigkeit von Krankenhausbehandlungen sind mitunter höchst unterschiedlich (BMG, 2019, S. 1). Die Überprüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs durch den MDK stellt insofern ein Feld kritischer Diskussionen dar (vergleiche dazu z. B. Dirschedl et al., 2010; Dohmen et al., 2012; Mau, 2019). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) publiziert dazu mit Bezug zur Geriatrie in einer Pressemeldung: „Inzwischen ist die Einzelfallprüfung von den Kassen missbräuchlich zu einer einzelfallunabhängigen Systemprüfung umfunktioniert worden. [...] Es geht [...] um formale Kriterien, wie die Diskussion über absolut ungerechtfertigte Kürzungen in der Behandlung von geriatrischen Patienten und Schlaganfallpatienten“ (DKG, 2019).

Den Krankenhausabrechnungsprüfungen von Behandlungsfällen mit GFK wird mit Bezug zur Abbildung der GFK im G-DRG-System und der damit im Zusammenhang stehenden Entwicklung der Behandlungsdauern eine erlösorientierte Ausrichtung mit zunehmendem Prüfaufkommen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zugesprochen (siehe dazu z. B. Kolb et al., 2014; Meinck et al., 2014). „In diesem Zusammenhang wird kassenseitig [...] immer häufiger die Frage gestellt nach der angemessenen Indikationsstellung, also der Notwendigkeit einer GFK“ (Kolb et al., 2014, S. 9). Zum anderen gehen Kolb et al. davon aus, dass die standardisierten Verweildauern „die Verlagerung der kassenseitig-

gen GFK-Prüfaufträge an den MDK auf die taggenaue Dauer der notwendigen akutstationären Krankenhausbehandlung“ provozieren (Kolb et al., 2014, S. 10). Datengestützt sind diese Thesen bisher aber nicht. Zu detaillierten MDK-Begutachtungsergebnissen von Krankenhausabrechnungsprüfungen mit GFK-Bezug existiert aktuell lediglich ein veröffentlichter Forschungsbeitrag: Dirschedl et al. (2007) vergleichen auf Basis des Krankenhausjahres 2005 Ergebnisse aus Krankenhausabrechnungsprüfungen der MDK Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe. Bei der absteigenden Listung der in beiden MDK am häufigsten beanstandeten Prozedurenkodes findet sich der OPS 8-550.1 unter den ersten zehn Codes. In Baden-Württemberg ist der GFK-Code sogar als die am häufigsten geänderte Prozedur aufgeführt. Einen Bezug zu GFK-Abrechnungsprüfungen stellt auch eine sozialmedizinische Forschungsarbeit auf Grundlage von MDK-Routine- und Primärdaten aus Sachsen-Anhalt her. In einer epidemiologischen Untersuchung widmet sich Schindler dem Thema „Reha vor Pflege - Analyse von Rehabilitationsempfehlungen bei der Pflegebegutachtung alter Menschen“ (Schindler, 2018). Die Studie identifiziert auf Grundlage von in den Pflegegutachten des MDK Sachsen-Anhalt dokumentierten Kontextfaktoren Bedingungen, die eine Gewährung von komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im Vorhinein einer Pflegebegutachtung begünstigen. Dabei lautet eine der Hypothesen: „Versicherte, die im Rahmen einer Krankenhausbehandlung rehabilitiert wurden (§ 39 SGB V), erhalten häufiger als Versicherte, die im Rahmen des § 40 SGB V rehabilitiert worden sind, eine zeitnah erneute Reha-Empfehlung im Pflegegutachten“ (Schindler, 2018, S. 11). Anhand der Untersuchung konnte zwar weder nachgewiesen werden, dass für vorher indikationsspezifisch rehabilitierte Versicherte häufiger zeitnah eine geriatrische Rehabilitation empfohlen wird, noch dass nach GFK im Krankenhaus häufiger Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen wurden. In den fallbezogenen Anlagen konnten allerdings zu Einzelfällen Auffälligkeiten ergründet werden, die auf eine Hemmung des geriatrischen Fallabschlusses in Sachsen-Anhalt hindeuten. Zum einen fanden sich Gutachten zu Krankenhausabrechnungsprüfungen, innerhalb derer eine Verweildauerkürzung die Abrechenbarkeit der GFK (mit der erlösrelevanten OPS 8-550.1) verhinderte, obwohl im Rahmen einer nachgehenden Pflegebegutachtung vorfristig (vor Ablauf von vier Jahren) eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen wurde. Weiterhin wurden in anderen Einzelfällen die in Sachsen-Anhalt üblichen Vorab-Prüfungen von geriatrischen Behandlungen in Tageskliniken mehrheitlich initial gutachterlich abgelehnt. Dies in der Mehr-

heit der Fälle auch, obwohl in der späteren Pflegebegutachtung durchaus Rehabilitationsbedarf gesehen wurde (Schindler, 2018, S. 76). Schindler liefert damit einen Hinweis darauf, dass die sozialmedizinische Begutachtung ihren Einsatz nicht entsprechend der Förderung fallabschließender geriatrischer Behandlung im Krankenhaus findet und vermutet weiterführend, dass der geriatrische Rehabilitationsbedarf in Sachsen-Anhalt aktuell nicht, wie im Geriatriekonzept vorgesehen, in den wohnortnah vorgehaltenen Einrichtungen gedeckt wird. Krankenhausabrechnungsprüfungen werden aufgrund ihrer lediglich indirekten Wirkung auf die Versorgung als nicht geeignet angesehen, um den Fehlentwicklungen in der geriatrischen Versorgung entgegenzuwirken. Eine differenziertere Abbildung der GFK im G-DRG-System ist primär anzustreben (Meinck, et al., 2014a, S. 565). „Im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems“, so Dirschedl über die Abrechnungsprüfungen, „sind sie [...] nur eine „Randerscheinung“ und sollten dies auch bleiben“ (Dirschedl, 2009, S. 356). Die Prüfung des angemessenen Einsatzes der sozialmedizinischen Begutachtungsressource wiederum ist eine Aufgabe von Wichtigkeit für die Qualitätssicherung und Wirksamkeit der Arbeit des MDK. Ernst et al. (2020) verweisen darauf, dass die Prüfung von Notwendigkeit oder Dauer geriatrischer Krankenhausbehandlungen unter Einbezug der regionalen Versorgungsstrukturen erfolgen sollte, da sie sonst weder dem Anspruch an eine fallabschließende Behandlung in Bundesländern mit akutstationärem Behandlungsfokus noch einer sozialrechtlich sinnvollen Verwendung des sozialmedizinischen Begutachtungsinstruments gerecht wird (Ernst et al., 2020, S. 107). An eben dieser Forschungslücke setzt mit der Analyse des sozialmedizinischen Prüfgeschehens um die Krankenhausabrechnungen von GFK in Sachsen-Anhalt der vorliegende Forschungsbeitrag an.

3 Daten und Methoden

Im Kapitel 3 gilt es zunächst, die Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt aus dem Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen und die darin enthaltene Datenbasis der Empirie zu beschreiben (Kapitel 3.1). Anschließend werden im Kapitel 3.2 die aus den Datensätzen selektierten Variablen benannt. Dem folgen die Operationalisierung des Forschungsgegenstandes im Kapitel 3.3 sowie die Beschreibung der Analysemethoden im Kapitel 3.4.

3.1 Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt als Datenbasis

Datenbasis der empirischen Analysen bilden alle mit abschließendem Ergebnis durchgeführten Prüfungen von GFK-Krankenhausabrechnungen nach dem KHEntgG im MDK Sachsen-Anhalt aus den Jahren 2012 bis 2017, zu denen ein Gutachten oder Kurzgutachten erstellt wurde. Nicht eingeschlossen in die Datenbasis wurden Sozialmedizinische Fallberatungen (SFB) zu Krankenhausrechnungen, da diese lediglich in Form eines Vermerks oder sehr kurzer Stellungnahmen dokumentiert werden, die die Voraussetzungen an ein Gutachten nicht erfüllen (Katalog der MDK-Produkte 2015, unveröffentlicht). Dementsprechend liegen keine detaillierten Routinedaten zu den SFB vor.

Einige Routinedaten der MDK werden regelhaft in Form landesübergreifender Bundesstatistiken vom MDS gesammelt und veröffentlicht (MDS, 2019). Die veröffentlichten Daten zu den Begutachtungen aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sind allerdings wenig umfangreich (siehe dazu Kapitel 2.1.2). Umfangreicher ist die Aufbereitung der Routinedaten im Bereich der Pflegebegutachtung (MDS, 2019a). Die Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit beziehen sich auf bisher unveröffentlichte Routinedaten zu Krankenhausabrechnungsprüfungen nach § 275 SGB V aus dem MDK Sachsen-Anhalt.

Die Routinedaten der Krankenhausabrechnungsprüfungen werden vom MDK Sachsen-Anhalt regelmäßig aus dem Begutachtungsprozess generiert und in verschiedenen Teildatensätzen in eine Datenbank eingelesen, um die Begutachtungsergebnisse auszuwerten.

Die Routinedaten enthalten aus den elektronisch erstellten MDK-Prüfgutachten selektierte Daten zu den MDK-Prüfergebnissen, darunter Informationen über gutachtliche Änderungen der vom Krankenhaus abgerechneten Verweildauer und Änderungen der Komponenten der

DRG-Kodierung wie der ICD-10-Codes oder der OPS. Das abschließende Prüfergebnis wird abgebildet über das gutachtliche Ergebnis (befürwortet/nicht befürwortet) und die Variable *Effektivgewicht nach Begutachtung* (Merkmalsausprägungen: *gemindert*, *gleich* oder *erhöht*) inklusive erlösrelevanter Informationen zu den DRG-Prüfungen wie den Erlös nach Effektivdifferenz, also den Erlös der sich aus der Differenz des Effektivgewichts des Krankenhauses und den im Begutachtungsprozess vom MDK ermittelten Effektivgewicht ergibt.¹¹ Die Routinedaten enthalten außerdem Informationen zur Prüfbeauftragung der Krankenkassen, die aus der sogenannten Auftragsdatenbank generiert werden. Darunter befinden sich die per elektronischem Datenaustausch (EDA von den Krankenhäusern an die Krankenkassen und dann bei Beauftragung von den Krankenkassen an den MDK übermittelten Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 301 SGB V Abs. 3) sowie die Fragestellungen (Prüfanlässe), die die Krankenkassen bezüglich der Auffälligkeiten der Krankenhausabrechnung im Rahmen der Prüfbeauftragung ebenfalls per EDA-Verfahren an den MDK übermitteln.

Aufgrund des eingeschränkten und zudem querschnittlichen Informationsgehalts der Routinedaten ist es nicht möglich, die Forschungsfrage unter Einbezug einiger relevanter Variablen zu beantworten. Als maßgebliche Störgröße ist der Auswahlmechanismus der Prüffälle seitens der Krankenkassen zu nennen. Zu den Merkmalen der Gesamtheit aller den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungsfälle halten die Routinedaten des MDK keine Informationen vor, weswegen weder Aussagen über die Abrechnungs- oder Versorgungsqualität der Krankenhäuser getroffen noch Schlussfolgerungen über die Prüfontention der Krankenkassen gezogen werden können. Zusammenhänge zwischen den auswertbaren Variablen können daher auf nicht beobachtbare Selektionseffekte zurückzuführen sein, was es in der Diskussion der Ergebnisse zu beachten gilt.

Unter den Routinedaten zwar vorhanden, aber aus Datenschutzgründen für die Analysen dieser Arbeit vom MDK Sachsen-Anhalt nicht zur Verfügung gestellt wurden zudem Daten zu den behandelnden Krankenhäusern. Die Operationalisierung der Unterforschungsfrage I bezieht sich daher auf wenige messbare Indikatoren (siehe Kapitel 3.3.1). Umfangreicher

¹¹ Erlös meint angelehnt an die DRG-Statistik des MDK Sachsen-Anhalt sowohl Absenkungen von Rechnungsbeträgen, die aus seitens des MDK geminderten Effektivgewichten entstehen als auch Erhöhungen des Krankenhauseffektivgewichts seitens des MDK, die zu einem höheren Rechnungsbetrag führen. Ist der Erlös gleich Null, wurde die Rechnung seitens des MDK in keine der beiden Richtungen beanstandet.

erschließen lassen sich die Einflussfaktoren auf das sozialmedizinische Begutachtungsergebnis. Dennoch beinhalten die Routinedaten nicht alle Variablen, die von den Gutachtern des MDK zur Beurteilung des Prüfgegenstandes herangezogen werden. Einige Informationen sind weder in den über das Datenübermittlungsverfahren (§ 301-Datensatz) an den MDK übermittelten Daten enthalten noch werden sie aus den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen (z. B. Krankenhausakte) routinemäßig erfasst. So enthalten die Routinedaten des MDK beispielsweise keine Informationen zur Beantwortung der Frage nach der Notwendigkeit der besonderen Mittel des Krankenhauses, wie: „Mussten ständig Arzt oder Pflegepersonal versorgend zur Verfügung stehen? Bekam der Patient noch Infusionen? Gab es Komplikationen? Wurden Medikamente umgestellt?“.

Die Routinedaten können somit keinen detaillierten Aufschluss darüber geben, ob Krankenhausbehandlungsbedarf über den gesamten Abrechnungszeitraum bestand. Auch wenn es unter den Routinedaten erfasste Hauptdiagnosen wie die Femurfraktur oder den Hirninfarkt gibt, die häufig im Zusammenhang mit der Geriatrie auftreten (vergleiche dazu z. B. Abbas et al., 2013 & 2013a; Ernst et al., 2020, S. 49), sind diese für sich allein noch kein Indiz für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Auch geriatrische Rehabilitationsindikatoren sind nur eingeschränkt ablesbar, da die Routinedaten des MDK weder die Rehabilitationsanamnese enthalten noch Auskunft darüber geben, wie sich geriatrische Syndrome als auch Einschränkungen der Selbständigkeit entwickelt haben. Zwar sind den Daten über die ICD-10-Codes der Nebendiagnosen kognitive und motorische Funktionseinschränkungen zu entnehmen, diese sind aber zum einen nur als Entlass-Werte erfasst und sind zum anderen für sich gesehen, selbst wenn ihre Entwicklung über den Behandlungsverlauf abgebildet wäre, nicht immer aussagekräftig. Aus den Routinedaten zu den Abrechnungsprüfungen nicht durchgängig ablesbar sind Informationen zur Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI und Zuordnungen zu Pflegestufen/Pflegegraden gemäß § 15 SGB XI. Für die vorliegende Forschungsarbeit ebenfalls nicht umfangreich genug sind die routinemäßig erfassten Daten zu den Begutachtungsergebnissen des MDK. Nicht enthalten sind Informationen zum ausschlaggebenden Grund für die Minderung des Effektivgewichts, wenn die Krankenkasse die Prüfung verschiedener Kriterien gleichzeitig beauftragt hat. Ob sich also eine Effektivgewichtsminderung bei gleichzeitiger Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs und der Korrektheit der Kodierung aus der Kürzung der Verweildauer oder aus der Änderung des OPS oder Ähnlichem ergeben hat, ist nicht ableitbar. Freitextinformationen,

die der Gutachter im Gutachten zum Begutachtungsergebnis vermerkt, sind unter den Routinedaten grundsätzlich nicht enthalten. Erwähnt der Gutachter bei der ausschließlich beauftragten Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung beispielsweise lediglich im Freitext, dass sich mit der Kürzung der Verweildauer auch eine Änderung des OPS ergeben müsste (siehe zur Erweiterung des Prüfanlasses Kapitel 2.2.2), ist unter den Routinedaten ggf. keine Minderung des Effektivgewichts erfasst. Die Krankenkasse kann die Abrechnungen in solchen Fällen dennoch gekürzt haben. Somit bilden die Routinedaten zwar nahezu alle, aber dennoch nicht alle potenziell rechnungsgekürzten Fälle ab. Ebenfalls nicht ablesbar sind Freitextinformationen der Gutachter zu Rehabilitationsempfehlungen, anhand derer sich ablesen ließe, ob die Gutachter, auch wenn kein Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist, darauf verweisen, dass anstelle der Krankenhausbehandlung ab einem bestimmten Tag eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V ausgereicht hätte.

Als GFK-Prüffälle gewertet wurden zunächst alle Prüfungen von Krankenhausabrechnungen, die eine Kodierung des OPS 8-550 aufweisen. Die beschriebene Dreistaffelung des OPS 8-550 machte es notwendig, alle Fälle mit dem OPS 8-550.0 aus den Kernanalysen auszuschließen, da nur die Kodierung der OPS 8-550.1 und 8-550.2 die Fallpauschale in die höherbewertete geriatrische DRG triggert und die GFK somit relevant für die Abrechnung der Krankenhausbehandlung ist. Denn „aufgrund des Gebotes der Wirtschaftlichkeit besteht grundsätzlich die Intention der Leistungsträger, erbrachte medizinische Leistungen so preisgünstig wie möglich zu vergüten“ (BDO, 2011, S. 32). Zur Prüfung vorgelegte Abrechnungsfälle mit der monetär wirkungslosen OPS 8-550.0 können somit nicht eindeutig den Fällen zugeordnet werden, die wegen der GFK zur Prüfung vorgelegt wurden. Dies gilt ebenso für alle Fälle, in denen die OPS 8-550.1 und 8-550.2 zwar auftauchen, vom Krankenhaus jedoch keine geriatrische DRG kodiert wurde, weil die GFK keine Abrechnungsrelevanz aufwies (z. B. bei langen Behandlungen auf der Intensivstation oder mehrfachen operativen Eingriffen). Die Analysen beziehen sich daher ausschließlich auf GFK-Prüffälle mit den OPS 8-550.1 oder 8-550.2, die gleichzeitig die Kodierung einer der 17 geriatrischen DRGs aufweisen (siehe Tabelle 4). „Ein Lebensalter unter 60 Jahren schließt nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (B 1 KR 21/14 R vom 23.06.2015) den Zugang zu geriatrispezifischen Versorgungsangeboten der GKV aus“ (Ernst et al., 2020, S. 19). Dennoch befinden sich unter den Prüffällen einige wenige Abrechnungen zu Behandlungen von

Patienten unter 60 Jahren. Diese wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen wurden alle Fälle mit einer Behandlungsdauer (zur Bestimmung der Behandlungsdauer im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit siehe Kapitel 3.2) von weniger als 14 Tagen, da die Kodierung des OPS 8-550.1 eine Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen voraussetzt (InEK, 2016a, S. 1183).

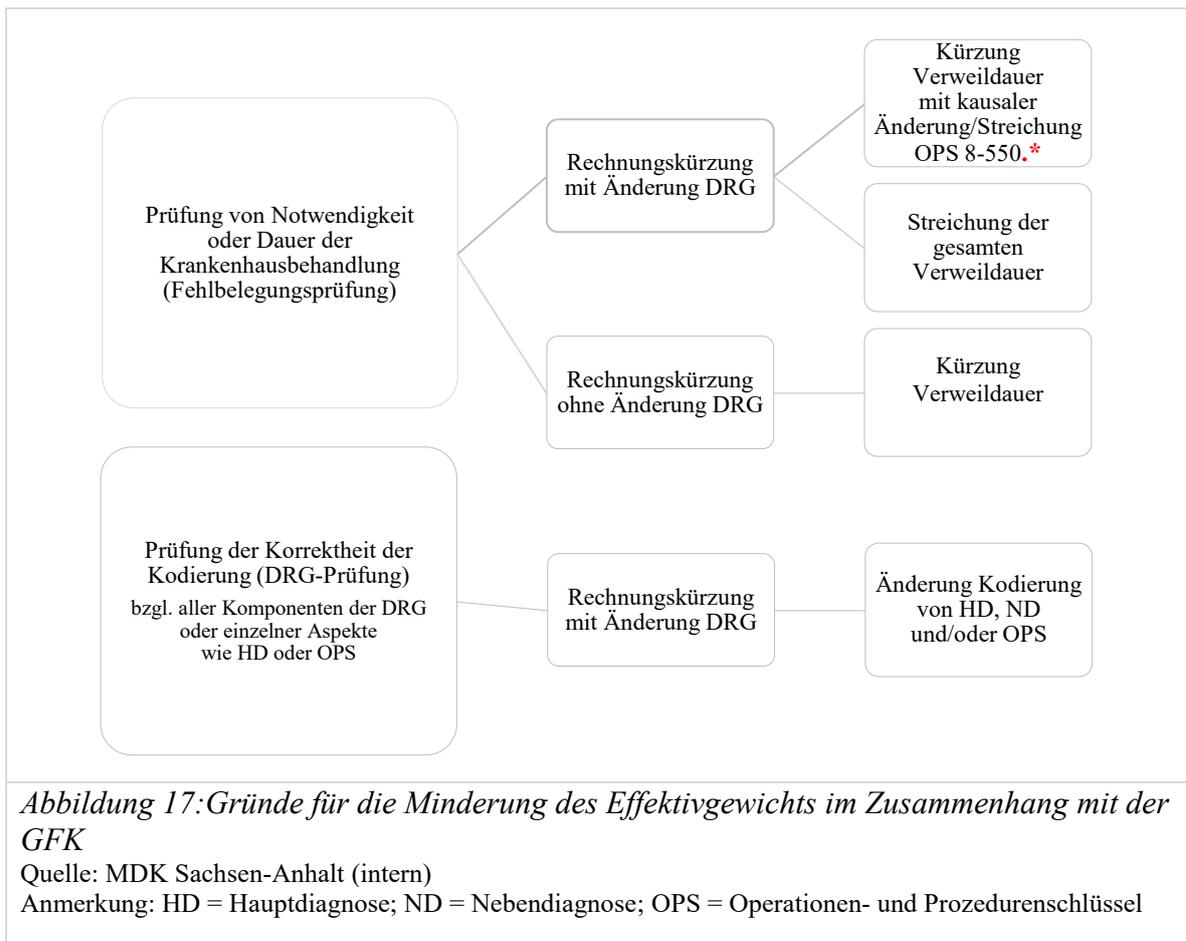
Um die Vergleichbarkeit der Krankenhausabrechnungen hinsichtlich der Kodierrichtlinien und DRG-Abrechnungsmodalitäten der jeweiligen Jahre zu gewährleisten, bezieht sich die Jahreszuordnung der Prüffälle auf das Jahr der Krankenhausbehandlung (Aufnahmedatum vom 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Jahres). Fälle, die in einem Jahr begutachtet, aber im vorherigen Jahr im Krankenhaus behandelt wurden, werden dem Behandlungsjahr zugeordnet. Als GFK-Prüffälle wurden nach diesen Kriterien aus der Gesamtheit der Krankenhausabrechnungsprüfungen aus den Behandlungsjahren 2012 bis 2017 in Form eines Gutachtens oder Kurzgutachtens mit abschließendem Ergebnis durchgeführten 417.804 Begutachtungen 12.076 Prüffälle mit einer der 17 geriatrischen DRG selektiert. Diese bilden die Datenbasis für die Analysen zur Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen (Forschungsfrage I).

Die Datenbasis für die Analysen zur Berücksichtigung des konzeptionellen Anspruchs an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Rahmen der Begutachtung durch die MDK Gutachter (Forschungsfrage II) stellt eine Teilmenge der 12.076 Prüffälle dar. Als maßgebliche Variable zur Analyse des Begutachtungsvorgehens fungiert die *Minderung des Effektivgewichts* (siehe Kapitel 3.3.2). Daher sind die Analysen zu Forschungsfrage II beschränkt auf die Fälle mit Informationen zum Effektivgewicht. Fälle mit krankhausindividuellen DRG, für die keine Pauschalen im Fallpauschalenkatalog hinterlegt sind, werden ausgeschlossen. Fälle, die zwar separat begutachtet, im Nachgang aber im Rahmen einer Fallzusammenführung zusammengefasst wurden, werden als ein Fall mit einer Effektivgewichtsminderung zusammengefasst. In den Jahren 2012 und 2013 ist die Anzahl der hinsichtlich des Effektivgewichts auswertbaren Prüfungen deutlich geringer, da erst seit dem Jahr 2014 das Effektivgewicht des Krankenhauses und somit der Vermerk über eine mögliche Rechnerkürzung für alle Prüffälle erfasst wird. Insgesamt liegen den Analysen zur Berücksichtigung des fallabschließenden Behandlungskonzepts im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung 10.339 Datensätze zugrunde (siehe Tabelle 3).

Mit besonderem Fokus auf die Berücksichtigung einer fallabschließenden geriatrischen Be-

handlung werden unter den 10.339 Behandlungsfällen all jene analysiert, die mit kassenseitiger Prüfbeauftragung der Dauer der Krankenhausbehandlung (sekundäre Fehlbelegung) unter den Routinedaten erfasst wurden. Primäre Fehlbelegungsprüfungen (generelle Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung) sind ebenfalls kritisch zu betrachten, da grundsätzlich in Bundesländern mit einstufigem Geriatriekonzept die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung für geriatrische Patienten auch als gegeben angenommen werden sollte, wenn zwar kein Akutereignis, aber geriatrischer stationärer Rehabilitationsbedarf besteht. Allerdings wird die primäre Fehlbelegungsprüfung nicht ganz so kritisch diskutiert wie die der sekundären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und taucht außerdem in Sachsen-Anhalt nur in wenigen Prüffällen auf. Hinzu kommt, dass anhand der Routinedaten sowohl geriatrische Rehabilitationsindikatoren als auch akutstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nur eingeschränkt ablesbar sind.

Allen Fällen, die dem MDK zur Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung vorgelegt werden, kann im Gegensatz zu Prüffällen der primären Fehlbelegung unterstellt werden, dass grundsätzliche Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus Leistungsträgersicht leistungrechtlich vorliegt, da anderenfalls die Prüfung der grundsätzlichen Notwendigkeit der Behandlung (primäre Fehlbelegung) beauftragt worden wäre. Die Gründe für eine Minderung des Effektivgewichts zu Ungunsten des Krankenhauses können je nach Art und Inhalt der von den Krankenkassen beauftragten sozialmedizinischen Abrechnungsprüfung (Prüfung der Korrektheit der Kodierung = DRG-Prüfung und/oder Prüfung von Notwendigkeit bzw. Dauer der Krankenhausbehandlung = Fehlbelegungsprüfung) unterschiedlich sein (Abbildung 19).



Wird die Prüfung der gesamten DRG beauftragt, so überprüft der sozialmedizinische Gutachter alle für die DRG relevanten OPS. Beauftragt die Krankenkasse den MDK mit der Prüfung eines Teilaspekts der DRG wie mit der Prüfung der bzw. des OPS, so übermittelt die Krankenkasse im elektronischen Auftrag, welche OPS überprüft werden sollen. Nur die zur Prüfung beauftragten OPS werden bei einer solchen Teilprüfung vom Gutachter berücksichtigt. Die Prüfung, welchen OPS die Krankenkasse beauftragt, wird im MDK Sachsen-Anhalt erst seit dem Jahr 2018 routinemäßig erfasst. Für die Jahre 2012 bis 2017 kann daher für GFK-Prüfungen mit der Prüffrage nach der Korrektheit des/der OPS nicht nachvollzogen werden, ob sich der Prüfauftrag auf den OPS 8-550 oder einen anderen OPS bezog. Die Routinedaten enthalten aber behelfsweise Informationen darüber, ob der OPS 8-550 vom Gutachter geprüft wurde. Inwieweit das mit der Prüfbeauftragung übereinstimmt oder ob sich die OPS-Prüfung aus einer Erweiterung des Prüfanlasses durch den Gutachter ergeben hat (siehe zur Prüfanlasserweiterung gemäß PrüfVv Kapitel 2.2.2), ist nicht hinterlegt. In

den meisten Fällen beauftragen die Krankenkassen den MDK Sachsen-Anhalt mit Prüfgrundkombinationen, die die Prüfung der Belegungstage als auch der Kodierung der OPS und/oder DRG beinhalten. So können Effektivgewichtsminderungen, die im Zusammenhang mit der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung auftauchen, auch Änderungen an den Kodierungen der Diagnosen oder des OPS geschuldet sein, die sich nicht aus der Frage nach dem Krankenhausbehandlungsbedarf, sondern aus Erweiterungen des Prüfanlasses durch den Gutachter oder kombinierten Prüffragen ergeben.

Die ausschließliche Analyse nach der Variable *Minderung des Effektivgewichts* würde in diesem Abschnitt daher die Ergebnisse verfälschen. Betrachtet werden die Anteile an Effektivgewichtsminderungen daher unter allen Fällen mit der Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung (sekundäre Fehlbelegung), bei denen die Verweildauer vom MDK Gutachter gemindert wurde, im Vergleich zu den Fällen, bei denen im Rahmen der Prüfung der Dauer des Krankenhausbehandlungsbedarfs die Verweildauer nicht gemindert wurde. Die Gruppe der Fälle mit Verweildauerkürzungen ist dabei jene, bei der Effektivgewichtsminderungen auf der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beruhen, wobei Effektivgewichtsminderungen in der Gruppe der Fälle ohne Verweildauerkürzungen auf Fehler in der Kodierung bzw. Dokumentation zurückzuführen sind. Da unter den Routinedaten bei Änderung verschiedener Behandlungsmerkmale wegen Prüfgrunderweiterung oder Prüfgrundkombination nicht erfasst ist, welche Änderung der kodierten Variablen den originären Grund der Minderung des Effektivgewichts darstellt, kann allerdings auch so nicht ganz ausgeschlossen werden, dass sich die ermittelten Effektivgewichtsminderungen bei Prüffällen mit Verweildauerkürzung aus Änderungen der Kodierung (z. B. Änderung des OPS) ergeben. Die Analysen der Einflussfaktoren auf die Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit können dadurch trotz der Ein- und Ausschlusskriterien Verzerrungen unterliegen.

Tabelle 3: Datenbasis der Analysen aus den Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt zu den Krankenhausabrechnungsprüfungen nach dem KHEntgG aus den Krankenhausbehandlungsjahren 2012 bis 2017

Jahr	Prüfungen von Krankenhausabrechnungen	Prüfungen von Krankenhausabrechnungen geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlungen (GFK) mit OPS 8-550					
		gesamt	Analysen zur Forschungsfrage I	...davon GFK Prüfungen mit geriatrischer DRG, einem Alter ab 60 Jahren und mindestens 14 Behandlungstagen			
				... darunter GFK-Prüfungen mit Datensatz zum Rechnungsergebnis (Effektivgewicht) für die Analysen zur Forschungsfrage II			
				...darunter mit der Prüffrage zur Dauer der Krankenhausbehandlung		... mit gutachtlicher Kürzung der Verweildauer	... ohne gutachtliche Kürzung der Verweildauer
gesamt	gesamt						
2012	72.960	2.083	1.794	812	607	233	375
2013	68.149	1.817	1.569	873	649	248	401
2014	61.764	1.899	1.649	1.628	882	332	550
2015	61.026	2.132	1.848	1.839	1.108	522	586
2016	76.312	2.890	2.526	2.502	1.897	1.032	864
2017	77.557	3.107	2.690	2.685	2.058	1.203	855
Gesamt	417.804	13.928	12.076	10.339	7.200	3.569	3.631

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt
Anmerkung: Als Prüffälle in die Analysen einbezogen wurden alle zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach KHEntgG mit abschließendem Ergebnis erstellten Gutachten und Kurzgutachten nach dem Jahr der Krankenhausbehandlung.

Der Datenbereitstellung durch den MDK Sachsen-Anhalt hat der Datenschutzbeauftragte zugestimmt. Die Empfehlungen zum Datenschutz der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (AGENS, 2012) wurden zugrunde gelegt. Die ausschließlich zum Zwecke der Beantwortung der Forschungsfrage angefragten und aus dem definierten Basisdatensatz ausgelesenen Daten wurden zur Verarbeitung pseudonymisiert und ohne Übermittlung personenbezogener Sozialdaten wie Name, Geburtsdatum, Adresse oder Krankenversicherungsnummer in einer Datenbank der Tabellenkalkulationssoftware Excel (Microsoft Excel 2016 MSO (16.0.7426.1015) 32-Bit) auf einem geschützten Server vom MDK Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellt.

Eine zweite Datenquelle aus dem Begutachtungsfeld Krankenhaus des MDK Sachsen-Anhalt liefern die 6.291 Datensätze aus Einzelfallbegutachtungen (§ 275 SGB V) zu Anträgen auf teilstationäre geriatrische Behandlung in einer Tagesklinik aus den Jahren 2012 bis 2017. Die Auswertungen dieser Routinedaten fließen nicht ein in den empirischen

Forschungsteil, bilden aber eine wichtige Grundlage zur Beschreibung des sozialmedizinischen Begutachtungsvorgehens mit Bezug zur stationären geriatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen MDK (siehe dazu Kapitel 2.1.4). Aufgrund der leistungsrechtlichen Besonderheiten in Sachsen-Anhalt ist eine gesonderte Betrachtung der Daten außerhalb der Routinedaten der Krankenhausabrechnungs-Prüfdatensätze notwendig. Da die Leistungsgewährung von GeriTKB in Sachsen-Anhalt vorab bei der Krankenkasse beantragt werden muss, erfolgt die Begutachtung durch den MDK nicht im Rahmen einer Abrechnungsprüfung. In den Routinedatensätzen der Krankenhausabrechnungsprüfungen tauchen die GeriTKB Prüfungen demzufolge nicht auf. Da zu den Vorabbegutachtungen dem Grunde nach keine Krankenhausdatensätze übermittelt werden, sind die aus den Gutachten generierten statistisch erfassten Daten weniger umfangreich. Erfasst werden im MDK Sachsen-Anhalt routinemäßig:

- Eingangsdatum des Prüfauftrages
- Begutachtungsdatum
- Freigabedatum
- Produkt
- Gutachtenart
- Erledigungsart
- Alter
- Geschlecht
- PLZ
- Dienststelle
- Krankenkasse
- Gutachter
- ICD-Code
- Begutachtungsergebnis.

Die Daten wurden ebenso wie die Routinedaten der Krankenhausabrechnungsprüfungen zum Zwecke des Forschungsvorhabens vom MDK Sachsen-Anhalt aus der Gesamtheit aller gespeicherten Routinedaten ausgelesen und in einer Excel-Datenbank auf einem geschützten Server vom MDK Sachsen-Anhalt zur Datenverarbeitung bereitgestellt. Die Verarbeitung der Datensätze erfolgte bereits vor der Übermittlung durch den MDK Sachsen-Anhalt.

Zur Verfügung gestellt wurde eine auf Anfrage erstellte Statistik ohne jeglichen Bezug zu Sozialdaten mit den Variablen:

- Begutachtungsjahr
- Anzahl der Begutachtungen
- Begutachtungsergebnis

3.2 Variablenselektion

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden in Anlehnung an die Operationalisierung der Forschungsfragen für alle Prüffälle mit dem OPS 8-550 selektierte Variablen ausgelesen (siehe Tabelle 4). Die aufgeführten Variablen und Merkmalsausprägungen entsprechen zum größten Teil jenen Bezeichnungen und Ausprägungen, wie sie originär in den Datensätzen des MDK Sachsen-Anhalt enthalten sind. Vom MDK Sachsen-Anhalt vor der empirischen Nutzung angepasst wurde die in den Routinedaten enthaltene Variable *Verweildauer*, die die Krankenhaustage exklusive des Entlassungstages beinhaltet. Auf der Grundlage von Aufnahme- und Entlassdatum wurde stattdessen die Variable *Behandlungsdauer* als Summe aller Krankenhaustage inklusive Entlassungstag übermittelt. Für Analysen zum Zusammenhang zwischen Minderungen des Effektivgewichts und der Behandlungsdauer wurden die Behandlungsdauern in Kategorien zusammengefasst. Die Begutachtung der Dauer der Krankenhausbehandlung durch die MDK-Gutachter wiederum bezieht sich auf die Verweildauer exklusive des Entlassungstages. Angaben zum Begutachtungsergebnis bei Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung unter den Routinedaten werden daher als *Änderung der Verweildauer* erfasst und auch im Rahmen der vorliegenden Analysen als selbige Variable ausgewertet. Dem Sozialdatenschutz entsprechend wurden die Variable *Erreichbarkeit wohnortnaher geriatrischer Rehabilitation* vom MDK Sachsen-Anhalt kategorisiert übermittelt. Das Alter wurde sowohl metrisch nach Altersjahren als auch in Kategorien übermittelt. Die Altersgruppierung orientiert sich an den Anforderungen an das Mindestalter geriatrischer Patienten im Rahmen der Auslegungshinweise des KCG für die Begutachtung des OPS 8-550 (KCG, 2020a) und wurde dementsprechend vorgenommen in drei Kategorien: *60-70 Jahre*, *71-80 Jahre* und *über 80 Jahre*.

<i>Tabelle 4: Variablenselektion aus der Datenbasis</i>		
Variable	Ausprägung Krankenhausdaten	Ausprägung MDK-Prüfdaten
Auftragsnummer	pseudonymisierte numerische Auflistung	
Jahr der Krankenhaus- behandlung ¹²	2012 – 2017	
DRG	DRG-Code	DRG-Code
Effektivgewicht DRG	kardinale Ausprägung in Dezimalzahlen mit max. drei Stellen nach dem Komma (beginnend bei 0)	kardinale Ausprägung in Dezimalzahlen mit max. drei Stellen nach dem Komma (beginnend bei 0)
OPS 8-550.*	OPS-Code	OPS-Code
OPS-Prüfung	1 = 8-550 geprüft 2 = 8-550 nicht geprüft	
OPS-Prüfergebnis	10 = bestätigt 20 = geändert 22 = gestrichen 30 = irrelevant 40 = nicht geprüft 50 = ohne Angabe	
Effektivgewicht nach Begutachtung	-1 = gemindert 0 = gleich 1 = erhöht	
EDA-Prüffragen	Prüffragen codiert von 01 bis 99	
Aufnahmeart	E = Einweisung durch einen Arzt N = Notfall R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden	
Geschlecht des Patienten	männlich/weiblich	
Alter des Patienten	Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus in Jahren Altersjahre (metrisch) und in Kategorien: 1 = 60-70 Jahre 2 = 71-80 Jahre 3 = >80 Jahre	

¹² Aufnahme datum vom 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Jahres

<i>Tabelle 4: Variablenselektion aus der Datenbasis</i>		
Behandlungsdauer (inkl. Entlassungstag)	Anzahl der Tage (Aufnahme- bis einschließlich Entlassungstag)	
Änderung der Verweildauer (VWD exkl. Entlas- sungstag)	-1 = Verweildauer gemindert 0 = Verweildauer gleich 1 = Verweildauer erhöht	
Hauptdiagnose	ICD-10-Schlüssel	ICD-10-Schlüssel
Nebendiagnosen (alle kodierte ohne Ober- grenze der Anzahl)	ICD-10-Schlüssel	ICD-10-Schlüssel
Erreichbarkeit wohnort- naher geriatrischer Re- habilitation	1 = ja 0 = nein	
Anmerkung: Die Behandlungsdauer beinhaltet im Gegensatz zur Verweildauer rechnerisch den Entlassungstag, um die abrechnungsrelevante tatsächliche Dauer der GFK bestimmen zu können. Im Rahmen der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung beziehen sich Änderungen des MDK-Gutachters aber stets auf die Verweildauer als allgemeingültige Größe des G-DRG-Systems.		

Die Variable *Erreichbarkeit wohnortnaher geriatrischer Rehabilitationsangebote* wurde vom MDK Sachsen-Anhalt auf Grundlage einer vorab erstellten Zuordnung der Postleitzahlen (5-Steller) des Landes Sachsen-Anhalt (Statistisches Bundesamt, 2018d) mit Hilfe der Isochronen-Anwendung des openrouteservice® der Universität Heidelberg vorgenommen. Als wohnortnah erreichbar zugeordnet wurden den stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen im Land Sachsen-Anhalt und den stationären Rehabilitationseinrichtungen in angrenzenden Bundesländern in Anlehnung an die Kriterien wohnortnaher Erreichbarkeit des Bundesverbandes Geriatrie (BVG, 2016, S. 24) alle Postleitzahlen, die sich im Umkreis von 45 Fahrzeitminuten um die Rehabilitationseinrichtungen befanden.¹³ Übermittelt wurden somit lediglich dichotome Angaben nach *Erreichbarkeit wohnortnaher geriatrischer Rehabilitation ja (=1) oder nein (=0)*. Die Zuordnung der Postleitzahlen bezieht sich dabei auf die in den jeweiligen Behandlungsjahren (2012 bis 2017) vorgehaltenen Rehabilitationseinrichtungen (siehe Tabelle 5). Nicht einbezogen wurde das Ambulante Geriatrische Rehabilitationsangebot in Stendal (AGERA), da dieses erst seit September 2017 vorgehalten

¹³ Postleitzahlen, die teilweise im/teilweise außerhalb des 45-Minuten-Erreichbarkeitsumkreis um die Rehabilitationseinrichtungen liegen, wurden dem Erreichbarkeitsumkreis zugeordnet, wenn der überwiegende Teil des Postleitzahlengbietes im in der Isochronenkarte (openrouteservice®) ermittelten Gebiet liegt.

wird und somit im überwiegenden Teil des Jahres 2017 dem Versorgungsnetz nicht zur Verfügung stand (vergleiche dazu Abbildung 15).

Tabelle 5: Wohnortnah erreichbare geriatrische Rehabilitationsangebote für Patienten aus Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017

Rehabilitationseinrichtungen	Verfügbarkeit in den Jahren...		
	2012 - 2014	2015/2016	2017
<u>stationäre Rehabilitation in Sachsen-Anhalt</u>			
<i>Median Saale Klinik Bad Kösen</i>	x	x	x
<u>ambulante Rehabilitation in Sachsen-Anhalt</u>			
<i>Ambulante Geriatrische Komplexbehandlung (AGK) Börde</i>		x	x
<i>Ambulanter Geriatrischer Rehakomplex (AGR) Schönebeck</i>	x	x	x
<i>Ambulante Geriatrische Rehabilitation (AGERA) Stendal</i>			x
<u>stationäre Rehabilitation in angrenzenden Bundesländern</u>			
<i>Geriatrisches Zentrum Diana Klinik Bad Bevensen</i>	x	x	x
<i>Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg</i>			x
<i>Klinik für Geriatrische Rehabilitation Lehnin</i>	x	x	x
<i>Städtisches Klinikum Braunschweig</i>	x	x	x
<i>Sana Geriatriezentrum Zwenkau</i>	x	x	x
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014; 2019 sowie Teilnehmer am QS-Reha®-Verfahren der GKV und eigene Abfrage bei der KVSA, 2019			

3.3 Operationalisierung des Forschungsgegenstandes

Auf Grundlage retrospektiver Analysen von Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt soll beispielhaft für Länder mit einstufigem geriatrischem Versorgungsfokus im Krankenhaus analysiert werden, ob der Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung gemäß Geriatriekonzeption bei der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs bei GfK in Sachsen-Anhalt ausreichende Berücksichtigung findet. Die quantitative Untersuchung richtet sich dabei aus nach der Beantwortung der Hauptforschungsfrage (siehe dazu Kapitel 1.3), zu deren Erörterung zwei Unterforschungsfragen gestellt wurden (siehe Abbildung 20). Es wird davon ausgegangen, dass das geriatrische Landeskonzept bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen ausreichende Beachtung findet, wenn sowohl bei der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen als auch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung von den Gutachtern des MDK der Anspruch an eine fallabschließende Behandlung zugrunde gelegt wird. Die Antworten auf die Unterforschungsfragen werden über die Prüfung abge-

leiteter Hypothesen generiert (vergleiche dazu z. B. Eberhard, 1999, S. 20). Es wird weiterhin angenommen, dass die fallabschließende Behandlungskonzeption im Rahmen der Prüfung von Krankenhausabrechnungen mit GfK in Sachsen-Anhalt ausreichende Berücksichtigung findet, wenn alle Hypothesen verifiziert werden können. „Das Design einer hypothesentestenden Untersuchung ist so anzulegen, dass ein gezielter und kontrollierter Vergleich der empirisch feststellbaren Sachverhalte mit den aus der Hypothese ableitbaren Behauptungen über die empirische Realität möglich ist“ (Kromrey, 2009; S. 81). Dazu ist es notwendig, die Sachverhalte aus der Forschungsfrage mittels einer Operationalisierung¹⁴ anhand von Indikatoren empirisch messbar zu machen (vergleiche dazu z. B. Atteslander, 2000, S. 50; Burzan, 2014, S. 1029 ff.). Die Bestimmung der Indikatoren richtet sich aus nach den unter den Routinedaten verfügbaren Variablen (siehe zu den Störgrößen Kapitel 3.1 und zur Variablenselektion Kapitel 3.2).

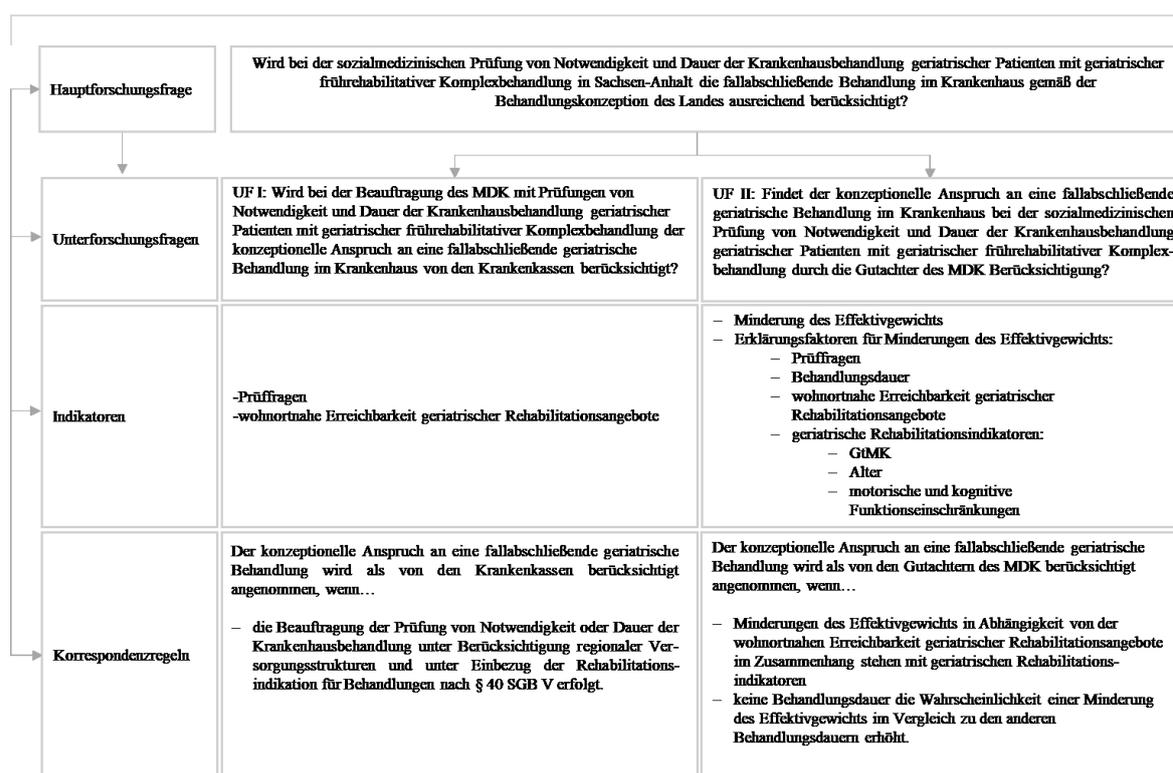


Abbildung 18: Operationalisierung des Forschungsgegenstandes

Quelle: eigene Darstellung

¹⁴ „Unter Operationalisierung versteht man die Schritte der Zuordnung von empirisch erfassbaren, zu beobachtenden oder zu erfragenden Indikatoren zu einem theoretischen Begriff“ (Atteslander, 2000, S. 50).

3.3.1 Operationalisierung und Hypothesenbildung zur Unterforschungsfrage I

UF I: Wird bei der Beauftragung des MDK Sachsen-Anhalt durch die Krankenkassen der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus berücksichtigt?

Wird der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten der Anspruch an eine fallabschließende Behandlung im Krankenhaus zugrunde gelegt, sollte die Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V, wenn überhaupt, nur beauftragt werden in Regionen mit wohnortnahe Angebot geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen (Erreichbarkeit eines geriatrischen Rehabilitationsangebotes innerhalb von 45 Fahrzeitminuten). Aufgrund der geringen Kapazitäten in den wohnortnah erreichbaren Rehabilitationseinrichtungen (siehe Kapitel 2.1.4) und der Generalisierung einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus gemäß der geriatrischen Behandlungskonzeption (Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, 2019, S. 21) erfolgt die Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten aber bestenfalls auch in Regionen mit wohnortnahe Angebot unter Einbezug der geriatrischen Rehabilitationsindikation. So kann die GFK bei rehabilitativem geriatrischem Behandlungsbedarf auch über den kurativen Behandlungsanteil hinaus gewährt werden, wenn die erreichbaren geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nicht über ausreichende Behandlungskapazitäten verfügen.¹⁵ Die Berücksichtigung geriatrischer Versorgungsstrukturen und des damit einhergehenden Fallabschlusses geriatrischer Behandlungen im Krankenhaus durch die Krankenkassen wird im Rahmen dieser Arbeit demnach als gegeben angenommen, wenn bei der Prüfbeauftragung berücksichtigt wird, dass eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus zumindest immer dann durchgeführt werden soll, wenn kein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist, um rehabilitative Leistungen im Krankenhaus erbringen zu können. Es wird geprüft, ob sich unter den Routinedaten Prüffragen finden, die den Bedarf einer stationären geriatrischen Krankenhausbehandlung unter gleichzeitigem Einbezug des Anspruchs auf eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 39 SGB V als

¹⁵ Damit der Gutachter des MDK nachvollziehen kann, ob die GFK im Krankenhaus erbracht wurde, weil erreichbare Rehabilitationseinrichtungen keine Kapazitäten vorhielten, bedarf es eines Vermerks in der Krankenhausakte.

auch der Voraussetzungen für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V erfragen. Liegen solche Fragestellungen nicht vor bzw. werden Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs nach § 39 SGB V unabhängig von der wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote beauftragt, wird angenommen, dass die Versorgungsstrukturen und/oder das zugrunde liegende Versorgungskonzept im Gutachtenauftrag nicht beachtet werden (aus Unwissen oder Erlösorientierung lässt sich nicht ergründen), was die sozialmedizinische Kompetenz der Gutachter und per se die Sinnhaftigkeit der Krankenhausabrechnungsprüfungen inhaltlich als auch wirtschaftlich in Frage stellen würde (Ernst et al., 2020, S. 107). Als Indikatoren zur Messung der Berücksichtigung einer fallabschließenden Behandlung geriatrischer Patienten im Krankenhaus durch die Krankenkassen werden demnach folgende bestimmt.

Indikatoren:

- Prüffragen
- wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote

Wird bei der Prüfbeauftragung das regional tatsächlich verfügbare Versorgungsangebot nicht berücksichtigt bei einem gleichzeitig hohen Prüfaufkommen, verstärkt sich der Vorwurf des unangemessenen Einsatzes der gutachtlichen Ressource. Daher geht mit der Analyse der Berücksichtigung der geriatrischen Versorgungsstruktur auch die Betrachtung der GFK-Prüfquote (Anzahl an GFK-Prüfungen im Verhältnis zu stationären Behandlungsfällen) im Vergleich zur Gesamt-Prüfquote des MDK Sachsen-Anhalt einher.

Hypothesen:

H 1.1: Die Beauftragung der Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung auf ausschließlicher Grundlage des § 39 SGB V erfolgt bei Kodierung einer GFK nur, wenn geriatrische Rehabilitationsangebote wohnortnah erreichbar sind.

H1.II: Sind geriatrische Rehabilitationsangebote nicht wohnortnah erreichbar, wird bei Kodierung einer GFK die Prüfung der Voraussetzungen für eine stationäre geriatrische Krankenhausbehandlung unter Einbezug des § 39 SGB V als auch der Rehabilitationsindikation für Behandlungen nach § 40 SGB V beauftragt.

Das fallabschließende Behandlungskonzept gilt als von den Krankenkassen im Rahmen der Prüfbeauftragung berücksichtigt, wenn beide Hypothesen verifiziert werden können.

3.3.2 Operationalisierung und Hypothesenbildung zur Unterforschungsfrage II

UF II: Wird bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus von den Gutachtern des MDK berücksichtigt?

Die fallabschließende Behandlung geriatrischer Patienten im Krankenhaus wird im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit als von den Gutachtern des MDK berücksichtigt angenommen, wenn der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs bei GFK die Notwendigkeit einer stationären geriatrischen Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (§ 39 SGB V) als auch die geriatrische Rehabilitationsindikation nach § 40 SGB V zugrunde gelegt wird. Dies im Besonderen, wenn kein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist (vergleiche dazu auch Operationalisierung der Unterforschungsfrage I). Die geriatrische Rehabilitationsindikation wird im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen von den Gutachtern des MDK gemäß der BGR V&R wie folgt identifiziert:

„Liegen bei einem alten Menschen

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose

vor, können indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen [...] oder eine geriatrische Rehabilitation in Betracht kommen“ (MDS, 2016, S. 45 f.).¹⁶

Geriatrische Rehabilitation kommt bei vorliegender Rehabilitationsindikation in Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation in Frage für alte Menschen mit geriatrischen Charakteristika. Ein geriatrischer Patient (siehe dazu Kapitel 2.1.2) zeichnet sich im Sinne der Richtlinie im Geltungsbereich der sozialmedizinischen Begutachtung aus durch geriatritypische Multimorbidität (GtMM) und höheres Lebensalter. „Ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist“ (MDS, 2016, S. 41). Der GtMM liegt ihre Geriatriespezifik dabei zugrunde in Form von Einschränkungen durch 13 geriatrische Syndrome sowie eines erhöhten Risikos „der Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit“ als auch von „Krankheitskomplikationen“ (MDS, 2016, S. 41). Geriatrische Syndrome (auch als Geriatritypische Merkmalskomplexe (GtMK) bezeichnet) sind „typische im Alter auftretende Problemkonstellationen, die einer umfassenden Diagnostik und einer entsprechenden Intervention bedürfen. [...] Beim geriatrischen Syndrom können unterschiedliche, teilweise auch mehrere Krankheitsprozesse zum gleichen klinischen Erscheinungsbild führen (z. B. Sturz als Folge von Dehydratation, Medikamentenwirkungen, Sehstörungen, Demenz, sensorischen Störungen etc.)“ (Ernst et al., 2020, S. 16). Eine adaptierte Operationalisierung der nunmehr 15 GtMK nach ICD-10-GM nahmen 2008 Meinck und Lübke im Zusammenhang mit Routinedatenauswertungen vor (Meinck & Lübke, 2008). Das Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie (2012) nennt zwar typische Haupt- und Nebendiagnosen in der Geriatrie, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass vor allem die Nebendiagnosen ein vielfältiges Spektrum aufweisen und keine der typischerweise zu findenden Erkrankungen unter den Haupt- als auch Nebendiagnosen für sich als geriatritypisch gewertet werden können. Das Kompendium verweist daher für die Begutachtung

¹⁶ In den Begutachtungsprozess einbezogen werden hinsichtlich geriatrischer Besonderheiten die Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) zum OPS Code 8-550 sowie zur Definition eines geriatrischen Patienten, die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge- und Rehabilitation Stand 2012 (BGR V&R 2012). In der aktuellen Fassung der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA V&R) vom 2. Juli 2018 wurden die Ausführungen zur geriatrischen Rehabilitation überarbeitet. Die für die Beurteilung von geriatritypischer Multimorbidität bis dato festgelegten Merkmalskomplexe unterliegen nun beispielsweise einer etwas anderen Zuordnung. Darüber hinaus enthält die BGA V&R erstmals eine sektorenübergreifende Definition des geriatrischen Patienten und einen Passus zum Einbezug regional verfügbarer Rehabilitationsangebote in den sozialmedizinischen Begutachtungsprozess. Da sich die Analysen der Forschungsarbeit auf die Krankenhausbehandlungsjahre 2012 bis 2017 beziehen, wurde zur Bestimmung der Analyse-Indikatoren die für diesen Zeitraum zum Einbezug in die Begutachtung gültige BGR V&R 2012 herangezogen.

von Geriatrie im Krankenhaus auf die in Anlehnung an die BGR V&R von Meinck und Lübke operationalisierten GtMK (Meinck & Lübke, 2008), die sich in den Haupt- als auch Nebendiagnosen des § 301-Krankausdatensatzes wiederfinden und auf das Vorliegen von GtMM untersucht werden können:

„- Immobilität

- Sturzneigung und Schwindel

- Kognitive Defizite

- Inkontinenz

- Dekubitalulcera

- Fehl- und Mangelernährung

- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt

- Depression und Angststörung

- Chronische Schmerzen

- Sensibilitätsstörungen

- Frailty (herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit)

- Starke Hör- und Sehbehinderung

- Medikationsprobleme

- Hohes Komplikationsrisiko

- Verzögerte Rekonvaleszenz“ (Ernst et al., 2015, S. 11).

Die Messung der Berücksichtigung von GtMM anhand von GtMK orientiert sich an eben diesem Operationalisierungsvorschlag und verzichtet aufgrund der Vielfalt an nicht als geriatrietypisch definierbaren Einzeldiagnosen auf eine differenzierte Auszählung von Haupt- und Nebendiagnosen.

Analysen zum Einfluss von GtMM auf das Kürzen von Rechnungen sind so zielführend durchführbar, denn „über geriatrietypische Multimorbidität (GtMM) in Routinedaten sollen

Versicherte mit besonderer Vulnerabilität und erhöhten Risiken für unerwünschte Folgeereignisse identifiziert werden können, denen ggf. durch spezielle geriatrische Versorgungsangebote begegnet werden könnte“ (Meinck & Lübke, 2013, S. 645). Die zu den jeweiligen GtMK aus der Datenbasis in Anlehnung an Meinck und Lübke ausgelesenen ICD-10-Codes (Stand 2012) sind im Anhang B dieser Arbeit hinterlegt (KCG, 2012). Zusätzlich zeichnet den geriatrischen Patienten ein höheres Lebensalter aus. Unter den Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt wird das Alter der Patienten erfasst und im Rahmen der Forschungsarbeit in Teilen als kategoriale Variable (Altersgruppen) und in Teilen als metrische Variable verarbeitet (siehe Kapitel 3.2). Zunehmendem Alter wird in den MDK-Begutachtungshinweisen eine erhöhte Vulnerabilität zugesprochen (KCG, 2020a)¹⁷. Grundsätzlich wäre demnach zu erwarten, dass geriatrischer Rehabilitationsbedarf mit zunehmendem Alter steigt. „Erfüllt der [...] geriatrische Patient die Indikationskriterien für die geriatrische Rehabilitation, wird aus ihm ein potenzieller geriatrischer Rehabilitand“ (MDS, 2016, S. 40). Die Indikationskriterien „Rehabilitationsfähigkeit“, „alltagsrelevante realistische Rehabilitationsziele“ und „positive Rehabilitationsprognose“ lassen sich unter den Routinedaten nicht ablesen (siehe zu den Störgrößen Kapitel 3.1). Einzig zur Berücksichtigung des Rehabilitationsbedarfs als einer der geriatrischen Rehabilitationsindikatoren gemäß der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) lassen sich, wenn auch eingeschränkt, Hinweise unter den Routinedaten finden.

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen

und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist“ (G-BA, 2020, S. 7).

¹⁷ Als Nachschlagewerk werden die Auslegungshinweise Version 2020 zugrunde gelegt. Inhaltlich weicht diese Version nicht von den Versionen der Jahre 2012 bis 2017 ab, gibt aber die Definition des geriatrischen Patienten ausführlicher wieder.

Als alltagsrelevant für geriatrische Patienten nennt die BGR V&R die „Selbstständigkeit:

- beim Essen und Trinken,
- in der persönlichen Hygiene,
- in der Mobilität,
- in der Kommunikation,
- bei der Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung und
- in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration“ (MDS, 2016, S. 46).

Beeinträchtigungen in diesen Bereichen können sich beispielsweise ausdrücken über die Abhängigkeit von Hilfsmitteln oder den Bezug von Pflegeleistungen. Die § 301-Krankenhausdaten enthalten zwar keine Angaben zum Pflegegrad (siehe zu den Störgrößen Kapitel 3.1) aber die pflegerelevanten ICD-10-Codes U50.- (motorische Funktionseinschränkungen ermittelt über Barthel-Index oder motorischen FIM) und U51.- (kognitive Funktionseinschränkungen ermittelt über erweiterten Barthel-Index, Mini-Mental State Examination (MMSE) oder kognitiven FIM). Anhand der ICD-Codes zu den kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen lässt sich die Berücksichtigung des Grades der alltagsrelevanten Funktionseinschränkungen durch funktionelle Defizite und somit die Würdigung des Rehabilitationsbedarfs bei der sozialmedizinischen Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zumindest im Ansatz messen. Die Analysen der Funktionseinschränkungen beziehen sich auf über den Schweregrad der Funktionseinschränkungen zusammengefasste Kategorien der Indizes. Die detaillierte Zuordnung der Index-Werte zu den ICD-Codes findet sich im Anhang C dieser Arbeit (DIMDI, 2016a). Je ausgeprägter die GtMM als auch die kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen bzw. je älter der Patient, umso eher kann eine erhöhte Vulnerabilität unterstellt werden, die sich unter anderem äußert in erhöhtem Unterstützungsbedarf in alltäglichen Verrichtungen also auch erhöhtem Bedarf, Selbstständigkeit so intensiv wie möglich zu fördern, um Pflegebedarf zu vermeiden, zu verringern oder nicht weiter fortschreiten zu lassen (vgl. dazu Kapitel 2.1.2). Wenn auch komplexere Behandlungsmerkmale als lediglich GtMM, das Alter und die Einschränkung von Funktionen eine geriatrische Rehabilitationsindikation begründen, so ist ihr Effekt auf das Begutachtungsergebnis doch als Indikator für den Prüffokus messbar.

Gesundheitsökonomisch relevant werden Änderungen des MDK Gutachters an der Abrech-

nung (z. B. Änderung der Hauptdiagnose oder Kürzung der Verweildauer) erst mit der Minderung des Effektivgewichts und damit der gutachtlichen Empfehlung einer Kürzung der Krankenhausabrechnung. Zur Messung der Berücksichtigung der fallabschließenden Behandlungskonzeption im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung wird daher als maßgebliche Variable das Begutachtungsergebnis über das vom MDK final ermittelte Effektivgewicht in Form des Indikators *Minderung des Effektivgewichts* zugrunde gelegt.

Um Aussagen über die Berücksichtigung der Rehabilitationsindikation treffen zu können, ist zu prüfen, ob sich bei der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten Zusammenhänge zeigen zwischen Minderungen des Effektivgewichts und dem Alter bzw. den Funktionseinschränkungen oder der Anzahl an GtMK. Außerdem ist zu prüfen, ob Minderungen des Effektivgewichts in Regionen ohne wohnortnahes geriatrisches Rehabilitationsangebot häufiger oder seltener vorkommen als bei wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote. Unter der Maßgabe der „individuellen Würdigung des Einzelfalls“ (Ernst et al., 2020, S. 60) bei der Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor dem Hintergrund der Charakteristika des geriatrischen Patienten und der sich daraus ergebenden Komplexität der geriatrischen Behandlung ist außerdem zu prüfen, ob sich Behandlungsdauern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung zeigen.

Als Indikatoren zur Messung der Berücksichtigung der fallabschließenden Behandlungskonzeption bei der sozialmedizinischen Begutachtung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den MDK Sachsen-Anhalt sind demnach die nachfolgenden zu nennen:

Indikatoren:

- Minderung des Effektivgewichts
- Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts:
 - Prüffragen
 - Behandlungsdauer
 - wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote
 - geriatrische Rehabilitationsindikatoren:
 - GtMK
 - Alter
 - motorische und kognitive Funktionseinschränkungen

Betrachtet wird außerdem, ob das Geschlecht einen Einfluss nimmt auf die Wahrscheinlichkeit der Minderung des Effektivgewichts. Zwar wurden durchaus genderspezifische Unterschiede bezüglich der Prävalenzen geriatrischer Erkrankungen (vergleiche dazu z. B. (Füsgen, 2004, S. 13) identifiziert und sind es mit etwas größerem Anteil Frauen, die multimorbide sind (vergleiche dazu z. B. van den Bussche et al., 2011), so weist das Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie (Ernst et al., 2015) nicht auf das Geschlecht als sozialmedizinisch relevante Variable in der Prüfung von Krankenhausabrechnungen mit GFK hin. Das Geschlecht wird im Rahmen dieser Arbeit daher nicht als Indikator für die Berücksichtigung einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus gewertet.

Hypothesen

H II.I: Minderungen des Effektivgewichts kommen bei allen Behandlungsdauern mit annähernd gleicher Wahrscheinlichkeit vor.

H II.II: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmendem Alter ab.

H II.III: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmender Anzahl an GtMK ab.

H II.IV: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmenden Funktionseinschränkungen ab.

H II.V: Minderungen des Effektivgewichts kommen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung häufiger vor, wenn ein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist.

H II.VI: Der Einfluss der jeweiligen geriatrischen Rehabilitationsindikatoren (Alter, Anzahl GtMK, Funktionseinschränkungen) auf die Wahrscheinlichkeit der Minderung des Effektivgewichts unterscheidet sich bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen Fällen mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote von Fällen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote.

Das fallabschließende Behandlungskonzept gilt als von den Krankenkassen im Rahmen der Prüfbeauftragung berücksichtigt, wenn alle Hypothesen verifiziert werden können.

3.4 Analysemethoden

Die Analysen teilen sich im Wesentlichen auf in Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen (Beantwortung und Hypothesenprüfung zur UF I) und in Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK (Beantwortung und Hypothesenprüfung zur UF II).

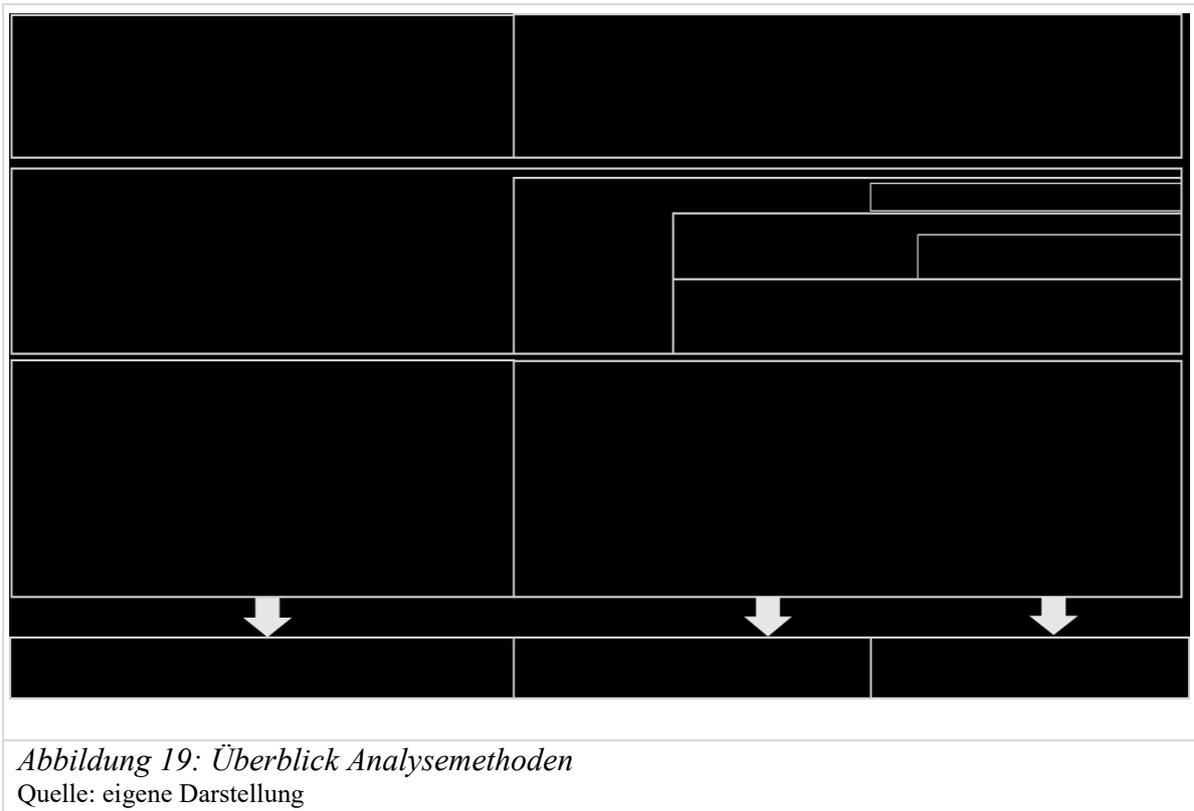


Abbildung 19: Überblick Analysemethoden
Quelle: eigene Darstellung

Die Analysen zur UF I beziehen sich auf die Datenbasis der 12.076 Prüffälle mit geriatrischer DRG aus allen 13.928 GFK-Prüffällen bei denen der OPS 8-550 kodiert wurde (siehe Abbildung 21). Zunächst werden alle GFK-Prüfungen deskriptiv in das Gesamtprüfgeschehen des MDK Sachsen-Anhalt eingeordnet. Differenziert wird dabei sowohl nach den OPS 8-550.0; 8-550.1 und 8-550.2 als auch nach den Prüffällen mit geriatrischer DRG (12.076 Prüffälle), auf die sich die weiteren Analysen beziehen. Allein das Aufkommen an GFK-Prüfungen zu betrachten, bringt kein vollständiges Abbild des Prüfgeschehens. Daher werden die Prüfungen in ein Verhältnis zu den GFK-Behandlungsfällen (mit OPS 8-550) im

Land Sachsen-Anhalt gesetzt, um auch die Prüfquoten abzubilden. Die Prüffälle mit geriatrischer DRG (12.076) werden außerdem stratifiziert nach den von den Krankenkassen beauftragten *Prüffragen*. Da die Abrechnungssystematik des DRG-Systems Vergütungsunterschiede bei externer Verlegung mit sich bringt, wird unter den Prüffragen zusätzlich der Anteil an Prüffällen mit dem Aufnahmearbeit „*extern verlegt*“ ausgewiesen (siehe zu Verlegungsabschlägen Kapitel 2.3.1, Fußnote 9). Weiterhin folgen bivariate Analysen zum Zusammenhang zwischen den beauftragten *Prüffragen* und der *wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*.

Die Analysen zur UF II beziehen sich auf eine Teilmenge aus den 12.076 Prüffällen mit geriatrischer DRG (siehe Abbildung 21). Um erklärende Faktoren für *Minderungen des Effektivgewichts* zu ermitteln, wird auf 10.339 Prüffälle mit Dateninformation zum Effektivgewicht abgestellt. Als Erklärungsfaktoren für die abhängige dichotome Variable *Minderung des Effektivgewichts* gehen die unabhängigen Variablen *Prüffragen*, *Behandlungsdauer*, *wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*, *Anzahl GtMK*, *kognitive* und *motorische Funktionseinschränkungen*, das *Alter* und das *Geschlecht* ein. Um zu erörtern, wie sich die Behandlungsdauern von GfK in Abhängigkeit der verschiedenen *geriatrischen Rehabilitationsindikatoren* ausgestalten, erfolgt außerdem eine Stratifizierung der *Behandlungsdauern* (abhängige Variable) nach den unabhängigen Variablen *Geschlecht*, *Alter*, *motorische* und *kognitive Funktionseinschränkungen* und *Anzahl GtMK*.

Betrachtet werden sowohl die Effekte der unabhängigen Variablen auf *Minderungen des Effektivgewichts* unter allen 10.339 Fällen als auch innerhalb verschiedener Subgruppen. Selektiert werden für die Subgruppenanalysen alle Fälle, die mit der Prüfung der *Dauer der Krankenhausbehandlung* beauftragt wurden (7.200 Prüffälle). In einem ersten Schritt werden die Prüffälle mit der Prüffrage nach der *Dauer der Krankenhausbehandlung* unterteilt in Gruppen *mit* und *ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*, um zu prüfen, ob das Effektivgewicht häufiger gutachtlich gemindert wird, wenn geriatrische Rehabilitationsangebote wohnortnah erreichbar sind, und ob die Effekte der Rehabilitationsindikatoren auf die Minderung des Effektivgewichts zwischen den beiden Gruppen unterschiedlich stark ausfallen.

Die Selektion der unabhängigen Variablen bezieht sich auf die geriatrischen Rehabilitationsindikatoren *Anzahl GtMK*, *kognitive* und *motorische Funktionseinschränkungen* und

das *Alter* sowie auf das *Geschlecht*. Als abhängige Variable fungiert die *Minderung des Effektivgewichts*.

Unter allen Prüffällen mit der Prüffrage nach der *Dauer der Krankenhausbehandlung* befinden sich auch Fälle bei denen sich die Effektivgewichtsminderungen nicht auf den Krankenhausbehandlungsbedarf, sondern auf Fehler in der Kodierung bzw. der Dokumentation beziehen (siehe dazu Kapitel 3.1). Daher erfolgt außerdem ein Subgruppenvergleich von Fällen mit *gutachtlicher Verweildauerkürzung* gegenüber Fällen *ohne gutachtliche Verweildauerkürzung*, um festzustellen, ob es Unterschiede gibt in den Effekten der Erklärungsfaktoren auf die Minderung des Effektivgewichts bei Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs im Vergleich zu Prüfungen zur Korrektheit der Kodierung. Nur mit diesem Vergleich kann festgestellt werden, ob mögliche Zusammenhänge zwischen *geriatrischen Charakteristika (Alter, GtMK und Funktionseinschränkungen)* als auch der *wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* und *Effektivgewichtsminderungen* zufällig sind oder die Gutachter geriatrischen Rehabilitationsbedarf im Sinne einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus tatsächlich berücksichtigen. Die abhängige Variable bleibt auch für diesen Subgruppenvergleich die *Minderung des Effektivgewichts*. Als unabhängige Variablen werden verwendet: *Geschlecht, Alter, Anzahl GtMK* sowie für die Gruppe mit Verweildauerkürzung auch die *einzelnen GtMK, motorische und kognitive Funktionseinschränkungen, Behandlungsdauer* und *wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*.

Ob die untersuchten unabhängigen Faktoren Minderungen des Effektivgewichts entscheidend beeinflussen, können bivariate Auswertungen nicht darstellen. Soziologische und auch gesundheitsökonomische Phänomene sind meist multikausal, d. h. sie lassen sich nicht auf nur eine Ursache zurückführen (Kopp & Lois, 2012, S. 113ff). Im Zuge logistischer Regressionsanalysen wird daher zusätzlich für die Fälle mit Informationen zum Effektivgewicht (10.339 Prüffälle) analysiert, welche Faktoren unter Kontrolle der jeweils anderen Merkmale die Faktoren mit dem größten Einfluss auf das Begutachtungsergebnis sind. „Auf der Basis von Daten, die Auskunft über Ereignisse geben, lassen sich Regressionsmodelle schätzen, um Hypothesen über Einflussfaktoren auf den Eintritt von Ereignissen zu testen“ (vergleiche dazu z. B. Windzio, 2013, S. 11). Dabei wird die Wirkung mehrerer unabhängiger Variablen auf ein Ereignis unter Konstanthaltung der jeweils anderen Faktoren simultan berechnet.

Dies erlaubt, Aussagen über Zusammenhänge korrelierender Faktoren treffen zu können (Windzio, 2013, S. 107).

Gerechnet wurden separate Regressionsmodelle für die Gruppe aller GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit Informationen zum Effektivgewicht sowie für die Subgruppen mit und ohne gutachtliche Verweildauerkürzung unter der Teilmenge der Prüffälle mit der Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung, um zu prüfen, ob sich die für die Effektivgewichtsmin- derungen relevanten Prädikatoren je Regressionsmodell ändern. Für die logistischen Regres- sionsanalysen wird die jeweilige Datenbasis gemindert um Fälle ohne Angaben zu kogniti- ven und/oder motorischen Funktionseinschränkungen, da bei der logistischen Regression lediglich Datensätze mit vollständigen Angaben zu allen definierten Variablen berücksich- tigt werden. Nicht alle Datensätze enthalten Informationen zu beiden Arten von Funktions- einschränkungen. Eine fehlende Angabe einer der Funktionseinschränkungen geht zumeist mit der Angabe eines schweren Grades der jeweils anderen Funktionseinschränkung einher (keine Angabe zu motorischen Funktionseinschränkungen geht z. B. einher mit einem hohen Grad an kognitiven Funktionseinschränkungen). Die alternative Konstruktion der Variablen ohne Angabe zu kognitiven bzw. motorischen Funktionseinschränkungen hätte die Ergeb- nisse zum Zusammenhang zwischen der Variablen ohne Angabe zu Funktionseinschränkun- gen und den Effektivgewichtsmin- derungen somit verfälscht. Daher bezieht das Regressions- modell zu den Erklärungsfaktoren von Effektivgewichtsmin- derungen bei der Gesamtheit der GFK-Prüfungen 6.951 Prüffälle ein (10.339 Prüffälle gemindert um alle Fälle ohne Angaben zu kognitiven oder motorischen Funktionseinschränkungen = 6.951 Prüffälle). Die logisti- schen Regressionen zu den Prüffällen mit der Frage nach der Dauer der Krankenhausbe- handlung (7.200 Prüffälle) beziehen sich gemindert um Datensätze ohne Angabe zu kogni- tiven oder motorischen Funktionseinschränkungen auf 4.783 Prüffälle (siehe Abbildung 21). Die *geriatrischen Charakteristika* als auch die *wohntnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* sollten bei Berücksichtigung einer fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung in der Gruppe der Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehand- lung mit gutachtlicher Verweildauerkürzung die höchste Relevanz aufweisen. Als abhängige Variable wird in den einzelnen Regressionsmodellen die *Minderung des Effektivgewichts* verwendet. Neben dem *Alter* und dem *Geschlecht* werden in allen Modellen die *Anzahl an GTMK*, *kognitive* und *motorische Funktionseinschränkungen* und die *wohntnahe Erreich- barkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* als unabhängige Prädikatoren berücksichtigt.

Zusätzlich werden in den Subgruppen zu den Prüffällen mit der Prüffrage zur Dauer der Krankenhausbehandlung Regressionsmodelle gerechnet, in denen nicht die *Anzahl an GtMK* sondern die *GtMK einzeln* berücksichtigt werden, um zu prüfen, ob bestimmte GtMK sich besonders stark oder schwach auf die gutachtliche Beurteilung des Krankenhausbehandlungsbedarfs auswirken. Im Regressionsmodell, welches für die Gesamtheit der Fälle gerechnet wird (10.339 Prüffälle), werden zusätzlich die *Prüffragen* als dichotome Variable mit *Prüffrage zur Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung* vs. *ohne Prüffrage zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung* als abhängige Variable berücksichtigt, um zu ergründen, ob die Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs insgesamt mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Minderungen des Effektivgewichts führen als Kodierprüfungen.

Nominale (Prüffragen, Geschlecht) und ordinal skalierte Merkmale (Behandlungsdauer in den Kategorien 14-16, 17-20, 21-23 und >23 Tage; Alter in den Gruppen 60-70, 71-80 und >80 Jahre; Grad der Funktionseinschränkungen; Anzahl GtMK in den Kategorien keine GtMK, 1 GtMK, 2 GtMK, 3 GtMK und 3+GtMK) werden dargestellt in Häufigkeitsdiagrammen, Zusammenhänge kategorialer Merkmale werden dargestellt in Kontingenztafeln und auf Unabhängigkeit geprüft mittels Chi-Quadrat-Tests¹⁸, bei kleinen Fallzahlen mit Fishers-Exact-Test¹⁹. Für multivariate Analysen werden logistische Regressionen durchgeführt.²⁰ In die multivariaten Analysen gehen die Variablen *Alter, motorische und kognitive*

¹⁸ Der Chi-Quadrat Test kann verwendet werden für die Bestimmung von Signifikanzen nominalskalierten Daten. Häufige Verwendung findet er zur Analyse von Häufigkeitsdaten in Form des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest. Die erwartete minimale Zelhäufigkeit darf für seine Anwendung fünf nicht unterschreiten. (Benninghaus, 2002, S. 104 ff).

¹⁹ Der exakte Test nach Fisher gilt als Ersatz für den Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, da er insbesondere bei kleinen Zahlen exakt ist (Bortz & Schuster, 2010, S. 141).

²⁰ Das logistische Regressionsmodell überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen einer oder mehreren unabhängigen Variablen x (Verweildauer) und einer abhängigen dichotomen Größe y (Rechnungskürzung ja/nein) besteht. Die Analyse trifft Aussagen darüber, wie wahrscheinlich das Auftreten eines festgelegten Ereignisses (abhängige Variable) ist. Die logistische Funktion kann daher nur Werte zwischen 0 (Eintreten von y unwahrscheinlich) und 1 (Eintreten von y hochwahrscheinlich) annehmen. Aus dem Regressionsmodell lässt sich eine Regressionsgerade bestimmen, die als lineare Funktion Steigung und Richtung des Zusammenhangs darstellt. Die sogenannte Odds-Ratio (OR) einer unabhängigen Variablen sagt aus, wie sich die relative Wahrscheinlichkeit dieser Variable ändert, wenn sie um eine Einheit erhöht wird. $OR > 1$ bedeutet die Zunahme der Odds und spricht für einen positiven Zusammenhang zwischen x und y . $OR < 1$ spricht für eine negative Korrelation. (siehe zur logistischen Regression z. B. Hedderich & Sachs, 2016, S. 791 ff.). Die globale Hypothese der logistischen Regressionen wird mit dem Likelihood-Ratio-Test durchgeführt. Die Einflüsse der einzelnen Prädiktoren werden mit dem Wald-Test geprüft. Die Erklärungsgüte der Modelle wird mit Nagelkerkers Pseudo-R² und dem Hosmer und Lemeshow Goodness-of-Fit Test bewertet. Die Ergebnisse der statistischen Tests werden mit dem p-Wert angegeben. Die Nullhypothese des Hosmer und Lemeshow Goodness-of-Fit-Tests lautet: Das Modell hat eine gute Anpassung. Das Pseudo-R² liegt zwischen 0 und 1, wobei 0 für eine schlechte und 1 für eine gute Anpassung steht (Peng, Lee, & Ingersoll, 2002).

Funktionseinschränkungen und *Anzahl GtMK* nicht ordinal skaliert, sondern als metrische Variablen ein.

Als statistisch signifikant wird für alle Analysen eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ erachtet. Für multiples Testen wurde nicht korrigiert. Ein p-Wert $< 0,01$ spricht für ein *sehr signifikantes* und ein p-Wert $< 0,001$ für ein *hoch signifikantes* Ergebnis. Festgelegt wurde der Analysezeitraum vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2017. Dies ermöglicht es, den Analysen eine statistisch valide auswertbare Datenmenge zugrunde zu legen. Insofern sich in einzelnen Jahren keine statistisch signifikant abweichenden Werte zeigen, wird für die Abbildung der Analyseergebnisse auf die kumulierten Werte der Jahre 2012 bis einschließlich 2017 abgestellt. Die logistischen Regressionsmodelle der multivariaten Analysen beziehen sich auf die Kumulation aller Fälle aus den Jahren 2012 bis 2017. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit Hilfe der Statistiksoftware SAS (SAS Software Version 9.4).

4 Empirie

Der empirische Teil der Forschungsarbeit teilt sich auf in die Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der Beauftragung durch die Krankenkassen (Kapitel 4.1) und die Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK (Kapitel 4.2).

4.1 Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der Prüfbeauftragung durch die Krankenkassen

4.1.1 Deskription der Prüfhäufigkeiten und Prüfquoten

Sowohl die Anzahl als auch die Quote der GFK-Abrechnungsprüfungen haben vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2017 zugenommen, wobei der Fokus der Prüfungen auf Abrechnungen mit dem OPS 8-550.1 liegt (Tabelle 6). Allerdings verläuft die Zunahme nicht linear. In den Jahren 2013 und 2014 sinken sowohl die Anzahl der GFK-Prüfungen als auch die Prüfquote unter das Niveau des Jahres 2012. Ab dem Jahr 2013 steigt die Prüfquote kontinuierlich bis auf 25,5 Prozent im Jahr 2017 und liegt damit in allen Jahren weit über der Gesamtprüfquote. Wird also eine GFK kodiert, ist die Wahrscheinlichkeit einer Rechnungsprüfung erhöht. Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Wahrscheinlichkeit einer Rechnungsprüfung bei Kodierung einer GFK im Jahr 2017 um fünf Prozent höher. Im Vergleich zu Abrechnungen ohne kodierte GFK ist die Wahrscheinlichkeit im Jahr 2017 um 12 Prozent erhöht.

Unter den geprüften GFK-Fällen befinden sich insgesamt 12.076 Fälle mit geriatrischer DRG (Tabelle 6). Die Prüfquote relativiert sich, wenn lediglich auf die Prüfung von Fällen mit geriatrischer DRG abgestellt wird, bei denen im Gegensatz zu den Prüfungen mit einem der OPS 8-550, aber ohne geriatrische DRG, davon ausgegangen werden kann, dass die Prüfbeauftragung sich tatsächlich auf die GFK bezieht.

Tabelle 6: Entwicklung vollstationäre Behandlungen, GFK und Prüfung von Krankenhausabrechnungen nach KHEntgG, Jahre 2012 bis 2017 Sachsen-Anhalt

Jahr	Prüfungen gesamt	voll- stationäre Behand- lungen	Prüf- quote in %	Prü- fungen mit OPS 8-550	darunter...			OPS 8-550	Prüf- quote OPS 8-550	Prüf- quote Geri- DRG	
					Geri- DRG	8-550.0	8-550.1				8-550.2
2012	72.960	574.995	12,7	2.083	1.794	176	1559	348	10.125	20,6	17,8
2013	68.149	573.980	11,9	1.817	1.569	153	1341	323	9.852	18,4	15,9
2014	61.764	579.833	10,7	1.899	1.649	121	1452	326	11.091	17,1	14,9
2015	61.062	574.091	10,6	2.132	1.848	169	1694	269	11.657	18,3	15,9
2016	76.312	580.565	13,1	2.890	2.526	198	2261	431	12.188	23,7	20,7
2017	77.557	573.412	13,5	3.107	2.690	247	2467	393	12.171	25,5	22,1

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018; 2020); Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Anmerkung: Als Prüffälle gewertet wurden alle fallabschließend erstellten Gutachten und Kurzgutachten zu Krankenhausabrechnungen nach dem KHEntgG je Jahr der Krankenhausbehandlung. Das MDS Berichtswesen bezieht sich hingegen auf das jeweilige Jahr der Begutachtung und enthält außerdem Sozialmedizinische Fallberatungen. Die Prüfquoten der empirischen Analysen sind damit nur begrenzt vergleichbar mit denen des Kapitels 2.2.4.

Mit einer Prüfquote von 22,1 % liegt aber auch die Prüfwahrscheinlichkeit von Abrechnungen mit geriatrischer DRG im Jahr 2017 mehr als 8 Prozentpunkte über der durchschnittlichen Prüfquote im MDK Sachsen-Anhalt. Auch in den vorherigen Jahren ist die Wahrscheinlichkeit einer Abrechnungsprüfung um zwischen vier und acht Prozentpunkte erhöht, wenn eine geriatrische DRG kodiert wird.

4.1.2 Deskription und bivariate Analysen der Prüffragen nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote

Unter allen Prüffällen mit geriatrischer DRG (n=12.076) wurden von den Krankenkassen sowohl Prüffragen aus dem Bereich der Fehlbelegungsprüfungen als auch DRG-Prüfungen mit Fragen zur Korrektheit der Kodierung beauftragt. Als Fragen zur primären (grundsätzliche Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung) und sekundären (notwendige Dauer der Krankenhausbehandlung) Fehlbelegung fanden sich folgende für die Forschungsfrage relevante Fragestellungen unter den 12.076 Analysefällen:

- „Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung nach § 39 SGB V?“
- „Bestand die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?“
- „War die Überschreitung der mittleren Verweildauer oder unteren bzw. oberen Grenzverweildauer medizinisch begründet?“

Prüfungen mit spezifischer Fragestellung zur stationären Behandlungsbedürftigkeit unter Einbezug der Anspruchsvoraussetzungen einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB und/oder der geriatrischen Rehabilitationsindikation nach § 40 SGB V wurden nicht beauftragt.

Mit 8418 kassenseitigen Fragen in den Jahren 2012 bis 2017 kommt die Beauftragung zur Prüfung der notwendigen Dauer der Krankenhausbehandlung am häufigsten vor (Tabelle 7). Fragen zur Überschreitung der Grenzverweildauern spielen bei Prüfungen von GFK-Abrechnungen keine bedeutende Rolle. Selbst bei Behandlungen, die einer externen Verlegung folgten (siehe zu Verlegungsabschlägen bei externer Verlegung Fußnote 9 im Kapitel 2.3.1), beziehen sich die Prüffragen in lediglich 10 Prüffällen auf die Überschreitung der mittleren Verweildauer (MVWD). Am zweithäufigsten beauftragten die Krankenkassen kumuliert betrachtet 7776 Mal die Prüfung der Korrektheit von OPS. In wie vielen dieser Fälle explizit die Prüfung des OPS 8-550 beauftragt wurde, kann den Routinedaten nicht entnommen werden (siehe dazu Kapitel 4.1).

Tabelle 7: Beauftragte Prüffragen unter allen GFK-Prüfungen mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017

Prüffragen	Anzahl Prüffälle							
	Gesamt		Jahr...					
			2012	2013	2014	2015	2016	2017
N	davon extern verlegt							
alle GFK-Prüffälle mit geriatrischer DRG	12.076	25,2 %	1.794	1.569	1.649	1.848	2.527	2.690
Fehlbelegungsprüfungen								
Notwendigkeit Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	1.388	36,7 %	106	83	85	335	445	335
Dauer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	8.418	25,0 %	1.308	1.129	893	1.113	1.916	2.060
Überschreitung obere Grenzverweildauer (OGVWD)	223	14,8 %	24	18	30	29	51	71
Überschreitung untere Grenzverweildauer (UGVWD)	21	38,1 %	-	-	-	1	5	15
Überschreitung mittlere Verweildauer (MVWD)	10	60,0 %	5	-	1	1	2	1
DRG-Prüfungen (Korrektheit der Kodierung)								
DRG	2.364	22,8 %	732	555	188	264	333	292
Hauptdiagnose	2.092	28,9 %	266	224	423	385	399	395
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	7.776	23,2 %	777	691	899	1.285	1.901	2.224
Sonstige	5.645	22,4 %	622	879	1.034	918	1.276	916
Prüffragen gesamt	27.937	24,6 %	3.840	3.579	3.553	4.331	6.328	6.309
Durchschnittliche Anzahl an Prüffragen je Prüffall	2,3	2,3	2,1	2,3	2,2	2,3	2,5	2,4

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

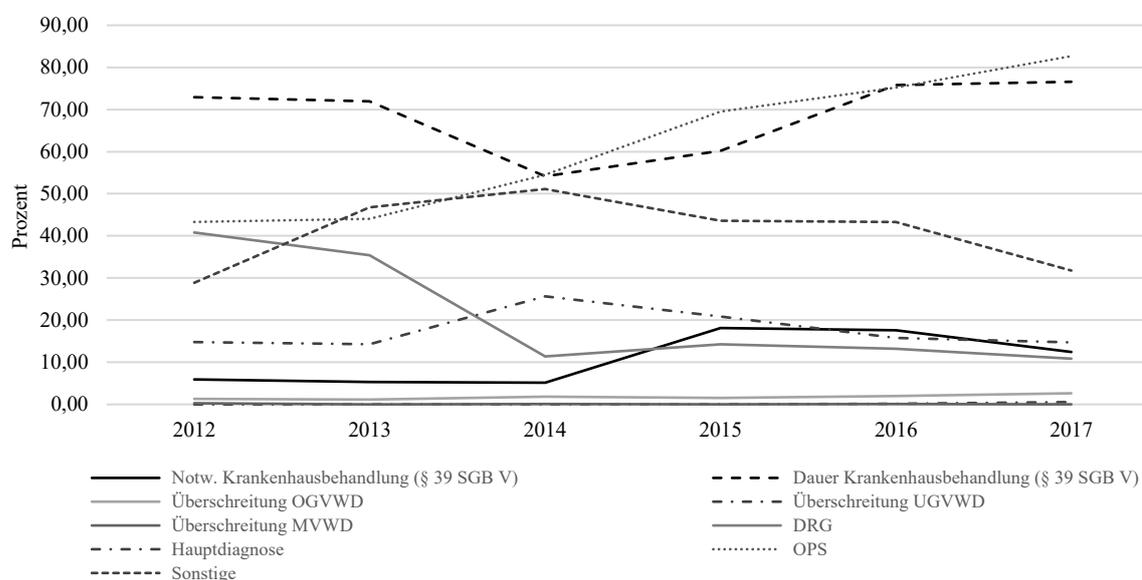


Abbildung 20: Anteile der Prüffragen (aus Tabelle 7) an allen Fällen der GFK-Prüfungen mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

In den Jahren 2014, 2015 und 2017 übersteigt die Anzahl an OPS-Prüfungen die Anzahl an Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung (Abbildung 22).

Eine ähnliche Bedeutung wie den beiden häufigsten Prüffragen kommt daneben nur den „Sonstigen“ Prüffragen zu. Deren verhältnismäßig hoher Anteil ergibt sich zum größten Teil aus der Zusammenfassung verschiedener Fragestellungen, die sich meist auf Strukturvoraussetzungen der Krankenhäuser zur Abrechnung von Leistungen beziehen. Im Jahr 2014 nehmen die sonstigen Fragestellungen den Peak aller Prüfgründe ein (Abbildung 22). In den darauffolgenden Jahren nehmen die bereits vorab häufig beauftragten Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung und des OPS auffallend zu und treten vor allem gemeinsam in Kombination mit weiteren Prüffragen auf (Tabelle 8). Generell werden in fast 80 Prozent aller GFK-Prüfungen (9.263 Prüfungen – siehe dazu Tabelle 8) zwei oder mehr Prüffragen beauftragt. Die Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung wurde darunter 7.553 Mal und damit in etwas mehr als 80 Prozent der Prüffälle mit mehreren Prüffragen beauftragt. Ausschließliche Prüfungen von Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung sind eher selten. Zumeist werden zeitgleich die Prüffragen zur Korrektheit der Kodierung beauftragt.

Tabelle 8: Kombinationen von Prüffragen unter den GFK-Prüffällen mit geriatrischer DRG

Prüffragen	Anzahl der Fälle nach Jahr des Krankenhausaufenthalts...						
	Gesamt	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2+mehr Prüffragen							
Prüffälle mit 2+mehr Prüffragen gesamt	9.263	1.326	1.228	1.156	1.366	2.002	2.185
Notwendigkeit Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und andere	1.374	104	83	81	330	442	334
Dauer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und andere	7.553	1.132	1043	801	1007	1.703	1.867
alle anderen 2+mehr Prüffragen	1.575	188	171	343	334	266	273
Einzelfragen							
Prüffälle mit Einzelfragen gesamt	2.795	466	339	490	477	523	500
Primäre Fehlbelegung als Einzelfrage	14	2	0	4	5	2	1
Dauer KHB als Einzelfrage	865	176	86	92	106	212	193
Andere Einzelfragen	1.916	288	253	394	366	309	306
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt							

Werden die Prüffragen aufgeschlüsselt nach der wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, zeigt sich, dass Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (39 SGB V) häufiger beauftragt werden, wenn geriatrische Rehabilitationsangebote wohnortnah erreichbar sind (Abbildung 23). Allerdings zeigt sich ein höheres Prüfaufkommen bei wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote ebenso bei Prüffragen zur Korrektheit der Kodierung, obwohl die Erreichbarkeit von Rehabilitationsangeboten bei der Beauftragung von Kodierprüfungen im Gegensatz zu Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs keine Relevanz hat. Allein auf die Überlagerung der Prüffragen zum Krankenhausbehandlungsbedarf und zur Korrektheit der Kodierung innerhalb der einzelnen Prüffälle scheint dies nicht zurückzuführen sein. Denn in der Betrachtung der Prüffälle mit zwei und mehr Prüffragen ist der Anteil an Prüffällen mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote unter den Prüfungen mit der Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung (59,6 %) kaum höher als bei Prüfungen, innerhalb derer ausschließlich die Korrektheit der Kodierung geprüft wurde (57,5 %). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Prüfungen zur notwendigen Dauer der Krankenhausbehandlung und der wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote zeigt sich, wenn innerhalb eines Prüffalles ausschließlich die Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung als Einzelfrage gestellt wird (63,6 % der Prüffälle mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote mit $p < 0,05$). Wird die Dauer der Krankenhausbehandlung gemeinsam mit anderen Sachverhalten geprüft, scheint die wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote nicht im Zusammenhang mit den Prüffragen zu stehen. Prüfungen zur grundsätzlichen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung wiederum werden ohne weitere Prüffragen kaum beauftragt (14 Prüffälle), weswegen nicht sicher abzuleiten ist, ob die wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote in diesen Fällen Berücksichtigung bei der Prüfbeauftragung findet. Unter den Prüffällen bei denen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gemeinsam mit anderen Prüffragen beauftragt wird, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zur wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote (69,4% der Prüffälle mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote bei $p < 0,01$).

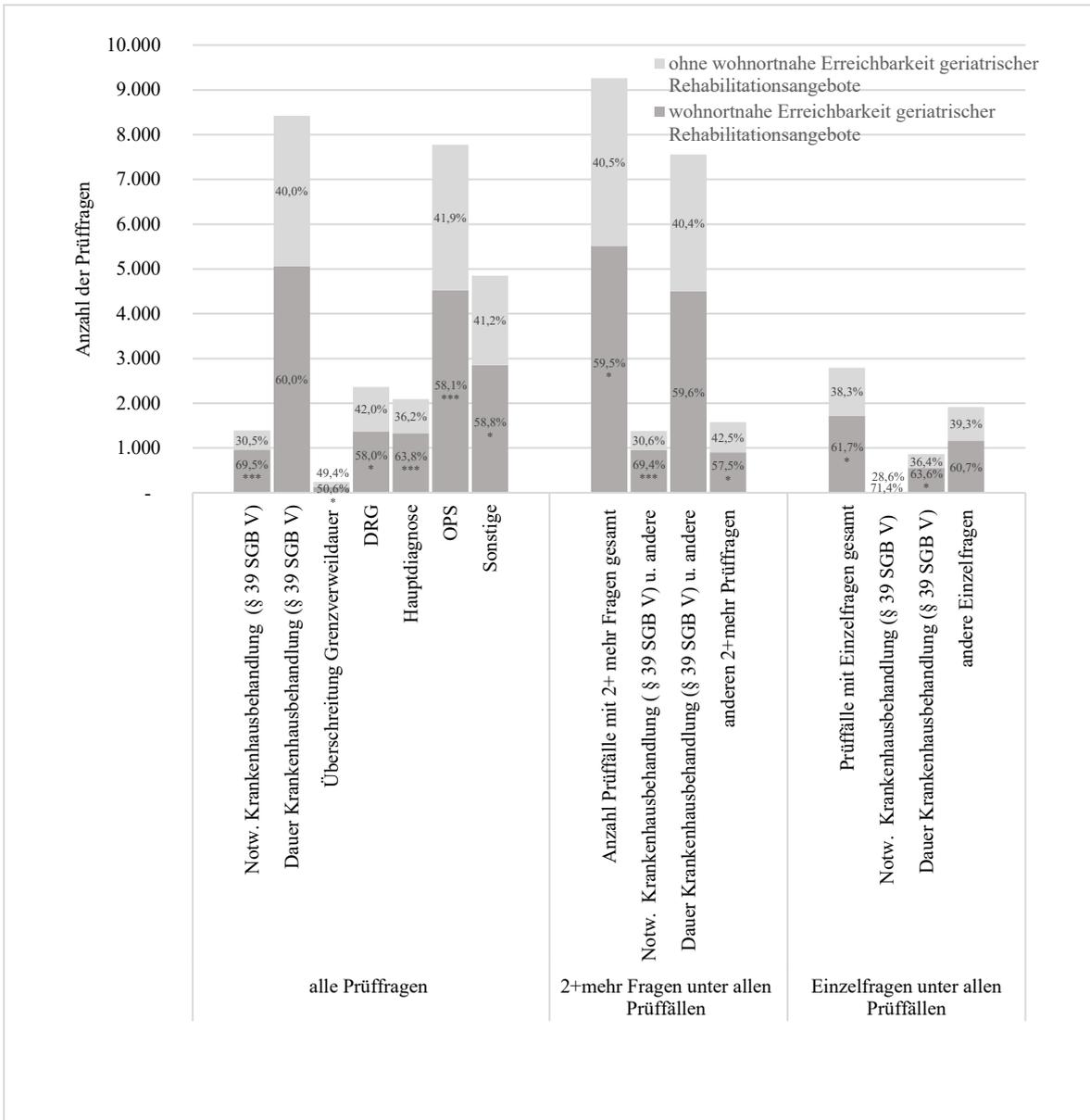


Abbildung 21: Prüffragen unter den GFK-Prüffällen mit geriatrischer DRG nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001 bezogen auf den Anteil an den jeweiligen Prüffragen bzw. Prüffragenkombinationen mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote im Vergleich zu den Prüffällen der jeweiligen Prüffragen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote
Anmerkung: als Prüffragen zur Grenzverweildauer zusammengefasst wurden die Prüffragen zur Überschreitung der OGVWD, UGVWD und MVWD

4.2 Ergebnisse der Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden geriatrischen Behandlung bei der sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK

4.2.1 Analysen aller GFK-Prüffälle

4.2.1.1 Deskription der Effektivgewichtsminderungen bei GFK-Prüffällen

In rund der Hälfte der Abrechnungsprüfungen eines jeden Jahres wird von den Gutachtern im MDK Sachsen-Anhalt eine Effektivgewichtsminderung vorgenommen. Der Anteil an Prüffällen, bei denen das Effektivgewicht vom MDK Gutachter gemindert wurde, hat in der Betrachtung aller Abrechnungsprüfungen der Jahre 2012 bis 2017 im MDK Sachsen-Anhalt dabei von 51,7 Prozent im Jahr 2012 auf 47,8 Prozent im Jahr 2017 abgenommen (Abbildung 24). Im Gegensatz dazu liegt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung bei GFK-Abrechnungen mit geriatrischer DRG im Jahr 2017 um 1,9 Prozent höher als noch im Jahr 2012 wobei der Anteil an Fällen mit Effektivgewichtsminderung unter den GFK-Fällen in den Jahren 2013 bis 2016 schwankt und unter dem Niveau der Jahre 2012 und 2017 liegt (Tabelle 9). Die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung bei Prüfungen von GFK-Abrechnung mit geriatrischer DRG erweist sich in drei Jahren als nicht signifikant unterschiedlich gegenüber der Minderungsquote aller anderen Krankenhausabrechnungsprüfungen. In den Jahren 2013 und 2014 ist die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung bei Kodierung einer geriatrischen DRG signifikant niedriger. Nur im Jahr 2017 erfolgte eine Effektivgewichtsminderung bei geriatrischen Abrechnungsfällen statistisch hochsignifikant häufiger. Somit kann über die Jahre hinweg kein konstanter Zusammenhang zwischen der Art des Prüffalles und Effektivgewichtsminderungen nachgewiesen werden. Das Effektivgewicht von Fällen mit geriatrischer DRG wird in einigen Jahren ebenso wahrscheinlich, in anderen Jahren unwahrscheinlicher und in einem Jahr wahrscheinlicher gemindert als bei anderen Prüffällen. Auch unter den Abrechnungen, bei denen zwar ein GFK-OPS (8-550), aber keine geriatrische DRG kodiert wurde, weicht die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung kaum ab von der Minderungsquote aller übrigen Prüffälle.

Tabelle 9: Entwicklung von Minderungen des Effektivgewichts bei Prüffällen mit GFK (OPS 8-550), Jahre 2012 bis 2017 MDK Sachsen-Anhalt

Jahr	Prüfungen Gesamt		GFK mit geriatrischer DRG (OPS 8-550.1 & 8-550.2)						GFK ohne geriatrische DRG	
			davon...				Gesamt		Gesamt	
	N	Minde- rung Effektiv- gewicht in %	N	Minde- rung Effektiv- gewicht in %	N	Minde- rung Effektiv- gewicht in %	N	Minde- rung Effektiv- gewicht in %	N	Minde- rung Effektiv- gewicht in %
2012	28.123	51,7	665	49,8	147	60,5	812	51,7	124	50,8
2013	29.086	51,0	725	44,6	148	50,0	873	45,5 ***	118	46,6
2014	59.388	46,4	1.333	34,2	295	45,1	1.628	36,2 ***	196	51,0
2015	60.258	45,1	1.602	45,1	237	35,9	1.839	43,9	226	48,7
2016	74.921	45,8	2.116	47,3	386	43,5	2.502	46,7	302	49,7
2017	76.630	47,8	2.343	54,7	342	48,3	2.685	53,9 ***	346	49,4

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001 bezogen auf den Anteil an Effektivgewichtsminderungen unter den GFK-Prüfungen mit bzw. ohne geriatrische DRG des jeweiligen Jahres im Vergleich zur Kürzungsquote aller anderen Abrechnungsprüfungen des jeweiligen Jahres

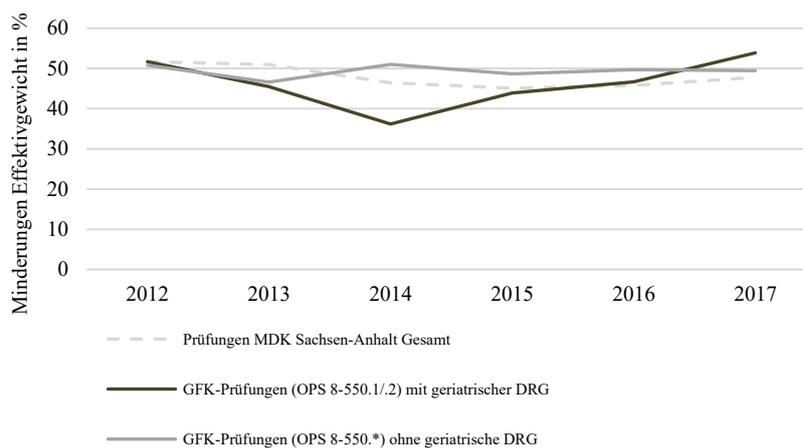


Abbildung 22: Entwicklung von Minderungen des Effektivgewichts bei Prüffällen mit GFK (OPS 8-550), Jahre 2012 bis 2017 MDK Sachsen-Anhalt

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Stratifiziert nach den Hauptdiagnosegruppen (MDC) finden sich unter den 10.339 GFK-Prüffällen mit Information zum Effektivgewicht am häufigsten Prüffälle mit DRG zu Krankheiten und Störungen des Nervensystems (MDC 01) gefolgt von DRG aus der Gruppe der Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (MDC 08) (Tabelle 10).

<i>Tabelle 10: Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüffällen (OPS 8-550) nach geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert</i>			
Geriatrische DRG		N	Minderung Effektivgewicht in %
Prüffälle Gesamt		10.339	46,7
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems			
B44A	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	76	32,9*
B44B	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	985	48,0
B44C	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	935	50,6*
B44D	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	862	59,9***
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane			
E42Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	797	44,0
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems			
F48Z	GFK bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1.668	44,8
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane			
G14Z	GFK mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	116	38,8
G52Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	586	44,4
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas			
H44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	91	48,4
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe			
I34Z	GFK mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	976	34,6***

Tabelle 10: Minderungen Effektivgewicht nach geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma			
J44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	251	46,2
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten			
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder GFK	9	-
K44Z	GFK bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	516	45,9
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane			
L44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	465	48,8
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten			
T44Z	GFK bei infektiösen und parasitären Krankheiten	361	50,7
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen			
U40Z	GFK bei psychischen Krankheiten und Störungen	53	54,7
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt * p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001			

Am häufigsten kodiert wurde unter den Prüffällen in der Betrachtung der einzelnen 17 geriatrischen DRG 1.668 Mal die DRG F48Z für GFK bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen vollstationärer geriatrischer Patienten wird in der Fachliteratur der Hirninfarkt (ICD-10 Kode I63) gezählt, was den hohen Anteil an Prüfungen von DRG aus dem Erkrankungsspektrum der Krankheiten und Störungen des Nervensystems erklärt. Als häufigste Diagnose zeichnet sich über mehrere Jahre hinweg die Femurfraktur (ICD-10 Kode S72) ab, welche in die DRG I34Z und I41Z triggert, was dem hohen Anteil an Prüffällen in der MDC 8 entspricht (vergleiche zu den geriatrietypischen Diagnosen Kapitel 3.3.2 in dieser Arbeit sowie z. B. Ernst et al., 2015, S. 30; Ernst et al., 2020, S. 45).

Hinsichtlich der gutachtlichen Prüfergebnisse zeigen sich im Vergleich zu allen anderen geriatrischen DRG lediglich die Anteile an Effektivgewichtsminderungen zweier DRG-Kodierungen aus dem Erkrankungsspektrum der neurologischen Erkrankungen (MDC 01) als signifikant erhöht. Neben den DRG B44C und B44D für GFK bei Schlaganfallbehandlungen erhöht keine andere DRG-Kodierung die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminde-

nung signifikant. Eine statistisch signifikant geringere Wahrscheinlichkeit einer Rechnungskürzung zeigt sich ausschließlich bei der Kodierung von GFK bei operativen Eingriffen im Bereich der Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (DRG I34Z) und GFK bei neurologischen Erkrankungen mit zusätzlicher neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (DRG B44A).

4.2.1.2 Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen

In der Kumulation der Jahre 2012 bis 2017 wird in knapp der Hälfte aller GFK-Prüffälle mit geriatrischer DRG gutachtlich eine Minderung des Effektivgewichts vorgenommen (Tabelle 11). Anteilig am häufigsten wird das Effektivgewicht in 60,7 Prozent der Fälle gemindert, bei denen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung geprüft wird. Wird die Dauer der Krankenhausbehandlung geprüft, verringert sich die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung im Vergleich zu Prüfungen der grundsätzlichen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung um 11 Prozentpunkte auf 49,7 Prozent. Werden die Korrektheit der gesamten DRG oder der OPS erfragt, wird das Effektivgewicht wie bei Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung bei der Hälfte der Prüffälle gemindert. Wurde die Prüfung der Hauptdiagnose beauftragt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung. Prüffragen zu den Grenzverweildauern gehen von allen Prüffragen am seltensten (43,4 Prozent) mit Minderungen des Effektivgewichts einher.

Stratifiziert nach Geschlecht zeigt sich, dass sich mehr als doppelt so viele Prüffälle auf Abrechnungen von GFK weiblicher als männlicher Patienten beziehen (Tabelle 11). Die Geschlechterverteilung unter den Prüffällen entspricht in etwa dem höheren Anteil an Frauen unter den GFK-Patienten im Bundesgebiet (siehe dazu Abbildung 9, Kapitel 2.1.3). Die Häufigkeit der Effektivgewichtsminderungen wiederum unterscheidet sich nicht zwischen GFK-Prüfungen weiblicher (46,8 Prozent) und männlicher (46,5 Prozent) Patienten ($p=0,7996$). Es scheint daher keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem gutachtlichen Prüfergebnis zu geben. Stratifiziert nach Alter zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Prüfungen GFK-Abrechnungen von Patienten über 80 Jahren zukommen. Die Altersverteilung unter den Prüffällen entspricht damit der GFK-Alterskurve der amtlichen Statistik (Abbildung 9, Kapitel 2.1.3). Mit zunehmendem Alter wird das Effektivgewicht seltener

gemindert. Der sich abzeichnende negative Zusammenhang zwischen dem Alter und Minderungen des Effektivgewichts erweist sich mittels Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest als statistisch signifikant ($p < 0,0001$). Am häufigsten finden sich unter den Prüffällen GFK-Abrechnungen mit Behandlungsdauern von 17 bis 20 Tagen. Den höchsten Anteil an Effektivgewichtsminderungen wiederum verzeichnen GFK-Prüffälle mit Behandlungsdauern von 14 bis 16 Tagen. Mit zunehmender Behandlungsdauer nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung stetig ab, ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$). Das Effektivgewicht von GFK-Prüffällen bei denen ein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist, wurde in knapp der Hälfte der Fälle gemindert, wobei Effektivgewichtsminderungen bei Prüffällen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote anteilig signifikant seltener (42,6 Prozent; $p < 0,001$) gemindert werden.

Der Anteil an GFK-Prüffällen nimmt mit höherem Grad an motorischen Funktionseinschränkungen bis zu schweren motorischen Funktionseinschränkungen zu und nimmt dann mit der Kodierung sehr schwererer motorischer Funktionseinschränkungen wieder ab. Kognitive Funktionseinschränkungen sind mit zunehmendem Grad seltener unter den Prüffällen vertreten. Die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung nimmt sowohl bei den motorischen als auch den kognitiven Funktionseinschränkungen mit zunehmendem Grad der Funktionseinschränkung ab. Je eingeschränkter die Selbständigkeit, umso seltener wird das Effektivgewicht gutachtlich gemindert. Dieser negative Zusammenhang zwischen den motorischen wie auch kognitiven Funktionseinschränkungen und dem Begutachtungsergebnis erweist sich in der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitsprüfung als statistisch signifikant ($p < 0,0001$).

Tabelle 11: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	N	Minderung Effektivgewicht in %
Prüffälle Gesamt	10.339	46,7
Prüffrage Notwendigkeit Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	1.271	60,7
Prüffrage Dauer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	7.200	49,7
Prüffrage Überschreitung Grenzverweildauer	251	43,4
Prüffrage DRG	2.359	50,9
Prüffrage Hauptdiagnose	1.730	57,8
Prüffrage OPS	6.752	49,9
Sonstige Prüffragen	4.229	43,2
Mann	3.285	46,5
Frau	7.054	46,8
60-70 Jahre	564	59,2
71-80 Jahre	4.058	48,4
> 80 Jahre	5.717	44,3
Behandlungsdauer 14-16 Tage	2.221	62,8
Behandlungsdauer 17-20 Tage	3.123	51,1
Behandlungsdauer 21-23 Tage	2.253	46,0
Behandlungsdauer 23+ Tage	2.742	38,9
wohntnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha	6.303	49,4
ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha	4.036	42,6
keine oder geringe motorische Funktionseinschränkungen	9	77,8
leichte motorische Funktionseinschränkungen	241	67,2
mittlere motorische Funktionseinschränkungen	994	56,9
mittelschwere motorische Funktionseinschränkungen	3.393	50,7
schwere motorische Funktionseinschränkungen	3.398	42,3
sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen	2.162	40,2
keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen	3.504	53,9
mittlere kognitive Funktionseinschränkungen	2.075	47,5
schwere kognitive Funktionseinschränkungen	1.435	43,6
keine GtMK	239	50,6
1 GtMK	711	53,6
2 GtMK	1.226	51,7
3 GtMK	1.587	50,7
3+ GtMK	6.576	43,9

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Anmerkung: als Prüffragen zur Grenzverweildauer zusammengefasst wurden die Prüffragen zur Überschreitung der OGVWD, UGVWD und MVWD

4.2.1.2.1 Prüffragen und wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote als Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts

In der näheren Betrachtung der *Prüffragen* als Erklärungsfaktor für Effektivgewichtsminde-
rungen bei GFK-Prüfungen zeigt sich, dass die Beauftragung mehrerer Prüffragen in einem
Prüffall im Vergleich zur Beauftragung einzelner Prüffragen eine erhöhte Wahrscheinlich-
keit von Effektivgewichtsminde-
rungen mit sich bringt (Tabelle 12). Am häufigsten gehen
Effektivgewichtsminde-
rungen aus Prüfbeauftragungen mit mehreren Prüffragen hervor,
wenn die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung neben anderen Prüffragen beauftragt
wird (61,0 Prozent Effektivgewichtsminde-
rungen). Wird die Dauer der Krankenhausbe-
handlung neben anderen Prüfinhalten geprüft, wird das Effektivgewicht in etwas mehr als
der Hälfte der Fälle gemindert.

*Tabelle 12: Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geri-
atrischer DRG nach Prüffragen, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert*

	Gesamt	Minderung Effektivgewicht in %
Prüffälle Gesamt	10.339	50,5
Prüffälle mit 2+ mehr Prüffragen Gesamt	8.103	61,0
Notw. der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) + andere	1.259	51,8
Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) + andere	6.584	51,8
Andere 2+mehr Prüffragen	1.397	43,5
Anzahl Prüffälle mit Einzelfragen gesamt	2.226	33,1
Notw. Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) als Einzelfrage	12	25,0
Dauer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) als Einzelfrage	616	26,9
andere Einzelfragen	1.598	35,5
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt		

In der Stratifizierung der Prüffragen nach *wohntnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* bilden sich bei allen Prüffällen mit mehreren Prüffragen signifikante Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit von Effektivgewichtsminderungen zwischen Prüffällen mit und ohne Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote ab (Tabelle 13 und Abbildung 25). Mit einer um etwa 10 Prozentpunkte erhöhten Wahrscheinlichkeit wird das Effektivgewicht gemindert, wenn ein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist, unabhängig davon, ob die Prüfung der Notwendigkeit oder der Dauer der Krankenhausbehandlung beauftragt wurde. Unter den Prüffällen, bei denen jeweils nur einzelne Prüffragen beauftragt wurden, werden anteilig sogar häufiger Effektivgewichtsminderungen vorgenommen, wenn die behandelten Patienten kein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichen konnten.

Tabelle 13: GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	N	wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote	ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote
Notw. der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) + andere	1.259	875	384
Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) + andere	6.584	3.997	2.587
andere 2+ mehr Prüffragen	1.397	811	586
Notw. Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) als Einzelfrage	12	9	3
Dauer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) als Einzelfrage	616	438	178
andere Einzelfragen	1.598	958	640

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

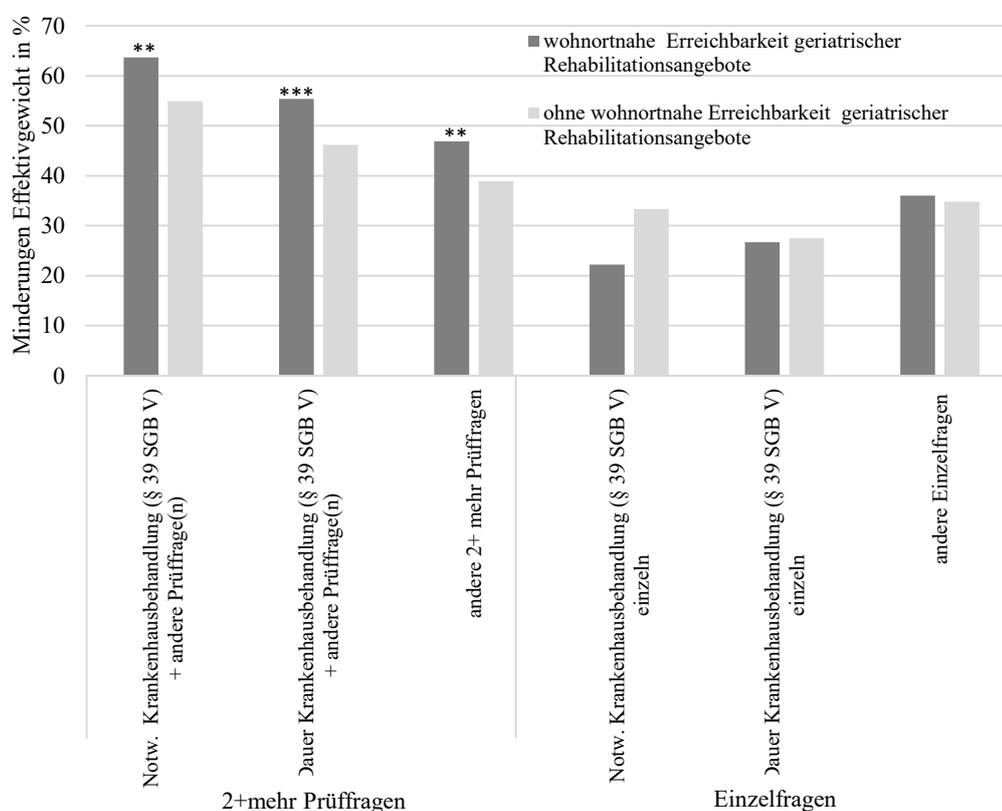


Abbildung 23: Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG nach Prüffragen und wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ bezogen auf den Vergleich der Anteile an Effektivgewichtsminderungen zwischen den Prüffällen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote je Prüffrage

Anmerkung: die Anteile an Effektivgewichtsminderungen beziehen sich auf die absoluten Fallzahlen aus Tabelle 13

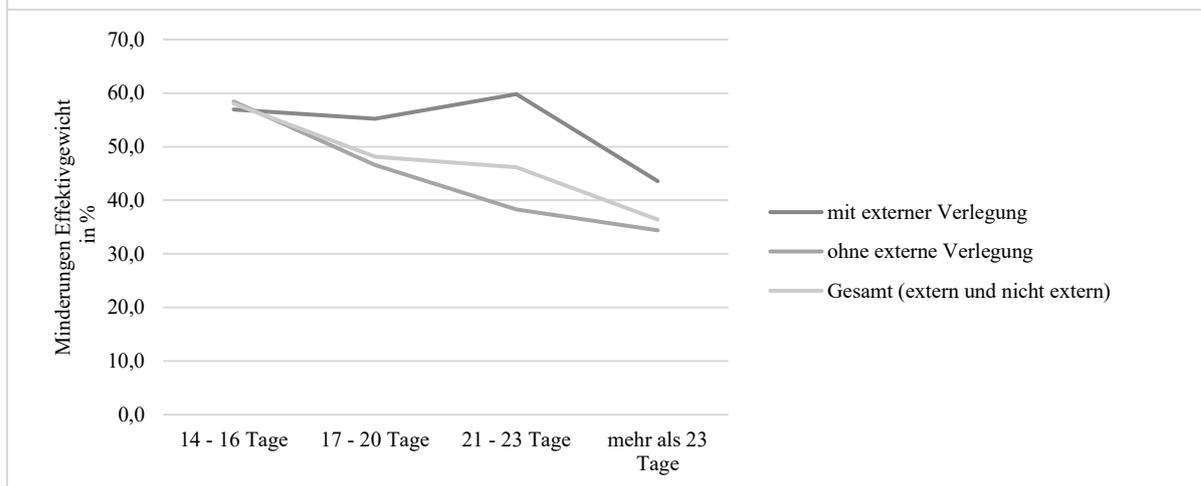
4.2.1.2.2 Behandlungsdauer als Erklärungsfaktor für Minderungen des Effektivgewichts

Es wurde bereits festgestellt, dass die meisten Prüffälle GFK-Abrechnungen mit Behandlungsdauern von 17 bis 20 Behandlungstagen zukommen, Effektivgewichtsminderungen wiederum am wahrscheinlichsten vorgenommen werden, wenn eine Behandlungsdauer von 14 bis 16 Tagen vorliegt. Mit zunehmender Behandlungsdauer nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung ab (siehe Tabelle 14). Stratifiziert nach der Aufnahmeart zeigt sich für GFK im Rahmen einer Direktaufnahme ohne Verlegung aus einem zuvor behandelnden Krankenhaus ebenfalls eine negative Korrelation zwischen Behandlungsdauer und Effektivgewichtsminderungen. Bei GFK in Folge externer Verlegung aus einem zuvor behandelnden Akutkrankenhaus zeichnet sich ein zwar schwacher, aber ebenfalls negativer Zusammenhang ab (Tabelle 14). Die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung nimmt auch in der Selektion der Prüffälle mit externer Verlegung mit zunehmender Behandlungsdauer im Trend ab. Im Verlauf der Behandlungsdauerkategorien (siehe Abbildung 26) zeigt sich aber, dass sich bei Behandlungsdauern von 21 bis 23 Behandlungstagen und damit bei Behandlungsdauern, die die MVWD knapp überschreiten, mit fast 60 Prozent Effektivgewichtsminderungen ein Anstieg auf den Modus des Minderungsanteils einstellt (siehe zu Verlegungsabschlägen bei externer Verlegung Fußnote 9 im Kapitel 2.3.1). Ab 24 Behandlungstagen nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung dann stetig ab.

Tabelle 14: Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG nach Behandlungsdauerkategorien, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	Prüffälle Gesamt			Prüffälle nach Aufnahmeanlass...					
	N	darunter		N	mit externer Verlegung		N	ohne externe Verlegung	
		Mind. Effektivg.			darunter			Mind. Effektivg.	
		N	%		N	%		N	%
Gesamt	10.339	4.828	46,7	2.583	1.404	54,4	7.756	3.424	44,2
14 - 16 Tage	2.221	1.289	58,0	588	335	57,0	1.633	954	58,4
17 - 20 Tage	3.123	1.503	48,1	572	316	55,2	2.551	1.187	46,5
21 - 23 Tage	2.253	1.039	46,1	826	494	59,8	1.427	545	38,2
23+ Tage	2.742	997	36,4	597	259	43,4	2.145	738	34,4

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt



*Abbildung 24: Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550. *) mit geriatrischer DRG nach Behandlungsdauerkategorien, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert*

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Mit zunehmendem Alter wird nicht nur generell, sondern auch stratifiziert nach den Behandlungsdauern innerhalb jeder Behandlungsdauergruppe das Effektivgewicht seltener gemindert. Allerdings zeigen sich kaum Unterschiede der Verteilung der Altersgruppen je Behandlungsdauergruppe (Abbildung 27). Gemessen anhand der Spearman-Korrelation zeigt sich dementsprechend kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Behandlungsdauer ($r_s=0,043$). Auch stratifiziert nach Geschlecht lassen sich keine Unterschiede in den Effektivgewichtsminderungen nach Behandlungsdauergruppen feststellen (Abbildung 27). Wei-

sen Patienten mehr als 3 GtMK und damit eine ausgeprägte Multimorbidität auf, ist die Behandlungsdauer verhältnismäßig häufiger länger als 23 Behandlungstage als mit 3 oder weniger GtMK (Abbildung 28).

Anhand der Spearman Korrelation zeigt sich ein zwar geringer, aber stärkerer Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Behandlungsdauer als zwischen Alter und Behandlungsdauer ($r_s=0,126$). Patienten mit ausgeprägter Multimorbidität werden demnach länger behandelt. Ein positiver Zusammenhang mit der Behandlungsdauer bildet sich auch bei den motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen ab. Der Anteil an Fällen mit mehr als 20 Behandlungstagen steigt mit zunehmendem Grad an motorischen Funktionseinschränkungen ebenso wie mit zunehmendem Grad an kognitiven Funktionseinschränkungen, wenn sich dieser Effekt auch stärker ausgeprägt hinsichtlich der motorischen Funktionseinschränkungen zeigt. Der Spearman-Rangkorrelationskoeffizient weist für kognitive Funktionseinschränkungen einen sehr geringen Zusammenhang ($r_s=-0,066$), für motorische Funktionseinschränkungen ebenfalls einen geringen, aber stärkeren Zusammenhang ($r_s=-0,193$) mit der Behandlungsdauer nach.²¹ Patienten mit langen Behandlungsdauern weisen demnach einen besonders schweren Grad an motorischen Einschränkungen der Selbständigkeit auf bzw. ein hoher Grad an motorischen Funktionseinschränkungen führt zu einer längeren Behandlungsdauer (Abbildung 29). Gleichzeitig verringert sich mit zunehmender Anzahl an GtMK (zunehmender Multimorbidität) wie auch mit zunehmendem Grad an motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen die Wahrscheinlichkeit von Effektivgewichtsminderung. Hauptsächlich ausschlaggebend für abnehmende Effektivgewichtsminderungen mit steigender Behandlungsdauer sind demnach die ausgeprägte Multimorbidität und der hohe Grad an Einschränkungen der motorischen Selbständigkeit bei langen Behandlungsdauern, nicht aber das Alter von länger behandelten geriatrischen Patienten.

²¹ Die Korrelationen der Funktionseinschränkungen mit der Behandlungsdauer beziehen sich auf die Barthel- und FIM-Indexpunkte (siehe zu Klassifizierung der Indexpunkte Anhang C dieser Arbeit) . Der Zusammenhang drückt sich daher umgekehrt aus: mit abnehmenden Punkten (also mit zunehmendem Grad an Funktionseinschränkungen) nimmt die Behandlungsdauer zu.

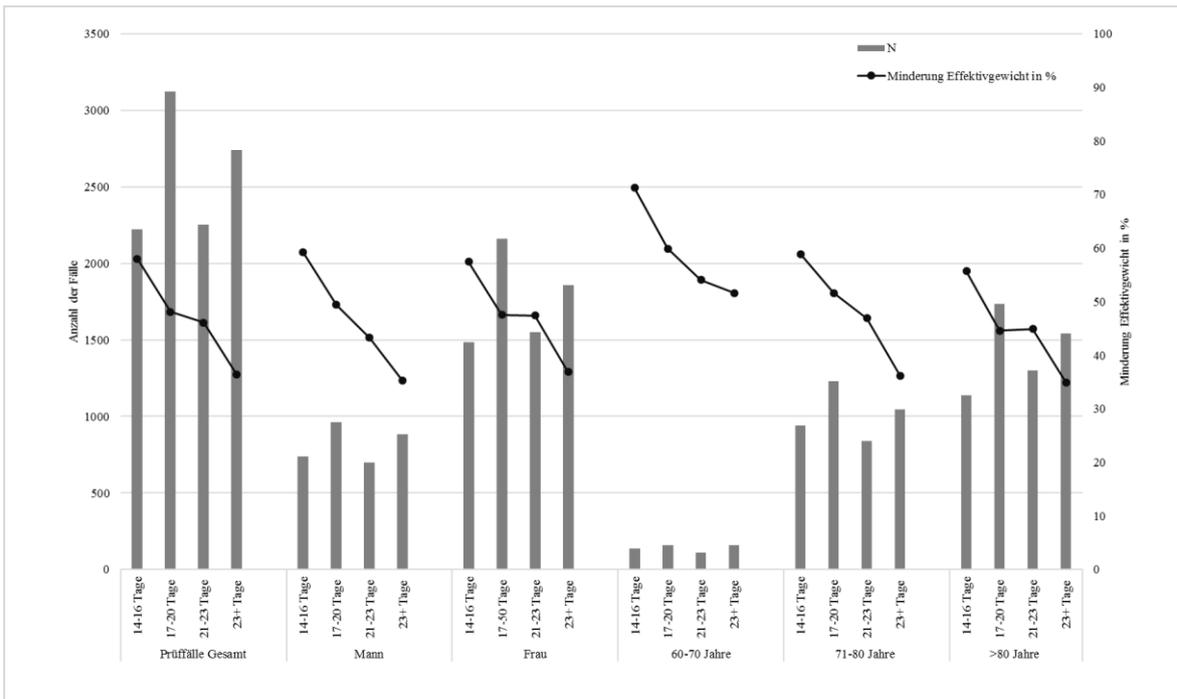


Abbildung 25: Minderungen des Effektivgewichts in den Behandlungsdauergruppen, stratifiziert nach Geschlecht und Alter, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

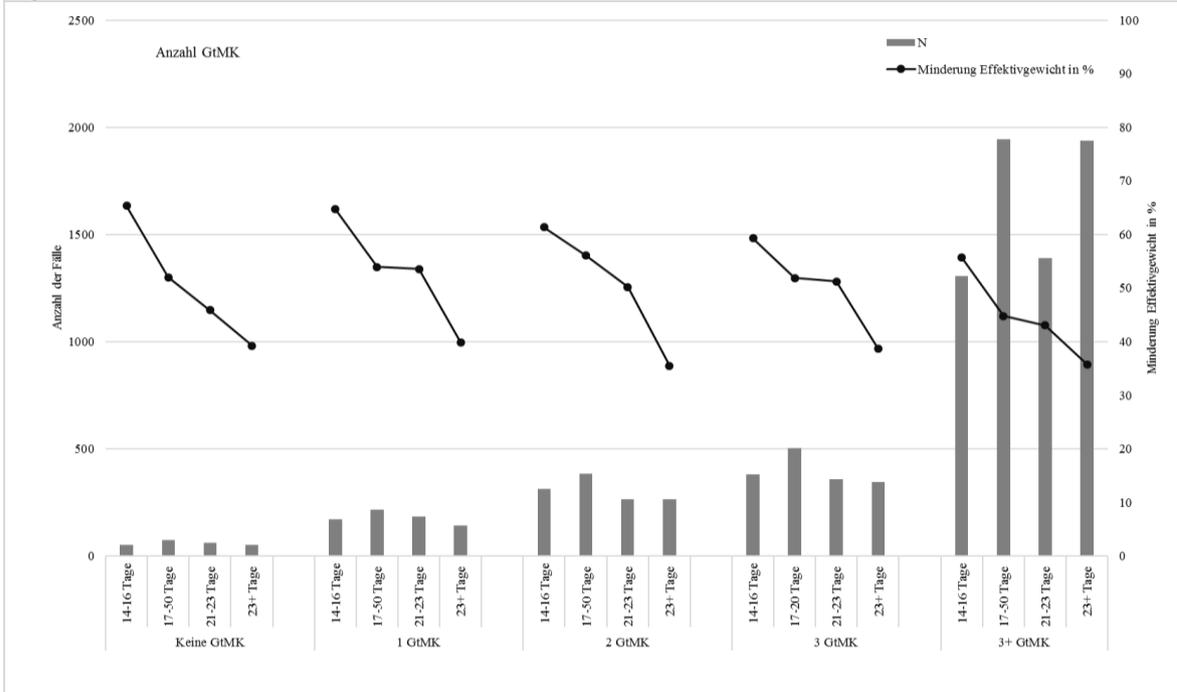
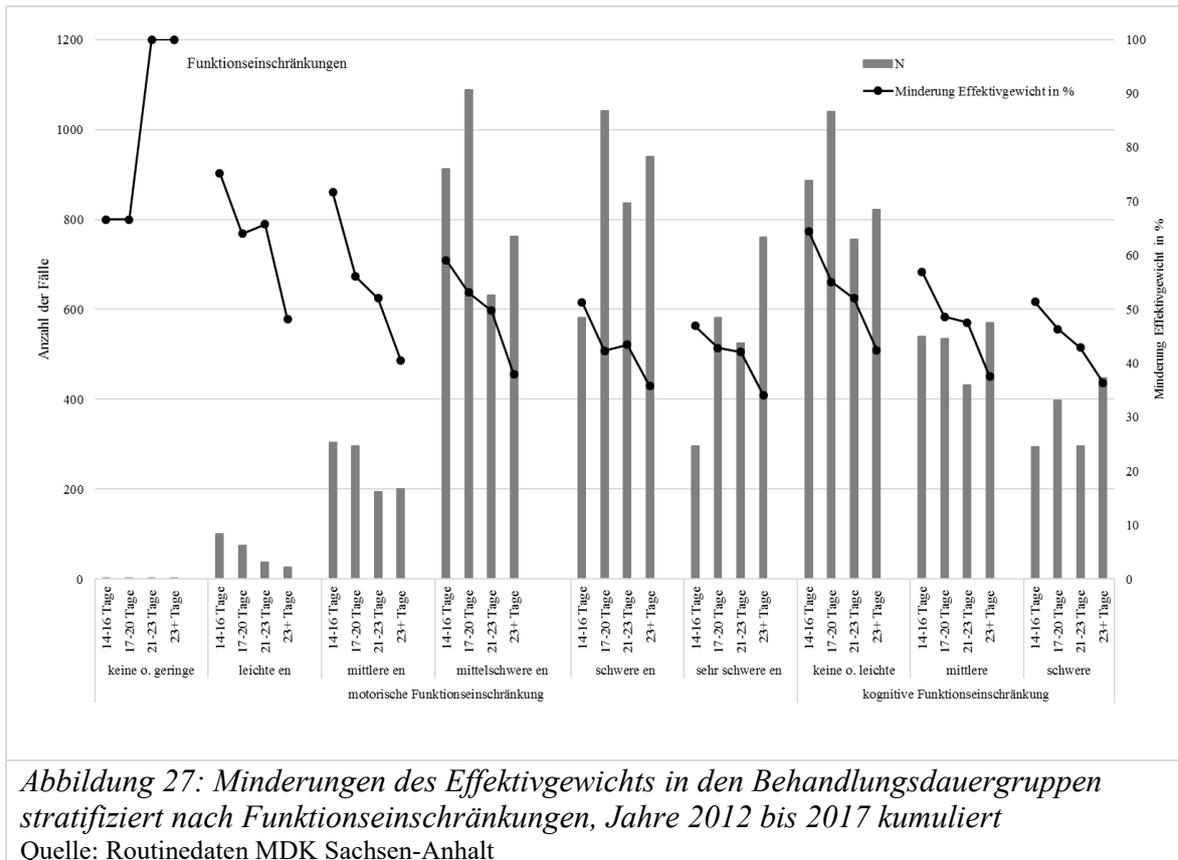


Abbildung 26: Minderungen des Effektivgewichts in den Behandlungsdauergruppen stratifiziert nach Anteilen an GtMK, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt



4.2.1.3 Multivariate Analysen zu den Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei Prüfungen von GFK mit geriatrischer DRG

Um die Faktoren zu ermitteln, die das Rechnungsergebnis maßgeblich bestimmen, folgen multivariate Analysen (Tabelle 15). Mittels logistischer Regression werden in einem Modell das *Geschlecht*, das *Alter*, die *wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* sowie die *motorischen* als auch *kognitiven Funktionseinschränkungen* und die *Anzahl an GtMK* gleichzeitig in ihrem Effekt auf Effektivgewichtsminderungen betrachtet. Die Analysen zur Behandlungsdauer als Erklärungsfaktor für Effektivgewichtsminderungen (siehe dazu Kapitel 4.2.1.2.2) haben hervorgebracht, dass die Länge der Behandlungsdauer abhängt vom Grad der Multimorbidität und der Stärke der motorischen Funktionseinschränkungen. Dementsprechend nimmt die Wahrscheinlichkeit von Effektivgewichtsminderungen mit zunehmender Behandlungsdauer, die einhergeht mit ausgeprägter Multimorbidität und hohem Grad an motorischen Funktionseinschränkungen, ab. Die Behandlungsdauer selbst wird daher nicht als Variable in das logistische Regressionsmodell aufgenommen.

Das Geschlecht erweist sich auch unter Kontrolle der anderen Variablen als Faktor, der bei GFK-Prüfungen keinen Einfluss auf das Begutachtungsergebnis nimmt (Tabelle 15). Mit jedem zunehmenden Lebensjahr sinkt die Chance einer Effektivgewichtsminderung um 1,4 Prozent. Der Einfluss des Alters auf die Effektivgewichtsminderung zeichnet sich damit statistisch signifikant ($p < 0,0001$) ab. Beinhaltet ein Prüfauftrag Prüffragen zur Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung nach 39 SGB V, nimmt die Chance einer Effektivgewichtsminderung um einen Faktor von knapp 1,5 zu. Prüfungen, die sich ausschließlich auf die Korrektheit der Kodierung beziehen, sind also signifikant seltener ($p < 0,0001$) mit einer Effektivgewichtsminderung assoziiert. Eine wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote geht auch in der multivariaten Betrachtung mit einer signifikant häufigeren Effektivgewichtsminderung (OR 1,353; $p < 0,0001$) im Vergleich zu Prüffällen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit einher.

Mit zunehmenden Grad an motorischen wie auch kognitiven Funktionseinschränkungen nimmt die Chance von Effektivgewichtsminderungen leicht ab, wobei sich lediglich die motorischen Funktionseinschränkungen als signifikant assoziiert ($p = 0,0002$) mit dem Begutachtungsergebnis abzeichnen. Die Anzahl an GtMK und damit die Multimorbidität ist signifikant mit Minderungen des Effektivgewichts assoziiert ($p < 0,0001$). Mit jeder zusätzlich kodierten GtMK nimmt die Chance einer Effektivgewichtsminderung um den Faktor 0,935 ab.

Tabelle 15: Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit von Minderungen des Effektivgewichts bei GFK-Prüfungen (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	Modellgüte
	L.-R.-Test: $p < 0,0001$ Pseudo-R ² : 0,0446 H.-L.-Test: $p = 0,2721$
	N=6.951
Abrechnungsmerkmal	OR
Frau	0,981
Alter (Jahre)	0,986**
Prüffrage zur Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	1,494***
wohnnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha	1,353**
motorische Funktionseinschränkungen	1,005***
kognitive Funktionseinschränkungen	1,005
Anzahl GtMK	0,935***
<p>OR (Odds-Ratio) = Chancenverhältnis; L.-R.-Test = Likelihood-Ratio-Test; H.-L.-Test = Hosmer-Lemeshow-Goodness-of-Fit-Test; Referenzkategorien: Mann; mit Prüffrage zur Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V), ohne wohnnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ Anmerkung: Das Regressionsmodell bezieht hinsichtlich der Funktionseinschränkungen die Barthel- und FIM-Indexpunkte (siehe zu Klassifizierung der Indexpunkte Anhang C dieser Arbeit) ein. Der Zusammenhang drückt sich daher umgekehrt aus: mit zunehmenden Punkten (also mit abnehmendem Grad an Funktionseinschränkungen) nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung zu.</p>	

4.2.2 Analysen der GFK-Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung

4.2.2.1 Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung

Unter den Fällen mit Informationen zum Effektivgewicht befinden sich 7.200 Prüffälle mit der Prüffrage zur Dauer der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V. Auf Basis dieser Prüffälle wird nachfolgend analysiert, ob der konzeptionelle Anspruch einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus bei der Bewertung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit von den Gutachtern des MDK Sachsen-Anhalt berücksichtigt wird (Tabelle 16).

Tabelle 16: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS 8-550.) mit geriatrischer DRG, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert*

	N	Minderung Effektivgewicht in %
Prüffälle Gesamt	7.200	49,7
Mann	2.213	49,7
Frau	4.987	49,6
60-70 Jahre	380	64,2
71-80 Jahre	2.843	52,1
>80 Jahre	3.977	46,5
Behandlungsdauer 14-16 Tage	1.637	60,8
Behandlungsdauer 17-20 Tage	2.217	50,6
Behandlungsdauer 21-23 Tage	1.561	48,3
Behandlungsdauer 23+ Tage	1.785	39,4
wohntnahe Erreichbarkeit. geriatrischer Reha	4.435	52,6
ohne wohntnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha	2.765	45,0
keine oder geringe motorische Funktionseinschränkungen	6	100
leichte motorische Funktionseinschränkungen	167	67,1
mittlere motorische Funktionseinschränkungen	751	60,3
mittelschwere motorische Funktionseinschränkungen	2.559	53,2
schwere motorische Funktionseinschränkungen	2.261	44,5
sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen	1.363	43,1
keine o. leichte kognitive Funktionseinschränkungen	2.531	56,0
mittlere kognitive Funktionseinschränkungen	1.421	51,1
schwere kognitive Funktionseinschränkungen	874	48,5
keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen	3.504	53,9
mittlere kognitive Funktionseinschränkungen	2.075	47,5
schwere kognitive Funktionseinschränkungen	1.435	43,6
keine GtMK	164	56,1
1 GtMK	529	55,0
2 GtMK	869	54,6
3 GtMK	1.141	53,6
3+ GtMK	4.497	46,9
Immobilität	154	50,0
Sturzneigung und Schwindel	5.100	50,4
Kognitive Defizite	2.572	45,7

Tabelle 16: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG Jahre, 2012 bis 2017 kumuliert

	N	Minderung Effektivgewicht in %
Inkontinenz	2.346	45,6
Dekubitalulcera	681	47,4
Fehl- und Mangelernährung	1.223	45,2
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	3.497	46,4
Depression und Angststörung	1.189	48,7
Chronische Schmerzen	1.620	48,1
Sensibilitätsstörungen	674	50,7
Frailty	81	50,6
Starke Hör- und Sehbehinderung	1.141	47,9
Medikationsprobleme	308	41,9
Hohes Komplikationsrisiko	3.021	46,2
Verzögerte Rekonvaleszenz	16	31,3
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt		

Mehr als doppelt so viele Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung werden Behandlungen von Frauen zuteil (Tabelle 16). Die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung unterscheidet sich auch in der Betrachtung der Teilmenge aller Fälle mit der Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung bei Abrechnungsprüfungen, die Behandlungen von Frauen zuteil wurden, nicht von Abrechnungsprüfungen von Behandlungen männlicher Patienten. Unter Beachtung der Anteile von Männern und Frauen unter allen GFK gemäß der amtlichen Statistik (vergleiche dazu Kapitel 2.1.3) scheint das Geschlecht auch in der Subgruppenanalyse somit weiterhin keinen Einfluss auf das Begutachtungsergebnis zu nehmen. Das Alter wiederum weist auch unter der Selektion der Prüffälle zur Dauer der Krankenhausbehandlung einen signifikanten ($p < 0,0001$) negativen Zusammenhang zu Minderungen des Effektivgewichts auf.

Stratifiziert nach der Behandlungsdauer befinden sich wie in der Gesamtgruppe aller 10.339 Prüffälle am häufigsten Prüffälle mit 17 bis 20 Behandlungstagen (2.217 Prüffälle). In den anderen Behandlungsdauergruppen ist die Verteilung der Prüffälle zwischen 1.561 (21 bis 23 Tage) und 1.785 (23+ Tage) ähnlich. In der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen

der Behandlungsdauer und der Minderung des Effektivgewichts ist die Minderungswahrscheinlichkeiten bei 14 bis 16 Behandlungsdauertagen mit 60,8 Prozent am höchsten und nimmt mit zunehmender Behandlungsdauer ab. Der negative Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und Minderungen des Effektivgewichts erweist sich als signifikant ($p < 0,0001$).

In der Aufschlüsselung der 7.200 GFK-Prüffälle nach *wohntnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* befinden sich 4.435 Fälle mit wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote und 2.765 Abrechnungen, unter denen eine wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote nicht gegeben ist. Der Anteil an Effektivgewichtsminderungen liegt bei Prüffällen mit wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote signifikant ($p < 0,0001$) über dem Minderungsanteil bei Fällen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote (52,6 % gegen 45,0 %).

Motorische und kognitive Funktionseinschränkungen hängen ebenso wie die Anzahl an GtMK negativ mit der Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung zusammen (Tabelle 16), was dafürspricht, dass Multimorbidität und Vulnerabilität der Patienten bei der Bewertung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit Beachtung finden. Der negative Zusammenhang zu Minderungen des Effektivgewichts erweist sich für alle drei Variablen als signifikant ($p < 0,0001$).

Am häufigsten finden sich unter den 7.200 Prüffällen mit der Frage zur Dauer der Krankenhausbehandlung Kodierungen von Sturzneigung und Schwindel (5.100 Prüffälle), gefolgt von Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt und erhöhten Komplikationsrisiken in über 3.000 Fällen (Tabelle 16). Kognitive Defizite und Inkontinenz wurden in über 2.300 Abrechnungen kodiert. Seltener wurden Chronische Schmerzen sowie für Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Depressionen und Angststörungen als auch starke Seh- und Hörbehinderungen kodiert. Sehr selten sind Diagnosen aus den Merkmalskomplexen Immobilität, Frailty und Verzögerte Rekonvaleszenz.

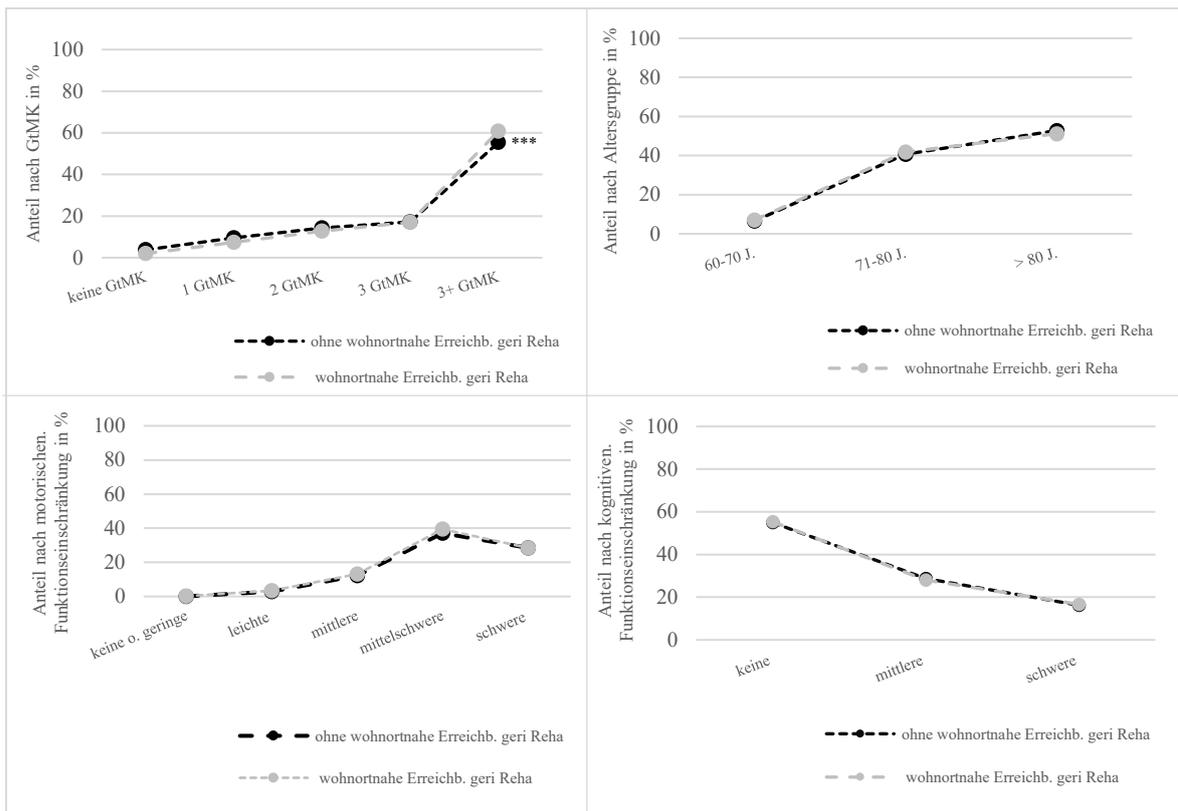
Kognitive Defizite, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Medikationsprobleme und eine hohes Komplikationsrisiko mindern die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung signifikant ($p < 0,01$ bis $p < 0,0001$).

Die Wahrscheinlichkeit von Effektivgewichtsminderungen erweist sich in der Stratifizierung der Subgruppen nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote in der Gruppe der Fälle ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote insgesamt als signifikant geringer (Tabelle 17). Die in der Gesamtgruppe der Prüffälle mit der Dauer der Krankenhausbehandlung beobachteten Effekte bleiben aber in beiden Gruppen erhalten. Lediglich der negative Zusammenhang zwischen der Anzahl an GtMK und Effektivgewichtsminderungen erweist sich entgegen der in der Gesamtheit der 7.200 Fälle beobachteten Effekte in der Gruppe ohne wohnortnahe Erreichbarkeit als nicht signifikant ($p=0,5757$).

Um zu überprüfen, ob der negative Zusammenhang zwischen den einzelnen Merkmalen und den Effektivgewichtsminderungen in den nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote stratifizierten Gruppen gleich verteilt ist, wurde für alle Fälle mit Effektivgewichtsminderung mittels Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote und den jeweiligen Merkmalen besteht (Abbildung 28). Anhand der Überprüfung wird ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung in beiden Gruppen mit zunehmendem Alter und zunehmendem Grad an motorischen als auch kognitiven Funktionseinschränkungen gleichmäßig sinkt. Mit sich stärker ausprägender Multimorbidität (zunehmende Anzahl an GtMK) sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung in der Gruppe der Fälle mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote minimal, aber signifikant schneller.

Tabelle 17: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG stratifiziert nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	mit wohnortnaher Erreichbarkeit geri. Rehabilitationsangebote		ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geri. Rehabilitationsangebote	
	N	Minderung Effektiv- gewicht in %	N	Minderung Effektiv- gewicht in %
Prüffälle Gesamt	4.435	52,6	2.765	45,0
Mann	1.368	53,7	845	43,2
Frau	3.076	52,0	1.920	45,8
60-70 Jahre	252	64,7	128	63,3
71-80 Jahre	1.791	54,4	1.052	48,1
>80 Jahre	2.392	49,9	1.585	41,5
keine oder geringe motorische Funktionseinschränkungen	5	100	1	100
leichte motorische Funktionseinschränkungen	116	66,4	51	68,6
mittlere motorische Funktionseinschränkungen	482	63,1	269	55,4
mittelschwere motorische Funktionseinschränkungen	1.652	55,0	907	49,9
schwere motorische Funktionseinschränkungen	1.380	47,6	881	39,6
sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen	747	47,3	616	38,2
keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen	1.540	58,9	991	51,6
mittlere kognitive Funktionseinschränkungen	861	53,2	560	47,9
schwere kognitive Funktionseinschränkungen	518	52,7	356	42,4
keine GtMK	73	61,6	91	51,7
1 GtMK	269	64,3	260	45,4
2 GtMK	489	60,7	380	46,6
3 GtMK	676	58,9	465	45,8
3+ GtMK	2.928	48,4	1.569	43,9
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt				



*Abbildung 28: Verteilung von Prüffällen mit Effektivgewichtsminderung unter den Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert
Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ bezogen auf den Anteil an Fällen mit Effektivgewichtsminderung je Merkmalsausprägung in der Gruppe mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote im Vergleich zur Gruppe ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*

Zusätzlich werden die Prüffälle zur Dauer der Krankenhausbehandlung aufgeschlüsselt nach gutachtlicher Verweildauerkürzung, um die Fälle zu identifizieren, unter denen tatsächlich die Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs zu Effektivgewichtsminderungen geführt hat (Tabelle 18). Fällen, bei denen in Folge der Prüfung der Dauer des Krankenhausbehandlungsbedarfs die Verweildauer gutachtlich gekürzt wurde, gegenüber stehen Fälle, in denen zwar die Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung beauftragt wurde, bei denen aber Auffälligkeiten in der Kodierung zu Effektivgewichtsminderungen geführt haben (siehe zur Subgruppenbildung nach gutachtlicher Verweildauerkürzung auch Kapitel 4.4).

Aufgeschlüsselt nach Prüffällen mit und ohne gutachtliche Kürzung der Verweildauer zeichnet sich ab, dass der Risikofaktor Verweildauerkürzung die Wahrscheinlichkeit von Minderungen des Effektivgewichts erwartungsgemäß sehr stark erhöht (Tabelle 18). Der Zusammenhang zwischen den einzelnen Abrechnungsmerkmalen und der Wahrscheinlichkeit von Effektivgewichtsminderungen gestaltet sich aber in beiden Gruppen weitgehend gleich. Das

Geschlecht steht wie in allen vorherigen Betrachtungen in beiden Gruppen nicht im Zusammenhang mit Effektivgewichtsminderungen, da sich die Minderungsanteile stratifiziert nach Geschlecht nicht signifikant unterscheiden. Effektivgewichtsminderungen nehmen in beiden Gruppen mit zunehmendem Alter ab. In beiden Gruppen erweist sich der negative Zusammenhang zwischen Alter und Effektivgewichtsminderungen mit $p < 0,0001$ als signifikant. Auch die bisher beobachteten Behandlungsdauertrends zeichnen sich in beiden Gruppen signifikant ($p < 0,0001$) ab. Mit zunehmender Behandlungsdauer nehmen Effektivgewichtsminderungen ab. Weiterhin erweisen sich Prüffälle mit wohnortnaher Erreichbarkeit als anfälliger für Effektivgewichtsminderungen als Prüffälle, bei denen die wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote nicht gegeben war. Das zeigt sich in beiden Gruppen, obwohl die Wohnortnähe bei Kodierprüfungen (Prüffälle ohne gutachtliche Verweildauer kürzung) nicht berücksichtigt werden müsste.

Tabelle 18: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG stratifiziert nach gutachtlicher Verweildauer kürzung, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	Prüffälle mit gutachtlicher Verweildauer kürzung ...		Prüffälle ohne gutachtliche Verweildauer kürzung...	
	N	Minderung Effektivgewicht in %	N	Minderung Effektivgewicht in %
Prüffälle Gesamt	3.569	77,53	3.631	22,25
Mann	1.067	79,48	1.146	21,99
Frau	2.502	76,7	2.485	22,37
60-70 Jahre	212	88,21	168	33,93
71-80 Jahre	1.474	79,72	1369	22,35
>80 Jahre	1.883	74,61	2.094	21,25
Behandlungsdauer 14-16 Tage	914	89,17	723	25,03
Behandlungsdauer 17-20 Tage	1.125	76,09	1.092	24,36
Behandlungsdauer 21-23 Tage	728	76,51	833	23,65
Behandlungsdauer 23+ Tage	802	67,21	983	16,68
wohnortnahe Erreichbarkeit geri. Reha	2.288	79,06	2.147	24,31
ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geri. Reha	1.281	74,79	1.484	19,27

Tabelle 18: Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung von GFK (OPS 8-550) mit geriatrischer DRG stratifiziert nach gutachtlicher Verweildauerkürzung, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

	Prüffälle mit gutachtlicher Verweildauerkürzung ...		Prüffälle ohne gutachtliche Verweildauerkürzung...	
	N	Minderung Effektivgewicht in %	N	Minderung Effektivgewicht in %
keine oder geringe motorische Funktionseinschränkungen	5	100	1	100
leichte motorische Funktionseinschränkungen	118	84,75	49	24,49
mittlere motorische Funktionseinschränkungen	470	82,34	281	23,49
mittelschwere motorische Funktionseinschränkungen	1.419	79,14	1.140	20,96
schwere motorische Funktionseinschränkungen	989	73,21	1.272	22,17
sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen	525	74,67	838	23,39
keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen	1.418	80,61	1.113	24,71
mittlere kognitive Funktionseinschränkungen	697	78,34	724	24,86
schwere kognitive Funktionseinschränkungen	384	79,43	490	24,29
keine GtMK	95	80	69	23,19
1 GtMK	274	85,77	255	21,96
2 GtMK	456	81,8	413	24,46
3 GtMK	586	81,06	555	24,5
3+ GtMK	2.158	74,51	2.339	21,33

Quelle: Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt

Die motorischen Funktionseinschränkungen als auch die Anzahl an GtMK stehen in der Gruppe ohne gutachtliche Verweildauerkürzung in keinem statistischen Zusammenhang zu Minderungen des Effektivgewichts (geprüft mittels Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest mit $p=0,4582$ bei motorischen Funktionseinschränkungen und $p=0,4096$ bei der Anzahl an GtMK). Beide Faktoren scheinen also bei gutachtlichen Prüfungen der Korrektheit der Kodierung (Gruppe ohne Verweildauerkürzung) keine Rolle zu spielen im Gegensatz zu Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung (Gruppe mit Verweildauerkürzung), bei denen sich ein statistisch signifikanter ($p<0,0001$) negativer Zusammenhang von motorischen Funktionseinschränkungen als auch der Anzahl an GtMK und Effektivgewichtsminderungen zeigt.

4.2.2.2 Multivariate Analysen zu den Erklärungsfaktoren für Minderungen des Effektivgewichts bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung

Um die Abrechnungsfaktoren zu ermitteln, die im Rahmen von Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung ausschlaggebend für Minderungen des Effektivgewichts sind, werden die im vorherigen Kapitel untersuchten Erklärungsfaktoren im Rahmen multivariater Analysen gleichzeitig in ihrem Effekt auf das Begutachtungsergebnis betrachtet (Tabelle 19). In der Tabelle sind die Ergebnisse verschiedener logistischer Regressionsmodelle abgebildet, die sich auf die Gegenüberstellung der Prüffälle mit der Prüffrage zur Dauer der Krankenhausbehandlung (7.200 Prüffälle gemindert um Fälle ohne Angabe zu kognitiven oder motorischen Funktionseinschränkungen = 4.783 Prüffälle) in zwei Gruppen aufgeschlüsselt nach Prüffällen mit (Modell 1 und 2) und ohne gutachtliche Verweildauerkürzung (Modell 3 und 4) beziehen.

In die Berechnungen einbezogen werden das *Geschlecht*, das *Alter*, die *wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* sowie die *motorischen* als auch *kognitiven Funktionseinschränkungen* und die *Anzahl an GtMK* sowie in separaten Modellen anstelle der *Anzahl an GtMK* die *einzelnen GtMK*, um zu prüfen, ob bestimmte Erkrankungen im Rahmen der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs einen bestimmenden Einfluss auf das Begutachtungsergebnis haben (siehe zur Stratifizierung der Gruppen und zur Auswahl der zu berücksichtigenden Faktoren auch Kapitel 3.4). Die *Behandlungsdauer* wird wie in den vorhergehenden multivariaten Betrachtungen nicht in die Modelle einbezogen.

Das Geschlecht nimmt auch unter Kontrolle der anderen Faktoren in keinem Modell Einfluss auf Effektivgewichtsminderungen. Die Effekte des Alters als auch der motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen auf die Chance einer Effektivgewichtsminderung erweisen sich in keinem Modell als signifikant. Eine erhöhte Chance einer Effektivgewichtsminderung bei wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote zeigt sich in beiden Gruppen. Obwohl unter den Prüfungen, bei denen die Effektivgewichtsminderungen Unkorrektheiten in der Kodierung zuzuschreiben sind und somit gutachtlich keine Verweildauerkürzung vorgenommen wurde, die wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote keine zu berücksichtigende Variable ist. Der Effekt der Wohnortnähe bleibt in allen Modellen erhalten.

Tabelle 19: Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit von Minderungen des Effektivgewichts bei Prüfung Dauer Krankenhausbehandlung, Jahre 2012 bis 2017 kumuliert

Abrechnungsmerkmal	mit gutachtlicher Verweildauerkürzung		ohne gutachtliche Verweildauerkürzung	
	Modellgüte		Modellgüte	
	L.-R.-Test: p<0,0001 Pseudo-R ² : 0,0469 H.-L.-Test: p=0,9835	L.-R.-Test: p<0,0001 Pseudo-R ² : 0,0637 H.-L.-Test: p=0,5550	L.-R.-Test: p<0,0001 Pseudo-R ² : 0,0235 H.-L.-Test: p=0,0002	L.-R.-Test: p<0,0001 Pseudo-R ² : 0,0386 H.-L.-Test: p=0,1460
	N = 2.479		N = 2.304	
	Modell 1 GtMK einzel <u>OR</u>	Modell 2 Anzahl GtMK <u>OR</u>	Modell 3 GtMK einzel <u>OR</u>	Modell 4 Anzahl GtMK <u>OR</u>
Frau	0,789	0,771	1,091	1,094
Alter	0,968	0,966	0,99	0,989
wohnortnahe Erreichb. geri. Reha	1,323*	1,289*	1,308*	1,486***
motorische Funktionseinschränkungen	1,003	0,999	0,991	0,992
kognitive Funktionseinschränkungen	0,986	0,991	1,001	1
Anzahl GtMK	-	0,873***	-	0,918
Immobilität	0,952	-	0,955	-
Sturzneigung und Schwindel	0,712**	-	1,169	-
kognitive Defizite	0,628***	-	0,982	-
Inkontinenz	0,864	-	0,623***	-
Dekubitalulcera	1,621*	-	0,917	-
Fehl- und Mangelernährung	0,672**	-	0,767*	-
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	0,964	-	1,127	-
Depression und Angststörung	0,722**	-	1,009	-
chronische Schmerzen	0,808	-	0,763*	-
Sensibilitätsstörungen	1,391	-	1,006	-
Frailty	0,873	-	0,746	-
Starke Hör- und Sehbehinderung	0,874	-	1,012	-
Medikationsprobleme	0,666	-	0,671	-
hohes Komplikationsrisiko	1,037	-	0,791*	-
verzögerte Rekonvaleszenz	-ausgeschlossen wegen zu geringer Fallmenge-			

OR (Odds-Ratio) = Chancenverhältnis; L.-R.-Test = Likelihood-Ratio-Test; H.-L.-Test = Hosmer-Lemeshow Goodness-of-Fit-Test; Referenzkategorien: Mann; ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Reha; GtMK liegt nicht vor; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Die Unterschiede der Minderungswahrscheinlichkeit zwischen den Prüffällen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote sind somit unabhängig von der Anzahl der GtMK (Multimorbidität) als auch von einzelnen Erkrankungen. Unter

den geriatrischen Rehabilitationsindikatoren zeigt sich lediglich die Anzahl an GtMK (Multimorbidität) in der Gruppe der Prüffälle mit gutachtlicher Verweildauerkürzung als Variable, die einen bestimmenden Einfluss auf das Begutachtungsergebnis nimmt. Die geriatrische Multimorbidität ist also ein Faktor, der im Rahmen der sozialmedizinischen Bewertung des Krankenhausbehandlungsbedarfs maßgeblich berücksichtigt wird. Die meisten der kontrollierten einzelnen GtMK nehmen keinen signifikanten Einfluss auf das Mindern des Effektivgewichts bei Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung (Tabelle 19 - Gruppe mit gutachtlicher Verweildauerkürzung). Weisen geriatrische Patienten Diagnosen aus den GtMK Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Fehl- und Mangelernährung sowie Depression und Angststörungen auf, wird die Dauer des Krankenhausbehandlungsbedarfs signifikant häufiger gewährt (bzw. das Effektivgewicht wird signifikant seltener gemindert) als bei anderen GTMK-Diagnosen. Dekubitalulcera erhöhen die Chance, dass das Effektivgewicht gemindert wird. In der Gruppe in der Effektivgewichtsminderungen aus unkorrekten Kodierungen hervorgehen (Prüffälle ohne gutachtliche Verweildauerkürzung) haben bis auf die Fehl- und Mangelernährung andere GtMK einen bestimmenden Einfluss auf das Begutachtungsergebnis.

Insgesamt passen sich die Daten nur gering an das jeweilige Modell an (Pseudo- $R^2 < 0,1$ bei allen Modellen). Das deutet darauf hin, dass noch andere als die betrachteten Merkmale Einfluss auf das Begutachtungsergebnis nehmen. Die Modellanpassung erweist sich aber in den Modellen zu den Prüffällen mit gutachtlicher Verweildauerkürzung (Modell 1 und 2) besser als in den Modellen aus der Gruppe ohne gutachtliche Verweildauerkürzungen (Modell 3 und 4). Die betrachteten Faktoren finden bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung demnach sachgerecht mehr Beachtung als bei Prüfungen zur Korrektheit der Kodierung.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse und Prüfung der Hypothesen

Die vorgelegte Auswertung hatte das Ziel, herauszufinden, ob bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung in Sachsen-Anhalt die fallabschließende Behandlung im Krankenhaus gemäß der Behandlungskonzeption des Landes ausreichend berücksichtigt wird. Dazu wurden die Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt zum einen hinsichtlich der Berücksichtigung fallabschließender geriatrischer Krankenhausbehandlungen bei der Beauftragung von Krankenhausabrechnungsprüfungen mit GFK-Kodierung (OPS 8-550) durch die Krankenkassen analysiert. Als Indikatoren für die Berücksichtigung durch die Krankenkassen fungierten die *Prüffragen* sowie die konstruierte Variable *wohnnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote*. Zum anderen erfolgten Analysen zur Berücksichtigung der fallabschließenden Behandlung bei der sozialmedizinischen Abrechnungsprüfung durch die Gutachter des MDK. Gemessen wurde sowohl bivariat als auch multivariat (logistische Regression), welchen Effekt geriatrische Rehabilitationsindikatoren auf Minderungen des Effektivgewichts haben und ob sich mögliche Effekte mit der Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote verändern. Die fallabschließende Behandlung wird als ausreichend berücksichtigt angenommen, wenn alle aufgestellten Hypothesen verifiziert werden können.

Der Analysegang soll im Folgenden rekapituliert werden. Die GFK-Prüfungen haben im MDK Sachsen-Anhalt im betrachteten Zeitraum zugenommen und weisen im Vergleich zur durchschnittlichen Gesamtprüfquote des MDK Sachsen-Anhalt eine erhöhte Prüfquote auf, die über die Jahre angestiegen ist (siehe Kapitel 4.1.1). Im Allgemeinen bringen GFK-Prüfungen aber Effektivgewichtsminderungen mit ähnlicher Wahrscheinlichkeit hervor wie andere Krankenhausabrechnungsprüfungen im MDK Sachsen-Anhalt (siehe Kapitel 4.2.1.1). Am häufigsten beauftragt wird die Prüfung der notwendigen Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (siehe Kapitel 4.1.2). Minderungen des Effektivgewichts wiederum gehen anteilig am häufigsten einher (60,7 Prozent) mit der Prüfung der grundsätzlichen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (primäre Fehlbelegung) (siehe Kapitel 4.2.1.2). Dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit so häufig grundlegend angezweifelt wird,

kann darauf hindeuten, dass Patienten in der Versorgungspraxis wegen fehlender geriatrischer Rehabilitationsangebote im Krankenhaus behandelt werden, obwohl kein originärer akutgeriatrischer Behandlungsbedarf besteht. Mit der kassenseitigen Prüffrage nach der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, die sich ausschließlich auf den akutstationären Behandlungsbedarf gemäß § 39 SGB V bezieht, wird im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung folglich sachgerecht auf den Akutbehandlungsbedarf nicht aber auf geriatrischen Rehabilitationsbedarf (§ 40 SGB V) abgestellt, womit die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gutachtlich nicht gegeben ist und das Effektivgewicht gemindert wird.

Unter den Prüffällen finden sich sowohl bei Prüfbeauftragungen zur grundsätzlichen Notwendigkeit als auch bei Prüfungen der Dauer der Krankenhausbehandlung mehr Abrechnungen zu Behandlungen von Patienten, die wohnortnah ein geriatrisches Rehabilitationsangebot erreichen konnten. Allerdings zeigt sich diese Verteilung auch bei Prüfungen, die sich nicht auf die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, sondern ausschließlich auf die Korrektheit der Kodierung beziehen, obwohl eine wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote bei der Prüfung der Korrektheit der Kodierung keine Relevanz haben müsste (siehe Kapitel 4.1.2). Für die erhöhte Prüfquote bei der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs von Fällen mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote sind daher wohl eher unter den Routinedaten nicht enthaltene Confounder-Variablen verantwortlich (z. B. vermehrte Prüfung von Fällen aus einzelnen Krankenhäusern in bestimmten Regionen, die zufällig in wohnortnaher Erreichbarkeit zu geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen liegen). In fast 40 Prozent der Prüfungen mit Prüffragen zur Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung wird die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V auch geprüft, wenn kein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist.

Spezifische Prüffragen, die neben der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V auch den geriatrischen Rehabilitationsbedarf nach § 40 SGB V erfragen, fanden sich unter den von den Krankenkassen übermittelten Fragestellungen nicht.

Die Analysen des Prüfbeauftragungsverhaltens deuten zusammenfassend darauf hin, dass die Krankenkassen bei der Beauftragung von Prüfungen zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Ansätzen, aber nicht vollumfänglich unter Anwendung der BGR V&R (MDS, 2015) (bzw. aktuell: BGA V&R

(MDS, 2018)) gemäß der Berücksichtigung regional verfügbarer rehabilitativer Versorgungsangebote und damit nicht im Sinne einer fallabschließenden geriatrischen Behandlung im Krankenhaus zugrunde legen. Der Einsatz der gutachtlichen Ressource seitens der Krankenkassen ist somit als nicht angemessen zu bewerten, da die Gutachter des MDK bei der Begutachtung des Krankenhausbehandlungsbedarfs nach § 39 SGB V ohne verfügbares geriatrisches Rehabilitationsangebot nur Empfehlungen einer alternativen Rehabilitationsmaßnahme aussprechen können, die in der Versorgungspraxis nicht umsetzbar sind.

Aus den Analysen der gutachtlichen Prüfergebnisse des MDK Sachsen-Anhalt (Kapitel 4.2) geht hervor, dass bei Prüfungen von grundsätzlicher Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung das Effektivgewicht signifikant häufiger gemindert wird, wenn der Patient in erreichbarer Nähe zu geriatrischen Rehabilitationsangeboten wohnt. Effektivgewichtsminderungen werden allerdings bei wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote ebenfalls häufiger vorgenommen, wenn die Korrektheit der Kodierung geprüft wird, obwohl die regionale Versorgungsstruktur bei Kodierprüfungen keine Beachtung finden müsste (siehe Abbildung 25, Kapitel 4.2.1.2.1). In den Regressionsmodellen der multivariaten Analysen erweist sich die wohnortnahe Erreichbarkeit unter Konstanzhaltung aller anderen Variablen in allen betrachteten Subgruppen einschließlich der Gruppe der Kodierprüfungen (Prüffälle mit der Prüffrage zur Dauer der Krankenhausbehandlung mit Effektivgewichtsminderungen ohne gutachtliche Kürzung der Verweildauer) als mit dem Begutachtungsergebnis assoziierende Variable, obwohl die Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote bei Prüfungen zur Korrektheit der Kodierung nicht berücksichtigt werden müsste. Somit scheint der Unterschied in den Minderungswahrscheinlichkeiten nach wohnortnaher Erreichbarkeit nicht aus der gutachtlichen Berücksichtigung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit als Substitut geriatrischer Rehabilitationsbehandlungen in Rehabilitationseinrichtungen hervorzugehen. Für den höheren Anteil an Effektivgewichtsminderungen in Fällen, bei denen ein Rehabilitationsangebot wohnortnah erreicht werden konnte, sind eher nicht in die Analysen einbezogene Drittvariablen wie Auffälligkeiten in bestimmten wohnortnah gelegenen Krankenhäusern verantwortlich.

Minderungen des Effektivgewichts nehmen mit zunehmendem Alter als auch mit zunehmender Multimorbidität (Anzahl GtMK) und höherem Grad an Funktionseinschränkungen ab. Das zeigt sich sowohl unter allen 10.399 GFK-Fällen mit geriatrischer DRG als auch in den nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote stratifizierten

Subgruppen der Prüffälle zur Dauer der Krankenhausbehandlung und in der Gruppe der Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung mit gutachtlicher Kürzung der Verweildauer (siehe dazu Tabelle 11; Tabelle 16; Tabelle 18). Lediglich in der Gruppe der Prüfungen mit der Prüffrage nach der Dauer der Krankenhausbehandlung, unter denen keine gutachtlichen Verweildauerkürzungen vorgenommen wurden und sich demzufolge Effektivgewichtsminderungen nicht aus der gutachtlichen Bewertung des Krankenhausbehandlungsbedarfs, sondern aus der Prüfung der Korrektheit der Kodierung ergeben, nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung mit zunehmender Multimorbidität und steigendem Grad an Funktionseinschränkungen nicht stetig ab (siehe Tabelle 18). Das spricht grundsätzlich für die gutachtliche Berücksichtigung des Alters, des Grades der Selbständigkeit (Schwere der Funktionseinschränkungen) und der Multimorbidität (Anzahl an GtMK) bei der Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten. In der Stratifizierung der Prüffälle zur Dauer der Krankenhausbehandlung nach wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote zeigt sich aber, dass Effektivgewichtsminderungen zwar ohne wohnortnah verfügbares geriatrisches Rehabilitationsangebot generell seltener vorgenommen werden, die geriatrischen Faktoren aber bei der gutachtlichen Beurteilung des Krankenhausbehandlungsbedarfs unabhängig von der Verfügbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote Berücksichtigung finden. Bestätigen die Gutachter des MDK Sachsen-Anhalt in Regionen ohne wohnortnah verfügbares geriatrisches Rehabilitationsangebot die Dauer einer GFK, weil im Anschluss an die Akutbehandlung keine geriatrische Rehabilitationsbehandlung verfügbar war, müssten sich Unterschiede in der Stärke der Zusammenhänge zwischen geriatrischen Rehabilitationsindikatoren und Effektivgewichtsminderungen zu Fällen aus Regionen mit wohnortnah verfügbarem Rehabilitationsangebot zeigen. Mit zunehmend ausgeprägten geriatrischen Rehabilitationsindikatoren (mit höherem Alter sowie zunehmender Multimorbidität und höherem Grad an Funktionseinschränkungen) müsste die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung in Regionen ohne wohnortnahes geriatrisches Rehabilitationsangebot gegenüber Fällen mit wohnortnah erreichbarem Rehabilitationsangebot verhältnismäßig schneller sinken. Die Analysen zeigen allerdings kaum Unterschiede in der Stärke der negativen Zusammenhänge zwischen dem Alter wie auch den kognitiven und motorischen Funktionseinschränkungen und Minderungen des Effektivgewichts zwischen Fällen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote. Hinsichtlich der Multimorbidität sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Effektivgewichtsminderung

entgegen dem erwarteten Trend bei Fällen mit wohnortnah verfügbarem geriatrischen Rehabilitationsangebot mit zunehmender Multimorbidität (steigende Anzahl an GtMK) sogar schneller als bei Fällen ohne wohnortnah erreichbare geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (siehe Abbildung 30, Kapitel 4.2.2.1). In den logistischen Regressionsmodellen erweist sich bei Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit unter den geriatrischen Rehabilitationsindikatoren (Alter, Funktionseinschränkungen, Anzahl GTMK) lediglich die Multimorbidität (Anzahl GtMK) als mit dem Begutachtungsergebnis signifikant assoziierende Variable, während bei Prüffällen zur Korrektheit der Kodierung keine der geriatrischen Variablen signifikant mit dem Begutachtungsergebnis assoziiert (Tabelle 19).

Die Erklärungsgüte erweist sich in allen Regressionsmodellen als eher gering, was darauf hindeutet, dass noch andere als die betrachteten Merkmale Einfluss auf das Begutachtungsergebnis nehmen. Die Unterschiede in der Modellgüte zwischen den Prüfgruppen mit und ohne gutachtliche Verweildauerkürzung deuten aber auch darauf hin, dass die geriatrischen Charakteristika bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung stärker berücksichtigt werden als bei Prüfungen zur Korrektheit der Kodierung (siehe zur Güte der Modelle Kapitel 4.2.2.2).

Geriatrische Charakteristika werden demnach durchaus gewürdigt bei der Beurteilung des Krankenhausbehandlungsbedarfs nach § 39 SGB V. Je älter bzw. multimorbider und funktionseingeschränkter geriatrische Patienten sind, umso eher wird ihnen der Bedarf an einer Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses zugesprochen. Die geriatrische Rehabilitationsindikation gemäß § 40 SGB V und die mögliche Erreichbarkeit entsprechender geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen scheinen von den Gutachtern zumeist aber nicht zugrunde gelegt zu werden.

In der Aufschlüsselung der Behandlungsdauern zeigt sich, dass das Effektivgewicht von Prüffällen mit Behandlungsdauern nahe der Erlösgrenze (14 – 16 Behandlungstage) am häufigsten gemindert wird (siehe Kapitel 4.2.1.2.2). Das kann darauf hinweisen, dass Krankenhäuser GFK bewusst bis knapp über die Erlösgrenze durchführen, um die höher bewertete geriatrische DRG abrechnen zu können. Bei Abrechnungen von GFK, die einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus folgen, werden in 60 Prozent der Prüfungen und damit am häufigsten unter den Prüffällen mit externer Verlegung Effektivgewichtsminderungen vorgenommen bei Behandlungsdauern von 21 bis 23 Tagen. Das spricht dafür, dass es zu ver-

mehrten Effektivgewichtsminderungen kommt, weil Behandlungen unabhängig vom akuten stationären Behandlungsbedarf über die mittlere Verweildauer hinaus durchgeführt werden, um Verlegungsabschläge zu vermeiden (siehe zur Vergütungsthematik bei externer Verlegung Kapitel 2.3.1).

Leistungsrechtlich sind Effektivgewichtsminderungen wegen des Kürzens von Behandlungstagen außerhalb des akutgeriatrischen Versorgungsanspruchs (§ 39 SGB V) gerechtfertigt. Vor dem Hintergrund fehlender Rehabilitationsalternativen im Anschluss an die geriatrische Krankenhausbehandlung sollte aber mit dem Anspruch an eine bedarfsgerechte Behandlung geriatrischer Patienten in einem Bundesland mit akutgeriatrischem Fokus aus sozialmedizinischer Perspektive eher eine längere als eine zu kurze Behandlung geriatrischer Patienten im Krankenhaus gewährt werden. Der versorgungspraktische Einsatz der GFK als Substitut rehabilitativer Maßnahmen im Sinne der fallabschließenden Behandlungskonzeption scheint auf Grundlage der Behandlungsdaueranalysen somit eher nicht im Fokus der sozialmedizinischen Begutachtung des MDK Sachsen-Anhalt zu stehen. Je ausgeprägter die geriatrischen Charakteristika, desto häufiger wird Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auch über die erlösrelevanten 14 Behandlungstage hinaus zugesprochen (siehe Kapitel 5.2.1.2.2). Krankenhausbehandlungen werden gutachtlich zeitlich länger gewährt, wenn ausgeprägte Multimorbidität (Anzahl GtMK) und ein hoher Grad an Einschränkungen der Selbstständigkeit als maßgebliche geriatrische Rehabilitationsindikatoren vorliegen. Das zeigen die mit zunehmender Behandlungsdauer abnehmenden Anteile an Effektivgewichtsminderungen, die mit einer hohen Anzahl an GtMK (3+mehr GtMK) und schweren motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen einhergehen (siehe dazu Kapitel 4.2.1.2.2). Zusammenfassend können im Rahmen der Hypothesenprüfung vier der aufgestellten Hypothesen verifiziert und vier Hypothesen falsifiziert werden (Tabelle 20).

<i>Tabelle 20: Prüfung der Hypothesen</i>	
Hypothesen	Prüfung
<i>UF I: Wird bei der Beauftragung des MDK mit Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus von den Krankenkassen berücksichtigt?</i>	
<i>H I.I: Die Beauftragung der Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung auf ausschließlicher Grundlage des § 39 SGB V erfolgt bei Kodierung einer GFK nur, wenn geriatrische Rehabilitationsangebote wohnortnah erreichbar sind.</i>	falsifiziert
<i>H I.II: Sind geriatrische Rehabilitationsangebote nicht wohnortnah erreichbar, wird bei Kodierung einer GFK die Prüfung der Voraussetzungen für eine stationäre geriatrische Krankenhausbehandlung unter Einbezug des § 39 SGB V als auch der Rehabilitationsindikation für Behandlungen nach § 40 SGB V beauftragt.</i>	falsifiziert
<i>UF II: Findet der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung durch die Gutachter des MDK Berücksichtigung?</i>	
<i>H II.I: Minderungen des Effektivgewichts kommen bei allen Behandlungsdauern mit annähernd gleicher Wahrscheinlichkeit vor.</i>	falsifiziert
<i>H II.II: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmendem Alter ab.</i>	verifiziert
<i>H II.III: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmender Anzahl an GtMK ab.</i>	verifiziert
<i>H II.III: Minderungen des Effektivgewichts nehmen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung mit zunehmenden Funktionseinschränkungen ab.</i>	verifiziert
<i>H II.IV: Minderungen des Effektivgewichts kommen bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung häufiger vor, wenn ein geriatrisches Rehabilitationsangebot wohnortnah erreichbar ist.</i>	verifiziert
<i>H II.V: Der Einfluss der jeweiligen geriatrischen Rehabilitationsindikatoren auf die Wahrscheinlichkeit der Minderung des Effektivgewichts unterscheidet sich bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen Fällen mit wohnortnaher Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote von Fällen ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote.</i>	falsifiziert

Die Unterforschungsfrage I: *„Wird bei der Beauftragung des MDK mit Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus von den Krankenkassen berücksichtigt?“* ist folglich zu verneinen.

Die Unterforschungsfrage II: *„Findet der konzeptionelle Anspruch an eine fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung durch die Gutachter des MDK Berücksichtigung?“* ist ebenfalls zu verneinen.

Womit die Hauptforschungsfrage: *„Wird bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung in Sachsen-Anhalt die fallabschließende Behandlung im Krankenhaus gemäß der Behandlungskonzeption des Landes ausreichend berücksichtigt?“*, wie folgt zu beantworten ist:

Die fallabschließende geriatrische Behandlungskonzeption findet bei der sozialmedizinischen Prüfung von GFK-Abrechnungen zum Krankenhausbehandlungsbedarfs in Sachsen-Anhalt keine ausreichende Berücksichtigung.

Resümierend kann geschlussfolgert werden, dass sich die sozialmedizinische Begutachtung letztlich sachgerecht primär auf den Akutbehandlungsbedarf (§ 39 SGB V) bezieht. Zwar fließt die geriatrische Rehabilitationsindikation (§ 40 SGB V) nach ärztlichem Ermessen des Gutachters vereinzelt in die Bewertung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein, die sozialrechtlichen Bestimmungen auf Bundesebene (Kodierung des OPS 8-550 nur möglich im Rahmen der Akutbehandlung) bestimmen aber maßgeblicher als die Landeskonzepion zur geriatrischen Versorgung (fallabschließende Behandlungskonzeption) das Begutachtungsvorgehen.

5.2 Methodenkritik

Die Aussagekraft der Analysen unterliegt einigen Limitationen, die im Verlauf der Forschungsarbeit benannt wurden und nachfolgend zusammenfassend diskutiert werden. Die Auflistung folgt keiner Rangfolge oder Gewichtung.

Vollständigkeit, Validität und Aussagekraft der Routinedaten:

- Die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 301 SGB V) und die auf Grundlage der Prügutachten erfassten Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt enthalten nicht alle für die vollumfängliche Prüfung der Thesen gewünschten Variablen (z. B. OPS-Tage, Angaben zu internen Verlegungen oder Angaben zur Pflegebedürftigkeit). So kann beispielsweise die bedarfsgerechte Würdigung geriatrischen Rehabilitationsbedarfs im Begutachtungsprozess nicht vollumfänglich, sondern lediglich auf Grundlage limitierter Indikatoren bewertet werden (siehe dazu Kapitel 3.2).
- Die Forschungsergebnisse auf Basis der MDK-Routinedaten geben lediglich Aufschluss über die Inhalte und Ergebnisse der sozialmedizinischen Begutachtungstätigkeit des MDK Sachsen-Anhalt. Jedwede leistungsrechtliche Entscheidung treffen die Krankenkassen auf Basis der Empfehlung, die das unabhängige MDK-Gutachten beinhaltet. Valide Aussagen zur Versorgungs- und tatsächlichen Finanzierungssituation können daher nur mit den Leistungsdaten der Krankenkassen oder bestenfalls mittels randomisierter kontrollierter Studien (RCT) getroffen werden.
- Nicht außer Acht gelassen werden sollte in der Interpretation in diesem Zusammenhang auch eine oftmals genannte Schwäche der Routinedaten: deren Validität. Die Qualität der vom Krankenhaus an die Krankenkassen übermittelten Daten kann nicht nachvollzogen werden. Zwar relativiert sich dieser Aspekt durch die MDK-Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen, die Fehlkodierungen oder Abrechnungsfehler aufzeigen und die Relevanz der Daten für die Krankenhäuser. Schließlich sind dies für die Kassen zahlungsrelevante, stringent plausibilitätsgeprüfte Daten (vgl. dazu Rothgang et al., 2013, S. 144). Allerdings kann der MDK retrospektiv selbst unter Vorlage der Krankenakte nur eingeschränkt nachvollziehen, ob Behandlungsdokumentation, Kodierung und Rechnungslegung mit der tatsächlich durchgeführten Behandlung übereinstimmen. Die

Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit, die ausschließlich auf Routinedaten beruhen, lassen noch weniger Rückschlüsse auf die Validität der übermittelten Daten zu. Schlussfolgerungen auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen sind somit auf Grundlage der MDK Routinedaten nicht möglich.

- Die Zuordnung der betrachteten GFK-Fälle nach dem Jahr der Krankenhausbehandlung (Aufnahmedatum vom 01.01. bis 31.12. des jeweiligen Jahres) lässt eine Vergleichbarkeit zu den vom MDS routinemäßig aufbereiteten bundesweiten Krankenhausprüfdaten nicht uneingeschränkt zu, da diese zum einen nach dem Jahr der Begutachtung selektiert wurden und zum anderen auch Stellungnahmen beinhalten, die im Rahmen der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) erstellt wurden.

Repräsentativität der Routinedaten und Vergleichbarkeit der Krankenhausabrechnungsprüfungen von GFK-Fällen in Sachsen-Anhalt zu anderen Bundesländern mit überwiegend akutstationärer geriatrischer Versorgungsstruktur:

- Bei den zur Begutachtung vorgelegten GFK-Fällen handelt es sich um jährlich zwischen 17 und 25 Prozent aller Krankenhausabrechnungen mit dem OPS 8-550. Abrechnungsprüfungen sind aber Auffälligkeitsprüfungen. Sie werden zur Qualitätssicherung von den Krankenkassen selektiv eingesetzt. Daher kann der Anspruch auf Repräsentativität einer Stichprobe (siehe zum Begriff statistischer Repräsentativität z. B. Atteslander, 2000, S. 290) nicht erfüllt werden. Generelle Aussagen über die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt sind nicht möglich.
- Auch die bundesweite Vergleichbarkeit der GFK-Prüfdaten des MDK Sachsen-Anhalt im geriatrischen Feld kann aufgrund mangelnder bundesweiter Statistiken nicht nachvollzogen werden (siehe dazu Kapitel 2.3.2). Eine Gegenüberstellung der Prüfdaten aus Sachsen-Anhalt mit den bundesweit vom MDS auf Basis des jährlichen MDK-Berichtswesens zusammengefassten Daten (unveröffentlicht) zeigt unter Einbezug aller mit abschließendem Ergebnis erstellten gutachtlichen Stellungnahmen (Gutachten, Kurzgutachten und Fallberatungen), dass die Gesamtprüfquote des MDK Sachsen-Anhalt in drei Jahren um maximal 1,6 Prozent höher ist als im Bundesdurchschnitt. Im Jahr 2015 bildet sich die gleiche Prüfquote wie im Bundesdurchschnitt ab, im Jahr 2016 ist sie etwas geringer. Der Anteil an Prüffällen, die die Voraussetzungen für eine Abrechnung nicht erfüllen (Kürzungsquote), liegt in Sachsen-Anhalt in einigen Jahren knapp unter und in

anderen Jahren etwas über dem durchschnittlichen Kürzungsanteil der MDK-Gemeinschaft, weicht aber in keinem Jahr maßgeblich weit vom Bundesdurchschnitt ab (siehe Tabelle 21). Dahingehend können die Abrechnungsprüfungen des MDK Sachsen-Anhalt auf Basis der Routinedaten als vergleichbar mit dem durchschnittlichen Bundesgeschehen angenommen werden.

Tabelle 21: Vergleich Prüf- und Kürzungsquoten zu Prüfungen von Krankenhausabrechnungen nach KHEntgG, MDK Gemeinschaft und Sachsen-Anhalt, Jahre 2012 bis 2017

Jahr	Bund und MDK-Gemeinschaft				Sachsen-Anhalt und MDK Sachsen-Anhalt			
	vollst. Behandlungen	Abrechnungsprüfungen	Prüfquote	Kürzungsquote	vollst. Behandlungen	Abrechnungsprüfungen	Prüfquote	Kürzungsquote
2012	17.976.447	2.365.468	13,2 %	50,4 %	574.995	85.127	14,8 %	49,1 %
2013	18.133.711	2.355.009	12,9 %	51,1 %	573.980	81.898	14,3 %	47,8 %
2014	18.531.819	2.384.332	12,9 %	51,6 %	579.833	84.356	14,5 %	48,7 %
2015	18.665.238	2.391.593	12,8 %	52,2 %	574.091	73.419	12,8 %	49,4 %
2016	18.961.650	2.418.850	12,8 %	51,8 %	580.565	72.264	12,4 %	49,2 %
2017	18.901.222	2.660.558	14,1 %	51,9 %	573.412	89.756	15,7 %	55,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c); Routinedaten MDK Sachsen-Anhalt und MDS Berichtswesen (unveröffentlicht), eigene Berechnungen

Anmerkung: Die Begutachtungszahlen der MDK Gemeinschaft entstammen dem Berichtswesen des MDS (unveröffentlicht). Der MDS fasst alle mit abschließendem Ergebnis durchgeführten Prüfungen von Krankenhausabrechnungen nach dem KHEntgG mit den Erledigungsformen Gutachten, Kurzgutachten und Sozialmedizinische Fallberatung nach dem Jahr der sozialmedizinischen Begutachtung aus allen MDK zusammen. Die Statistik aus dem Bereich der stationären Begutachtung für die Jahre 2012 bis 2017 wurde vom MDK Sachsen-Anhalt ohne jeglichen Bezug auf Sozialdaten für die Analysen dieses Forschungsbeitrags auf einem gesicherten Server bereitgestellt.

- Ein Vergleichsdatensatz eines MDK aus einem Bundesland mit zweistufigem geriatrischen Versorgungskonzept konnte nicht generiert und vergleichend gegenübergestellt werden. Die Aussagekraft der Analysen ist dadurch eingeschränkt. Der Forschungsaufbau kann zur weiterführenden Validierung der Aussagen aber auf andere Routinedatensätze adaptiert werden.

Kausalzusammenhänge:

Zwar ist die vorliegende Beobachtungsstudie eine Vollerhebung zum realen Begutachtungsgeschehen, Aussagen zur Kausalität der ermittelten Zusammenhänge sind aufgrund des querschnittlichen Charakters und anderer Charakteristika der Routinedaten allerdings schwerlich abzuleiten (vergleiche dazu Atteslander, 2000, S. 339; Rothgang, et al., 2013, S. 283).

- Im Rahmen des vorliegenden Forschungsbeitrages standen lediglich Daten mit querschnittlichem Charakter zur Verfügung. Weitere Auswertungen zur sozialmedizinischen Begutachtung des Krankenhausbehandlungsbedarfs auf Grundlage der MDK-Routinedaten sollten zusätzlich Informationen zum behandelnden Krankenhaus einbeziehen (standen für die vorliegende Arbeit nicht zur Verfügung), um Aussagen über die Entwicklung von Prüfbeauftragungen und Begutachtungsergebnissen auf Ebene von Krankenhäusern längsschnittlich treffen zu können. Mittels Verknüpfung der Krankenkassendaten mit den MDK-Daten (z. B. über einen Datentreuhänder) wäre es zusätzlich möglich, den Einfluss der Fehlbelegungsprüfungen auf das Versorgungsgeschehen in den Krankenhäusern zu erörtern (siehe dazu auch Kapitel 5.4).
- Aufgrund des beobachtenden Studiendesigns unterscheiden sich die Gruppen (mit und ohne Minderung des Effektivgewichts bzw. mit und ohne Verweildauer kürzung bei der Prüfung der Dauer der Krankenhausbehandlung) strukturell voneinander. Strukturgleichheiten der aus den Routinedaten hervorgehenden Gruppen von Prüffällen können aber durch Matching-Verfahren oder wie im Falle der vorliegenden Forschungsarbeit mit Hilfe logistischer Regressionsanalysen ausgeglichen werden (vgl. zum Vorgehen z. B. Rothgang, et al., 2013, S. 261;283). Mit der Konstruktion der binären Variable *woh-nortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote* wurde zusätzlich eine Möglichkeit geschaffen, in den festgefügt Datensätzen zwei Versorgungssituationen zu trennen, deren Gutachten sich vergleichend analysieren lassen. Eine Adjustierung mittels logistischer Regression bleibt dennoch eingeschränkt, da nur die unter den Routinedaten bekannten Einflussfaktoren kontrolliert werden können (vergleiche dazu z. B. Lux et al., 2014, S. 412 f. oder Egger et al., 2017, S. 61 f.).

Randomisierte kontrollierte Studien sind im Bereich der MDK-Abrechnungsprüfungen schwerlich umsetzbar, da das Sozialgesetz und ethische Normen die Modifizierung der Abrechnungsprüfungen für Studienzwecke erschwert. So sind z. B. RCTs zur Wirkung von geriatrischer Rehabilitation oder aber zur Wirkung der Abrechnungsprüfungen auf die Rehabilitationsversorgung kaum möglich, weil die Versicherten einen rechtlichen Anspruch auf Rehabilitation haben und in diesem Anspruch gleichbehandelt werden müssen (vergleiche dazu z. B. Garms-Homolova & Roth, 2004, S. 46). Realisierbar wird Randomisierung in sozialrechtlich geregelten Vollzügen, wenn es Erprobungsregelungen gibt, wie sie der G-BA für neue Versorgungsformen außerhalb der Regelversorgung der GKV zulassen kann (§ 137e Abs. 7 SGB V). Wie ein Ansatz einer RCT bezüglich der Messung der Qualität sozialmedizinischer Prüfungen von GFK-Abrechnungen umgesetzt werden könnte, wird im Kapitel 5.4 aufgezeigt.

- Die Annahme, dass Aussagen zu Kausalitäten ohne RCT nicht getroffen werden können oder mittels RCT einwandfrei bewiesen sind (siehe dazu z. B. Atteslander, 2000, S. 339 oder Mostardt et al, 2014, S. 411 ff.), relativiert sich unter Bezugnahme auf die Kausalitätskriterien nach Hill, die für die Ergründung von Kausalzusammenhängen ein Geflecht einander stützender Befunde beschreiben (Hill, 1965). Die Hill-Kriterien bieten einen Rahmen, Evidenz aus verschiedenen Zusammenhängen zu einem Gesamtbild zu ordnen und bieten so eine konstruktive Antwort auf die These, Assoziation bedeute nicht Kausalität. Bezüglich der vorliegenden Forschungsarbeit liefert Schindler (Schindler, 2018) einen zwar vagen, aber stützenden Befund dafür, dass die sozialmedizinische Begutachtung in Sachsen-Anhalt ihren Einsatz nicht entsprechend der Förderung fallabschließender geriatrischer Behandlung im Krankenhaus findet (siehe dazu Kapitel 2.3.2). Weitere Befunde, um dies kausal auf die Prüfbeauftragung oder auf fehlende Begutachtungsleitfäden zurückführen zu können, liegen aktuell allerdings nicht vor.

5.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

In verschiedenen Beiträgen der Fachliteratur wird moniert, dass sich vorrangig die Ausgestaltung des OPS 8-550 im G-DRG-System fehlanreizend auf die Behandlungsdauern in der Geriatrie auswirke (siehe dazu Kapitel 2.3.1). Im Zusammenhang damit steht auch die Dis-

kussion um zunehmende sozialmedizinische Prüfungen des geriatrischen Krankenhausbehandlungsbedarfs, die vor allem in Bundesländern mit akutgeriatrischem Behandlungsfokus zu Rechnungskürzungen führen, die sich nicht mit den individuellen Versorgungskonzepten vereinbaren lassen (siehe dazu Kapitel 2.3.2).

Die Analyseergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit bilden durchaus die in der Fachliteratur monierte Zunahme des GFK-Prüfgeschehens mit Fokus auf die Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs rund um die Erlösgrenzen des OPS 8-550 ab. Aussagen, die diese Entwicklung begründen, lassen sich daraus aber nicht ableiten. Wie die Ausgestaltung der GFK im DRG-System die Prüfentwicklung beeinflusst, kann an dieser Stelle nicht valide geklärt werden. Mit dem Befund dieses Forschungsbeitrages, dass die fallabschließende geriatrische Behandlungskonzeption bei der sozialmedizinischen Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen in Sachsen-Anhalt keine ausreichende Berücksichtigung findet (siehe dazu Kapitel 5.1), festigt sich aber die Kritik an der Abbildung der GFK im G-DRG-System im Hinblick auf ihre Unvereinbarkeit mit den regionalen Versorgungsunterschieden.

Vor dem Hintergrund der differentiellen geriatrischen Landeskonzepte sollte die Abbildung der GFK im G-DRG-System mit länderspezifischer Überarbeitung der Vergütungssystematik des OPS 8-550 ausdifferenziert werden (vergleiche dazu z. B. Meinck et al., 2014, S. 565). Die vorliegenden Analysen liefern zwar Ansätze zur Optimierung des Vorgehens bei Abrechnungsprüfungen, trotzdem legen sie auch dar, dass der originäre GFK-Vergütungsanreiz ein ökonomisch getriggertes Prüfverhalten der Krankenkassen als wirtschaftende Organisationen im Gesundheitswesen verstärkt. Unter anderem wegen der geringen Beteiligung der Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen an den regelmäßigen DRG-Kalkulationsstichproben des InEK (Kolb, et al., 2014, S. 12) ist eine grundlegende Anpassung des OPS 8-550 und eine entsprechend neu ausgerichtete Abbildung der Geriatrie im Rahmen der Fortschreibung des G-DRG-Systems in naher Zukunft allerdings nicht absehbar.

Im Hinblick auf die fehlanreizende Vergütungssystematik des OPS 8-550, aber auch grundlegend hinsichtlich der medizinischen Ziele geriatrischer Behandlungen gilt es außerdem, den akutgeriatrischen Versorgungsfokus per se zu hinterfragen. „Der sog. akutmedizinische Bias der deutschen Medizin, d. h. die relative Vernachlässigung von präventiver und rehabilitativer Medizin zugunsten der kurativen, trifft die Geriatrie besonders hart, da diese Disziplin durch einen relativ hohen Anteil rehabilitativer Behandlungskomponenten gekennzeichnet ist“ (Leistner et al., 2001, S. 59). Die sozialrechtliche Unterscheidung zwischen

Akutgeriatrie und stationärer geriatrischer Rehabilitation führt in der Versorgungspraxis eher zu Schnittstellenproblemen als zu einer aufeinander aufbauenden Versorgungskultur. Die in anderen Ländern vielfach durchgeführte ambulante geriatrische Rehabilitation beispielsweise hat es im Konkurrenzkampf zwischen GfK im Krankenhaus und stationärer medizinischer geriatrischer Rehabilitation weder in Sachsen-Anhalt (siehe zu den drei ambulanten Rehabilitationsangeboten außerhalb des Geltungsbereichs von § 40 SGB V Kapitel 2.1.4) noch in Deutschland geschafft, sich ausreichend zu etablieren (vergleiche dazu z. B. Leistner et al., 2001; Becker et al., 2020). Flächendeckende ambulante bzw. mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen könnten aufgrund ihres präventiven Potenzials andernfalls Krankenhausaufenthalte geriatrischer Patienten häufiger verhindern als auch Pflegebedarfe reduzieren (siehe dazu z. B. Becker et al., 2020, S. 142). Sektorengrenzen erscheinen gerade bei geriatrischen Patienten problematisch, da im Einzelfall gleichzeitig bestehende kurative, rehabilitative und pflegerische Versorgungsbedarfe aufgrund von Komplikationen und verzögerter Rekonvaleszenz stark variieren können. Zudem sind geriatrische Patienten nur bedingt in der Lage, Schnittstellenprobleme selbst zu kompensieren (vergleiche dazu z. B. Lübke, 2012, S. 60 f.). „Angemessener erscheint es daher, beides – geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation – integriert in einer Einrichtung anzubieten gleichgültig, ob es sich dabei um ein Krankenhaus oder um eine Rehabilitationseinrichtung handelt. So können Überweisungen verhindert, damit Kosten gesenkt und unnötige Reibungsverluste zwischen den Einrichtungen sowie Belastungen des Patienten vermieden werden“ (Loos et al., 2001). Die einstufige geriatrische Versorgung im Krankenhaus könnte sich somit zumindest hinsichtlich fehlender Sektorengrenzen und eines niedrighwelligen Zugangs als vorteilhaft erweisen. Zum einen ist für Behandlungen im Krankenhaus als Regelleistung der GKV (§ 39 SGB V) grundsätzlich keine prospektive Kostenzusage durch die Krankenkasse notwendig. Zum anderen halten Krankenhäuser umfangreiche Behandlungsmöglichkeiten für etwaige Begleiterkrankungen vor, was sich positiv auf die Rehabilitationsfähigkeit der Patienten auswirken kann (vergleiche dazu z. B. Plute & Vogel, 2007). Plute und Vogel (2007) erörtern zusammenfassend: „Bei geriatrischen Patienten sprechen rechtliche, medizinische und ökonomische Erwägungen erkennbar für die „fallabschließende stationäre“ Behandlung in der geriatrischen Abteilung eines Krankenhauses [...] und gegen die „zweistufige“ Versorgung [...]“ (Plute & Vogel, 2007, S. 455). In Anbetracht der Entwicklung der GfK-Behandlungsdauern entlang der Erlösgrenzen sowie der gängigen sozialmedizinischen Prüfung des

geriatrischen Akutbehandlungsbedarfs gemäß § 39 SGB V, die formal korrekt, aber für die medizinischen Ziele der geriatrischen Versorgung unzureichend ist, scheint das einstufige Geriatriekonzept zumindest unter den aktuellen Vergütungsanreizen allerdings nicht tragbar. Sowohl die Kliniken als auch die Krankenkassen und der MDK tragen angereizt durch die Staffelung des OPS 8-550 mit nur einer vergütungsrelevanten Behandlungsdauergrenze in Teilen zur Hemmung der geriatrischen Rehabilitationsversorgung bei. Gelingt es nicht, ein Krankenhaus-Vergütungssystem zugrunde zu legen, welches regionale Unterschiede berücksichtigt, ist eine zweistufige geriatrische Versorgung anzustreben. Auch hier würden zwar die Erlösanreize des OPS 8-550 noch immer eine erlösoptimierte Behandlungsdauer fördern, eine an einen Krankenhausaufenthalt nahtlos anschließende geriatrische Rehabilitationsbehandlung wäre jedoch möglich. Unter den aktuellen Vergütungsanreizen ist allerdings auch im Geflecht der zweistufigen Versorgungskonzeption zu vermuten, dass Krankenkassen aus gewinnmaximierenden/kostenminimierenden Gründen dem Interesse nachgehen, GFK-Abrechnungen unter die Erlösgrenze zu kürzen, um bei anschließender geriatrischer Rehabilitationsversorgung nicht doppelte Kosten für die geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus zum einen und die anschließende medizinische Rehabilitation zum anderen zu tragen. Abgesehen von der bundeseinheitlichen Abbildung der GFK im G-DRG-System, die sich nicht mit den einstufigen Geriatriekonzepten einiger Bundesländer vereinbaren lässt, sprechen außerdem medizinische Aspekte dafür, geriatrischen Krankenhausbehandlungen durch den Ausbau der geriatrischen Rehabilitationsstrukturen grundsätzlich präventiv entgegenzuwirken bzw. Krankenhausaufenthalte durch anschließende geriatrische Rehabilitation zu verkürzen. Die bisherigen, wenn auch noch seltenen, Studien weisen tendenziell einen besseren Outcome bei geriatrischer Behandlung im Rahmen der zweistufigen Versorgung mit geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen in speziell dafür vorgesehenen stationären Rehabilitationseinrichtungen als bei ausschließlich akutgeriatrischer Behandlung nach (siehe dazu Kapitel 2.3.1).

Wird die geriatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt unter der aktuellen Vergütungssystematik weiterhin einstufig gestaltet, wäre aber zumindest das steuernde Instrument der Krankenhausabrechnungsprüfung nach der geriatrischen Landeskonzeption auszurichten. Damit würde die sozialmedizinische Begutachtungsressource im Sinne der Solidargemeinschaft zielführend eingesetzt und der Erbringung fallabschließender geriatrischer Krankenhausbehandlung würde nicht zusätzlich entgegengewirkt. Ein leistungsrechtlich vertretbarer und

nachvollziehbarer Einsatz der Krankenhausabrechnungsprüfungen zur Prüfung des geriatrischen Krankenhausbehandlungsbedarfs auf Grundlage des § 39 SGB V ist in Bundesländern mit hauptsächlich akutgeriatrischer Versorgung aus versorgungspraktischer Perspektive wie auch sozialgesellschaftlich weder angemessen noch ressourcenschonend und daher künftig nicht mehr vertretbar. Die BGA V&R (2018) weist bereits auf die Berücksichtigung regionaler Verfügbarkeiten geriatrischer Rehabilitationsangebote bei der Leistungsgewährung seitens der Krankenkassen und auch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK hin. Die sozialmedizinische Begutachtung im Krankenhaussektor sollte nicht gegensätzlich zum Rehabilitationssektor vorgenommen werden. Noch dazu, wo die jüngst etablierte Definition des geriatrischen Patienten sektorenübergreifend verstanden wird (MDS, 2018). Die Ausführungen der BGA V&R (MDS, 2018) gelten bundesweit und sind ein gemeinsames Produkt des MDS, des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen.

Die medizinfachliche Unabhängigkeit der sozialmedizinischen Gutachter bei fehlender geriatrispezifischer Begutachtungsanleitung für den Krankenhaussektor lässt allerdings trotz sektorenübergreifender Definition des geriatrischen Patienten und dem ausdrücklichen Hinweis auf den Einbezug regionaler Strukturen in die sozialmedizinische Begutachtung in der BGA V&R (MDS, 2018) weiterhin viel Ermessensspielraum für den Umgang mit regionalen Versorgungsunterschieden.

Es gilt daher, die unterschiedlichen Weiterbildungs- und Qualitätsprüfungsprozesse der einzelnen MDK mit einem einheitlichen Leitfaden zum Einbezug regionaler Versorgungsstrukturen in den Begutachtungsprozess zu überwinden (siehe dazu auch Kapitel 2.2.2). Ist ein MDK-internes Vorgehen etabliert, können die Medizinischen Dienste anschließend ihre sozialmedizinische Beratungsaufgabe (§ 275 SGB V) wahrnehmen und auch die Krankenkassen hinsichtlich der Berücksichtigung regionaler geriatrischer Versorgungsstrukturen beraten und unterstützen. Dazu sollte der MDK kritische und bewertende Erkenntnisse auch über die Einzelfallbegutachtung hinaus sammeln und an die Krankenkassen weitergeben. Gehen Prüfbeauftragungen im MDK ein, deren gutachtliche Empfehlungen leistungsrechtlich nicht umsetzbar sind, ist es die Aufgabe des MDK, die Krankenkassen über die geriatrische Versorgungspraxis aufzuklären, um die sozialmedizinische Begutachtung im Sinne der Solidargemeinschaft und jedes einzelnen Versicherten sinnvoll und zielführend auszurichten. Das bedeutet konkret, dass die Beauftragung von Prüfungen zur Notwendigkeit und Dauer der

Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V in Sachsen-Anhalt und anderen Bundesländern, in denen die geriatrische Versorgung maßgeblich oder ausschließlich im Krankenhaus erbracht wird, zu erweitern wäre um den Aspekt des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs gemäß § 40 SGB V. Dementsprechende Prüffragen könnten lauten:

- „Bestand die grundsätzliche Notwendigkeit einer stationären geriatrischen Behandlung wegen des Bedarfs an einer Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses nach § 39 SGB V und/oder die Indikation für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V?“
- „Bestand die Notwendigkeit einer stationären geriatrischen Behandlung wegen des Bedarfs an einer Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses nach § 39 SGB V und/oder die Indikation für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V für die gesamte Dauer von ...bis ... ?“

Mit der Einführung von Prüffragen, die den Aspekt der medizinischen Rehabilitationsindikation nach § 40 SGB V beinhalten, sollten dann auch Indikationskriterien wie die der medizinischen Rehabilitation in spezifische Begutachtungsleitfäden für die Begutachtung im Krankenhaussektor aufgenommen werden (vergleiche dazu Kolb et al., 2014, S. 10).

Zur erfolgreichen Förderung des akutgeriatrischen Versorgungskonzepts bedarf es weiterhin auch eines einheitlichen Verständnisses über die fallabschließende geriatrische Krankenhausbehandlung im Land Sachsen-Anhalt. Orientiert am Beispiel des § 4 Abs. 2.1 der Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein (Land Schleswig-Holstein, 2010) sollte das Geriatriekonzept Sachsen-Anhalts erweitert werden um den Einbezug der Rehabilitationsindikation nach § 40 SGB V in eine allgemeingültige Definition der fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung. An der Erarbeitung der Geriatriekonzeption (Stand 2009) beteiligt waren in Sachsen-Anhalt neben dem Ministerium für Gesundheit und Soziales (heute: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung), die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt sowie der Landesverband Geriatrie und die AOK Sachsen-Anhalt als mitgliederstärkste Krankenkasse des Landes. Eine überarbeitete Fassung des Geriatriekonzepts sollte zum einen unter Einbezug aller Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände des Landes Sachsen-Anhalt erarbeitet und ebenfalls orientiert am Beispiel Schleswig-Holsteins als

gemeinsam unterzeichnete Landesrahmenvereinbarung geschlossen werden (vergleiche dazu Land Schleswig-Holstein, 2010 & 2010a). Das schafft auch leistungsrechtlich eine Grundlage für die Krankenkassen, GFK in Regionen ohne wohnortnah erreichbare geriatrische Rehabilitationsangebote als substitutionelle Leistung zu gewähren, obwohl die Mindestkriterien zur Kodierung des OPS 8-550 die GFK an den Akutkrankenhausbehandlungsbedarf koppeln. In einem BSG-Urteil aus dem Jahr 2008 (siehe dazu auch Kapitel 1) heißt es zur Thematik substitutioneller Leistungsgewährung im Krankenhaus: „Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts 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“ (B 3 KR21/05 R vom 10.04.2008). Allerdings bezieht sich das BSG-Urteil zum einen vornehmlich auf ambulante Leistungen, zum anderen auf den Aspekt, dass Unterkunft, Verpflegung und Grundpflege nur „dienende Funktionen der Krankenhausbehandlung“ einnehmen und somit allein keine Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung begründen. Dem Urteil liegt ein Fall zugrunde, bei dem es sich um eine Krankenhausbehandlung handelt, die aus Sicht des behandelnden Krankenhauses nach der Akutbehandlung weiterhin so lange erforderlich gewesen sei, bis die Versicherte anstatt in die Häuslichkeit in einen betreuten Seniorenwohnsitz entlassen werden konnte. Wird geriatrische Rehabilitation durch Krankenhausleistungen substituiert, schließt dies nicht nur ambulante, sondern auch und vor allem stationäre Rehabilitationsmaßnahmen ein. Außerdem hängt die Rehabilitation im Bereich der Geriatrie durchaus mit der Behandlung zusammen (siehe zur geriatrischen Rehabilitation Kapitel 2.1.2). In Gänze adaptierbar auf den Kasus der fallabschließenden geriatrischen Behandlung scheint das Urteil somit nicht, womit weiterführend eingehend geprüft werden sollte, ob sich die Gewährung der GFK zumindest als Substitut stationärer geriatrischer Rehabilitationsbehandlungen leistungsrechtlich rechtfertigen ließe. Andernfalls steht die Leistungsgewährung zusätzlich im Gegensatz zum GKV-IpreG (siehe zum GKV-IpreG Kapitel 2.1.3 und 2.2.2). Wenn Verordnungen geriatrischer Rehabilitation von Vertragsärzten gemäß GKV-IpreG auf der Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente zukünftig von den Krankenkassen nicht mehr regelhaft auf ihre medizinische Notwendigkeit überprüft werden dürfen, weil es mehr geriatrische Reha-Verordnungen durch

Vertragsärzte und damit auch durchgeführte Rehabilitationen geben soll, dann muss die Umsetzung geriatrischer Rehabilitation in Ländern mit einstufiger Geriatriekonzeption in Krankenhäusern erfolgen dürfen. Andernfalls kann eine erhöhte Frequenz von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen allein mit den gegebenen Rehabilitationskapazitäten nicht erzielt werden. Dies ist dann auch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung zu beachten. Es wäre wenig sinnvoll, über das GKV-IpreG geförderte Rehabilitationsbehandlungen im Nachgang über die sozialmedizinische Prüfung des § 39 SGB V in Frage zu stellen. Das gilt auch für die in Sachsen-Anhalt bisher gängigen Vorabprüfungen von geriatrischen Behandlungen in Tageskliniken (siehe dazu Kapitel 2.1.3). Wie in allen anderen Bundesländern sollte bei einer Regelleistung der GKV wie der teilstationären Krankenhausbehandlung auf die vorherige Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs verzichtet werden.

Wird das Prüfgeschehen rund um die GFK unverändert beibehalten, könnten zusätzlich die Neureglungen des MDK-Reformgesetz zu den Prüfquotenbeschränkungen (siehe dazu auch Kapitel 2.1.3) mit der Rückkehr zum regelhaften Prüfgeschehen im Anschluss an die aktuell gültigen Bestimmungen des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz zu einer weiteren Zunahme unangemessener Fehlbelegungsprüfungen führen. Das MDK-Reformgesetz sieht vor, Kliniken, in denen häufiger als in andern Einrichtungen Auffälligkeiten in der Rechnungslegung auftreten, vermehrt zu prüfen (§ 275c SGB V). Kliniken, die die GFK abrechnen, weisen bezüglich der hohen Prüfquoten somit per se Auffälligkeiten auf. Es ist demnach zu erwarten, dass sie im Zuge des neu ausgerichteten Prüfverfahrens weiterhin im Fokus der Prüfungen stehen werden. Mit dem im Rahmen der Forschungsarbeit erlangten Wissen darüber, dass Effektivgewichtsminderungen bei GFK-Prüfungen zu großen Teilen aus kontroversen Beauftragungen zur Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung folgen, die mit den medizinischen Zielen der fallabschließenden geriatrischen Behandlungskonzeption nicht zu vereinbaren sind, ist anzunehmen, dass eine zusätzliche Zunahme an GFK-Abrechnungsprüfungen die Quantität der Rehabilitationsversorgung geriatrischer Patienten in Bundesländern mit akutergeriatrischer Ausrichtung zusätzlich schwächt.

Aus gesundheitspolitischer Perspektive sollte aber in der Diskussion um die Angemessenheit der GFK-Abrechnungsprüfungen auch der Aspekt der Rolle des MDK bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen nicht außer Acht gelassen werden. Herrscht weitestgehend ein

Konsens darüber, dass aus medizinischer Sicht die präventiven und rehabilitativen Strukturen der geriatrischen Versorgung zu stärken sind, sollten die Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nicht nach den akutgeriatrischen Versorgungsstrukturen ausgerichtet werden. Vielmehr kann es erklärtes Ziel sein, dass auf Grundlage von Ergebnissen der MDK-Prüfungen Versorgungsstrukturen angepasst werden. Werden Abrechnungen gekürzt, weil der MDK keinen Krankenhausbehandlungsbedarf, wohl aber den Bedarf einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V sieht, so weist dies auf den Bedarf an geriatrischen Rehabilitationsstrukturen hin. Werden rehabilitative Leistungen im Krankenhaus nicht oder nicht ausreichend vergütet, kann dies somit einen Anreiz darstellen, Rehabilitationsstrukturen (mobil, ambulant oder stationär) zu schaffen bzw. auszubauen.

Umso wichtiger sind Neuausrichtungen rund um das geriatrische Versorgungsgeschehen in Anbetracht der Entwicklungen der Geriatrie im Laufe der COVID-19-Pandemie. Zwar wurden in den Krankenhäusern vorwiegend geriatrische COVID-19-Patienten behandelt, frührehabilitative Behandlungsanteile wurden im Rahmen der pandemischen Ausnahmesituation allerdings eher reduziert als gestärkt (Grund et al., 2021).

5.4 Forschungsbedarf

Die Ergebnisse des Forschungsvorhabens bilden einen Aspekt der Funktionalität des geriatrischen Versorgungskonzeptes in Sachsen-Anhalt ab. Sie liefern Anreize für vertiefende Forschungsaspekte zur Ausrichtung des sozialmedizinischen Begutachtungsvorgehens mit GFK-Bezug bzw. zum Einfluss der Krankenhausabrechnungsprüfungen auf die geriatrische Versorgung.

Zum Aspekt der künftigen Ausgestaltung der sozialmedizinischen Prüfung von GFK-Krankenhausabrechnungen gilt es zu ergründen, ob und ggf. wie eine Neuausrichtung der Prüfbeauftragung oder die Schaffung spezifischer Begutachtungslaufbahnen zum Einbezug der fallabschließenden Behandlungskonzeption bzw. regionaler geriatrischer Versorgungsstrukturen die Begutachtungsergebnisse im Sinne der Förderung fallabschließender geriatrischer Krankenhausbehandlungen verändert.

Ein Ansatz könnte beispielsweise ein RCT sein, in dem Krankenkassen für einen festgelegten Erprobungszeitraum im Rahmen der Prüfbeauftragung Abrechnungen von Patienten ohne wohnortnahe Erreichbarkeit (mit gleicher DRG sowie mit gleichem Alter und Geschlecht) mit oder ohne spezifizierte Prüffrage nach stationärem geriatrischen Behandlungsbedarf unter Einbezug der Rehabilitationsindikation nach 40 SGB V beauftragen, um anschließend zu analysieren, ob und ggf. wie sich die Begutachtungsergebnisse aus den verschiedenen Prüfbeauftragungen unterscheiden.

Ein anderer Ansatz aus der reflexiven Praxis wäre ein Vergleich von MDK Begutachtungsergebnissen eines Bundeslandes, in dem der Krankenhausbehandlungsbedarf geriatrischer Patienten ausschließlich auf Grundlage des § 39 SGB V geprüft wird, im Vergleich zu einem Bundesland, in dem der Rehabilitationsbedarf nach § 40 SGB V bereits berücksichtigt wird. Legt bisher kein Bundesland die fallabschließende Behandlungskonzeption zugrunde, kann ein Begutachtungsfaden zum Einbezug regional verfügbarer geriatrischer Versorgungsangebote in die sozialmedizinische Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten entwickelt werden, um in einem kontrollierten Ansatz MDK-Begutachtungsergebnisse unter Einbezug des Leitfadens mit Begutachtungsergebnissen auf Grundlage der bisher vorliegenden Begutachtungsgrundlagen zu vergleichen. Weiterführend sollte geprüft werden, ob und ggf. wie sich die Abrechnungsprüfungen auf die anschließende geriatrische Versorgung auswirken.

Unter der Vermutung, dass Abrechnungsprüfungen ohne Berücksichtigung regional verfügbarer geriatrischer Rehabilitationsangebote die Entwicklung von Verweildauern entlang der Erlösgrenzen fördern (siehe dazu Kapitel 2.2.2), gilt es zu analysieren, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Kürzen von Krankenhausabrechnungen und der Entwicklung von Verweildauern. Wie beeinflusst das Kürzen von Rechnungen die Verweildauer? Möglich wäre, die Entwicklung der GFK-Verweildauern in Krankenhäusern mit häufigen Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung bzw. mit hohen Rechnungskürzungsquoten mit der Entwicklung der GFK-Verweildauern in Krankenhäusern mit wenigen GFK-Prüfungen bzw. geringen Kürzungsquoten zu vergleichen. Für Forschungsansätze dieser Art bedarf es der Verknüpfung von MDK Daten mit den Daten der Krankenkassen.

6 Zusammenfassung

Hintergrund

Stationäre geriatrische Versorgung findet je nach Bundesland einstufig im Rahmen akutmedizinischer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) oder zweistufig sowohl im Krankenhaus als auch über medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 SGB V) in Rehabilitationseinrichtungen statt. In Bundesländern mit einstufiger Geriatriestruktur hat sich konzeptionell die fallabschließende geriatrische Krankenhausbehandlung etabliert, bei der kurative (§ 39 SGB V) wie rehabilitative (§ 40 SGB V) Anteile der geriatrischen Behandlung im Krankenhaus erbracht werden.

Abgebildet werden geriatrische Behandlungen im G-DRG-System über die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) mit dem OPS 8-550, der ggf. zur Kodierung einer der 17 geriatrischen DRG führt. Im Rahmen einer fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung fungiert die GFK nicht nur als frührehabilitative Maßnahme, sondern als Substitut nicht verfügbarer medizinischer geriatrischer Rehabilitationsbehandlungen. Allerdings kann der OPS 8-550 nur solange verwendet werden, wie akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht. Die Versorgungspraxis steht somit nicht in Übereinstimmung mit dem Leistungsrecht. Das hat zu Kritik an der Vergütungssystematik des OPS 8-550 (siehe dazu z. B. Ernst et al., 2015) geführt, außerdem zu Widersprüchen bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer geriatrischer Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) (seit dem 1. Juli 2021 Medizinischer Dienst)²². Üblicherweise beziehen sich Prüfungen des Krankenhausbehandlungsbedarfs auf die Notwendigkeit der Behandlung in einem Krankenhaus nach § 39 SGB V. Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung nach § 40 SGB V wird nicht regelmäßig geprüft. In Regionen, in denen geriatrische Rehabilitationsangebote nicht wohnortnah (45 Minuten Fahrzeit) erreichbar sind, wird so allerdings ggf. Krankenhausbehandlungsbedarf abgesprochen, obwohl noch Rehabilitationsbedarf besteht.

²² Infolge des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wurden bis zum 30. Juni 2021 alle MDK in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt und in Medizinische Dienste bzw. der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung (MDS) in den Medizinischen Dienst Bund umbenannt (siehe dazu auch Kapitel 1 und Kapitel 2.2.2). Die Analysen der vorliegenden Forschungsarbeit beziehen sich auf Daten aus den Jahren 2012 bis 2017, weswegen sich die Ausführungen durchgängig auf den MDK bzw. den MDS beziehen.

Die vorliegende Forschungsarbeit geht der Frage nach, ob bei der sozialmedizinischen Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der GFK die fallabschließende Krankenhausbehandlung in Sachsen-Anhalt (beispielhaft für Bundesländer mit einstufiger geriatrischer Versorgungskonzeption) berücksichtigt wird, wenn geriatrische Rehabilitation nicht in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden kann.

Methodik

Datengrundlage der Querschnittsanalysen bildeten die anonymisierten Routinedaten des MDK Sachsen-Anhalt zu den Krankenhausabrechnungsprüfungen nach § 275 SGB V aus den Behandlungsjahren 2012 bis 2017. Identifiziert wurden Abrechnungsfälle mit dem OPS 8-550 und einer der 17 geriatrischen DRG (N=12.076). Geprüft wurde die Entwicklung der Beauftragung von Prüfungen durch die Krankenkassen; welche Prüffragen in Regionen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote beauftragt wurden; und ob geriatrische Rehabilitationsindikatoren (Alter, Multimorbidität, Funktionseinschränkungen), das Geschlecht und die Behandlungsdauer in Abhängigkeit zur wohnortnahen Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote im Zusammenhang mit dem Begutachtungsergebnis stehen. Dazu wurde sowohl der Anteil an Effektivgewichtsminderungen stratifiziert nach den einzelnen Variablen bestimmt und mittels logistischer Regression ermittelt, welche Variablen am stärksten mit Effektivgewichtsminderungen assoziiert sind.

Ergebnisse

Die von den Krankenkassen beauftragten Prüffragen beziehen sich ausschließlich auf den Krankenhausbehandlungsbedarf gemäß § 39 SGB V, nicht auf die Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitationsbehandlung nach § 40 SGB V. Im Vergleich von Patientengruppen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote, die nach den beauftragten Prüffragen stratifiziert wurden, ließ sich die Berücksichtigung verfügbarer geriatrischer Rehabilitationsangebote bei der Beauftragung von Prüfungen zur Notwendigkeit oder Dauer der GFK-Behandlung nicht eindeutig nachweisen.

Effektivgewichtsminderungen nehmen mit zunehmendem Alter, zunehmender Schwere an Funktionseinschränkungen und zunehmender Multimorbidität ab. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung geriatrischer Rehabilitationsfaktoren und der Verfügbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote ließ sich aber im Vergleich der Patientengruppen mit und ohne wohnortnahe Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote nicht nachweisen.

Im Rahmen der logistischen Regressionsrechnungen ist bei Prüfungen zur Dauer der Krankenhausbehandlung außer der Multimorbidität kein anderer geriatrischer Rehabilitationsindikator signifikant mit dem Begutachtungsergebnis assoziiert.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die sozialmedizinische Prüfung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten bezieht sich primär auf den Akutbehandlungsbedarf (§ 39 SGB V). Die geriatrische Rehabilitationsindikation und die Erreichbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote (§ 40 SGB V) werden von den Krankenkassen wie auch vom MDK nur vereinzelt berücksichtigt. Die sozialrechtlichen Bestimmungen auf Bundesebene (Kodierung des OPS 8-550 nur möglich im Rahmen der Akutbehandlung) bestimmen maßgeblicher als die Landeskonzeption (fallabschließende geriatrische Behandlung im Krankenhaus) das Begutachtungsvorgehen. Zur Harmonisierung des Begutachtungsvorgehens mit der Landeskonzeption könnte in Anlehnung an die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA V&R (MDS, 2018)) ein bisher fehlender Begutachtungsleitfaden für den stationären Sektor etabliert werden, der explizit auf die Berücksichtigung der tatsächlichen Verfügbarkeit geriatrischer Rehabilitationsangebote bei der Bewertung des Krankenhausbehandlungsbedarfs geriatrischer Patienten hinweist.

Es kann aber auch erklärtes Ziel sein, die Prüfungen von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nicht nach den tatsächlichen regionalen akutgeriatrischen Versorgungsangeboten auszurichten, um den Ausbau geriatrischer Rehabilitationsstrukturen zu fördern. In Anbetracht der Entwicklung der GFK-Behandlungsdauern entlang der Erlösgrenzen sollte grundsätzlich die Wirksamkeit einstufiger Versorgung unter den aktuellen Vergütungsbedingungen hinterfragt und die Vergütungssystematik des OPS 8-550 unter Berücksichtigung der verschiedenen Landeskonzeptionen überarbeitet werden.

Besonders wichtig ist die Optimierung der geriatrischen Versorgung vor dem Hintergrund, dass sie in der COVID-19-Pandemie nicht gestärkt, sondern reduziert wurde (Grund et al., 2021).

Literaturverzeichnis

Abbas, S., Ihle, P., Hein, R. & Schubert, I. (2013). Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Schlaganfall. Ein Vergleich zweier Versorgungssysteme in Deutschland anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Online-Publikation). Abgerufen am 2. Oktober 2020 von <https://link.springer.com/journal/391/volumes-and-issues>

Abbas, S., Ihle, P., Hein, R. & Schubert, I. (2013a). Vergleich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der geriatrischen Anschlussrehabilitation. Routinedatenanalyse am Beispiel der Femurfraktur. Von <https://link.springer.com/journal/391/volumes-and-issues> abgerufen

AGENS. (2012). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung 2012, geringfügig modifiziert 2014. Abgerufen am 12. Mai 2020 von https://www.dgepi.de/assets/Leitlinien-und-Empfehlungen/GPS_revision2-final_august2014.pdf

AOK Bundesverband. (2018). Blickpunkt Klinik. Krankenhausnewsletter des AOK-Bundesverbandes, November 2018. Abgerufen am 12. Juni 2020 von https://www.blickpunkt-klinik.de/imperia/md/blickpunktklinik/pdf/bp_klinik_ausg_5_nov_2018.pdf

AOK Bundesverband. (2020). Fachportal für Leistungserbringer. Besondere Versorgung. Abgerufen am 13. September 2020 von <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/besondere-versorgung?region=aok-plus&c=300#>

Atteslander, P. (2000). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin.

Augurzky, B., Hentschker, C., Pilny, A. & Wübker, A. (2017). Barmer GEK Krankenhausreport 2017. Siegburg.

- BAR. (2006). Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 6. Abgerufen am 29. Februar 2020 von https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf
- Barmer GEK. (2013). Barmer GEK Pflegereport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Bd. 23.
- BDO. (2011). Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens. Abgerufen am 07. August 2019 von <https://www.kgnw.de/aktuelles/informationen/2011-10-11-bdo-falschabrechnung/>
- Becker, C., Auer, R., Rapp, K., Grund, S. & Bauer, J. (2020a). Geriatrische Rehabilitation - Aktueller Stand und künftige Entwicklung. Abgerufen am 3. März 2022 von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>
- Becker, C., Rapp, K., Rothenbacher, D., Schulz, K., König, H. & Büchele, G. (2020). Acute Care Models for Hip Fracture Treatment vs Post-Acute Rehabilitation Services in Older Adults After Hip Fracture: A Comparative Claims Data Analysis from Germany. Abgerufen am 10. Juli 2020 von <https://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2020/00000052/00000002/art00010>
- Benninghaus, H. (2002). Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler. Wiesbaden .
- BfArM. (2021). Amtliche Klassifikation für Operationen und Prozeduren. Abgerufen am 30. Mai 2021 von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/index.html>
- Bleicher, K. (1971). Perspektiven der Organisation und Führung von Unternehmungen. Baden-Baden/Bad Homburg.

- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2017). Krankenhausbarometer. Umfrage 2017. (D. Krankenhausinstitut, Hrsg.)
- BMG. (2018). Online-Ratgeber Krankenversicherung. Das Prinzip der Selbstverwaltung. Abgerufen am 12. Februar 2020 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html>
- BMG. (2019). Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen-MDK-Reformgesetz. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.) Abgerufen am 26. September 2019 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/MDK-Reformgesetz_RefE.pdf
- BMG. (2020). Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Stichtag 1. Juli 2012 und 1. Juli 2017. Abgerufen am 6. Januar 2021 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>
- Bobr...woski, C. (2014). Regresse gegen Krankenhausabrechnungen. In: R. Kölbl (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven. Stuttgart.
- Borchelt, M., Pientka, L. & Wrobel, N. (2004). Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version V1.3 vom 16.03.2004. Abgerufen am 20. Januar 2020 von http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf
- Borchert, M., Wrobel, N. & Trilhof, G. (2010). Online-Kodierleitfaden Altersmedizin. Abgerufen am 7. August 2017 von DRG-Kompetenzteam Geriatrie: geriatrie-drg.de
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg.

- Bundesrechnungshof. (2019). Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung. Abgerufen am 22. Juli 2020 von <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2019/2019-bericht-krankenhausabrechnungen-durch-die-krankenkassen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-pdf>
- Bundesverband Geriatrie e. V. (2016). Weißbuch Geriatrie. Band I. Die Versorgung geriatrischer Patienten-Strukturen und Bedarf, 3. Aufl. (B. G. V., Hrsg.) Kohlhammer.
- Burger, R. & Nedbal, D. (2011). Medizin á la AOK/MDK? Rechnungsprüfung in Krankenhäusern durch den MDK ohne kollegialen Dialog als en weiterer Schritt zur Deprofessionalisierung des Arztes. Bayerisches Ärzteblatt, 6, S. 332-333.
- BVG. (2016). Weißbuch Geriatrie. Band I. Die Versorgung geriatrischer Patienten-Strukturen und Bedarf, 3. Aufl. (B. G. V., Hrsg.) Kohlhammer.
- BVG. (2018). Bundesweites Geriatriekonzept. Beschlossen durch die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Geriatrie 2018. Abgerufen am 20. Juni 2020 von https://www.bvgeriatrie.de/images/pdf_word_dateien/politik_recht/BVG_Broschuere_Bundesweites_Geriatriekonzept_Web.pdf
- Dangel, B., Kolleck, B. & Korporal, J. (2005). Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept-Umsetzung-Ergebnisse. München.
- Deck, R., Träder, J. M. & Raspe, H. (2009). Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Die Rehabilitation, 48(02), S. 73-83.
- Deckenbach, B., Stöppler, C. & Klein, S. (2013). Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 13. Februar 2022 von https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_objs11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ger.pdf

- DFG. (2013). Kontext-, Organisations- und personale Bedingungen von Unternehmenskriminalität, insbesondere im Bereich des Gesundheitssystems. Abgerufen am 10. Juli 2020 von <https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/166423360/ergebnisse>
- DIMDI. (2016). OPS Version 2017. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Abgerufen am 10. Oktober 2019 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2017/>
- DIMDI. (2016a). ICD-10-GM. Version 2017. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Abgerufen am 10. Juli 2020 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2017/>
- Dirschedl, P. (2009). Krankenhausleistungen auf dem Prüfstand, in: Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. (F. Rau, N. Roeder & P. Hensen, Hrsg.) Stuttgart.
- Dirschedl, P. & Waibel, B. (2014). Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis? In R. Kölbel (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven (S. 107-116). Stuttgart.
- Dirschedl, P., Funk, R., Heine, U. & Mohrmann, M. (2007). DRG-Prüfergebnisse im Ländervergleich: MDK Baden-Württemberg und MDK Westfalen-Lippe. Gesundheitswesen, 69, S. 141-145.
- Dirschedl, P., Waibel, B. & Mohrmann, M. (2010). Sozialmedizinische Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung im G-DRG-System. Abgerufen am 20. Juli 2020 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1223378>

- DKG. (19. April 2019). Pressemeldung DKG zum Bericht des Bundesrechnungshofes zu Klinikrechnungen. Kliniken sind Opfer beliebiger Prüfverfahren der Krankenkassen. Von <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kliniken-sind-opfer-beliebiger-pruefverfahren-der-krankenkassen/> abgerufen
- DKG. (2019a). Pressemitteilung DKG zu den Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes zu Abrechnungen im Krankenhaus. Krankenhäuser fordern dringend Reform der Abrechnungsprüfungen. Abgerufen am 27. September 2019 von <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-fordern-dringend-reform-der-abrechnungspruefung/>
- Dohmen, A., Dirschedl, P., Waibel, B. & Mohrmann, M. (2012). MDK – Prüfungen zur primären und sekundären Fehlbelegung am Beispiel der Angiologie Kooperation statt Konfrontation: Wie können MDK und Kliniken das Prüfverfahren gemeinsam konstruktiv gestalten? Abgerufen am 20. Juli 2020 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1275717.pdf>
- Egger, M., Razum, O. & Rieder, A. (2017). Public Health. kompakt, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Boston.
- Erichson, H.-U. & Ehlers, D. (2010). Allgemeines Verwaltungsrecht, 12. Aufl. Berlin/New York.
- Ernst, F., Lübke, N. & Meinck, M. (2015). Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie: Empfohlen vom Kompetenz-Centrum Geriatrie in Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg.
- Ernst, F., Lübke, N. & Meinck, M. (2020). Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. 4. Aufl. Berlin.
- Ewert, B. (2013). Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen. In A. vers, R. G. Heinze, S. Leibfried, L. Leisering, T. Olk & O. I. (Hrsg.), Sozialpolitik und Sozialstaat.

- Füsgen, I. (2004). Geriatrie. Band 1. Grundlagen und Symptome. Stuttgart. Von https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=Q_F3DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=fr%C3%BChrehabilitation+bedarf+m%C3%A4nner+frauen+geriatrie&ots=Kkk8VTwoM1&sig=BK4eMt460ufqAJt6L8oQ9j2UO1g#v=onepage&q=frauen&f=false abgerufen ??? Wirklich Google als Quelle???
- Fiori, W., Bunzemeier, H., Brüning, K., Helling, J. & Roeder, N. (2010). Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser-Tatsache oder Fiktion? Das Krankenhaus(1), S. 17-32.
- Flintrop, J. (14. November 2006). Auswirkungen der DRG-Einführung. Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. Deutsches Ärzteblatt, 103(46), S. 3082-3085.
- Freie Hansestadt Hamburg. (2020). Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. Abgerufen am 10. Oktober 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/khp_hamburg_2020.pdf
- Freie Hansestadt Bremen. (2018). Geriatriische Versorgung im Bundesland Bremen. Abgerufen am 5. März 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/gk_bremen_2018.pdf
- Freistaat Thüringen. (2010). Anlage zum 6. Thüringer Krankenhausplan Dritter Thüringer Geriatrieplan. Abgerufen am 15. September 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/gk_thuringen.pdf
- Gaertner, T., Lehr, F., Blum, B. & van Essen, J. (11. März 2015). Einheitlichkeit der richtlinienkonformen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei der Prüfung der Kodierung im G-DRG-System. Das Gesundheitswesen, 77(08/09), S. 559-564. Abgerufen am 21. Januar 2018 von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1398553?lang=de>

- Garms-Homolova, V. & Roth, G. (2004). Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtags Nordrhein-Westfalen. Abgerufen am 30. März 2020 von http://www.rothguenter.de/Text/Garms_Homolova_Roth_Pflegemaengel_NRW_2004.pdf
- G-BA. (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Abgerufen am 3. November 2020 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2068/RL-Reha_2019-12-19_iK-2020-03-18.pdf
- Geißler, A., Quentin, W. & Busse, R. (2014). Können deutsche DRGs den Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses sachgerecht abbilden? Das Gesundheitswesen, 76(5), S. 284-296. Abgerufen am 21. Januar 2018 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1351237>
- Gerber, A., Alex, C., Penz, M., Röder, M. & von Mittelstaedt, G. (2018). Sozialmedizin und Schnittstellen in der sektoralen Versorgung. Abgerufen am 29. Juli 2020 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-113250>
- Gesundheit, S?????. (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Abgerufen am 6. Juni 2020 von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2018). Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene. Abgerufen am 1. März 2020 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/2018_01_15_Re_amb_ger_Reha_02012018.pdf

- GKV-SV. (2014). Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung-PrüfVv) gemäß § 17c Absatz 2 KHG. Abgerufen am 15. August 2019 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_PruefvV_Hinweise_des_GKV-SV_2014_11_05.pdf
- Grund, S., Jamour, M., Becker, C., van den Heuvel, D., Musolf, M. & Bauer, J. (2021). Das COVID-Versorgungsparadox. Abgerufen am ??? 2021 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/219250/Stationaere-Geriatrie-Das-COVID-Versorgungsparadox>
- Hedderich, J. & Sachs, L. (2016). Angewandte Statistik. Methodensammlung mit R. 15. Auflage. Berlin/Heidelberg.
- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y. & Schreyögg, J. (2018). Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. Krankenhaus-Report 2018, S. 23-28. Abgerufen am 2. Februar 2020 von http://www.ciando.com/img/books/extract/3794591194_lp.pdf
- Hessisches Sozialministerium . (2009). Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Abgerufen am 15. September 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/khp_hessen_2009.pdf
- Hill, A. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? Abgerufen am 11. November 2020 von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1898525/>
- Hofmann, W., Ramme, M. & Vetter, U. (2000). Die geriatrische Klinik im fallpauschalierten Entgeltsystem. In: M. Arnold, M. Litsch, & H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2000 (S. 206-222).
- InEK. (2011). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2012. Abgerufen am 27. Januar 2020 von https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2012_Datenjahr_2010#sm2

- InEK. (2012). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2013. Abgerufen am 27. Januar 2020 von <https://www.g-drg.de/content/search?SearchText=fallpauschalenkatalog+2013>
- InEK. (2013). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2014. Abgerufen am 27. Januar 2020 von https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2014_Datenjahr_2012#sm2
- InEK. (2013). G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008-2010). Siegburg. Abgerufen am 25. Januar 2018 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_begleitforschung/DRG_Begleitforschung_Endbericht_3_Zyklus_2008_-_2010_2013_03.pdf
- InEK. (2014). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2015. Abgerufen am 27. Januar 2020 von https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2015_Datenjahr_2013#sm2
- InEK. (2015). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2016. Abgerufen am 27. Januar 2020 von https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2016_Datenjahr_2014#sm2
- InEK. (2016). Fallpauschalen-Katalog. G-DRG-Version 2017. Abgerufen am 10. Oktober 2019 von https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2017_Datenjahr_2015#sm2
- InEK. (2016a). G-DRG. German Diagnosis Related Groups. Version 2017. Definitionshandbuch. Band 5. Anhänge. Abgerufen am 22. Januar 2020 von https://www.g-drg.de/inek_site_de/layout/set/standard/content/view/full/6581
- InEK. (2020). InEK. Das Institut. Von https://www.g-drg.de/Das_Institut abgerufen
- Kölbel, R. (Hrsg.). (2014). Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven. Stuttgart.

- KCG. (2012). Operationalisierung geriatrietypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009 (KCG: Stand 30.07.2012). Von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Vorträge_und_Veröffentlichungen.aspx abgerufen
- KCG. (2018). Geriatriische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Abgerufen am 7. März 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Versorgungsstrukturen.aspx
- KCG. (2018a). Versorgungskonzepte der Bundesländer. Abgerufen am 5. Mai 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Versorgungskonzepte_der_Bundesländer.aspx
- KCG. (2020). Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-98a* ??? Version 2020. Abgerufen am 23. Juli 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/200106_final_8-98a-Auslegungshinweise_%202020.pdf
- KCG. (2020a). Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550* ??? Version 2020. Von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/200106_final_8-550-Auslegungshinweise_2020%20.pdf abgerufen
- Koch, U., Lehmann, C. & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 46(03), 127-144.
- Kolb, G., Breuninger, K., Gronemeyer, S., van den Heuvel, D., Lübke, N., Lüttje, D.,???? . . . Wolff, J. (2014). 10 Jahre geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*(47), S. 6-12.
- Kopp, J. & Lois, D. (2012). *Sozialwissenschaftliche Datenanalyse. Eine Einführung. ???? . Wiesbaden.*

- Kutzner, J., & Rärer, M. (2021). Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (S. 131-143). Abgerufen am 30. Januar 2022 von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-63107-2.pdf>
- KVSA. (o. J.). Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Verträge/Recht. Vertrag: ambulante geriatrische Komplexbehandlung (Knappschaft). Abgerufen am 29. Februar 2020 von https://www.kvsa.de/praxis/vertraege_recht/ambulante_geriatrische_rehabilitation/traegerseiten_ambulante_geriatrische_reha/vertrag_ambulante_geriatrische_komplexbehandlung_knappschaft.html
- Lötgers, T., Hakimi, M., Linhart, W., Kaiser, T., Briem, D., Rueger, J. & Windolf, J. (2008). Die geriatrische Frührehabilitation nach Hüftgelenknahem Oberschenkelbruch Nachhaltiges Konzept oder lediglich Kostenverschiebung? Der Unfallchirurg(9), S. 719-726.
- Lübke, N. (2005). Erforderliche Kompetenzen der Geriatrie aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1, S. 34-39.
- Lübke, N. (2009). Der "Geriatrische Patient" - Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. Der Medizinische Sachverständige, 105(1), S. 11-17.
- Lübke, N. (2012). Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? In: C. Günster, J. Klose, & N. Schmacke (Hrsg.), Versorgungsreport. Schwerpunkt: Gesundheit und Alter (S. 51-64). Stuttgart.
- Lübke, N. (2015). Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Hamburg : Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord. Von http://kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf abgerufen

- Lübke, N. (2020). Entwicklung mobiler (geriatrischer) Rehabilitation in Deutschland 2007 - 2019. Schattendasein eines vielversprechenden Rehabilitationssettings. Abgerufen am 22. Februar 2022 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/200630-Abschlussarbeit_Lübke_SGM.pdf
- Land Schleswig-Holstein. (2010). Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig Holstein. Abgerufen am 1. März 2020 von https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/krankenhaeuser_LRVgeriatrei2010.html
- Land Schleswig-Holstein. (2010a). Vereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein Abgrenzungskriterien. Abgerufen am 29. Februar 2020 von https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/krankenhaeuser_LVRAnhang2.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Land Schleswig-Holstein. (2017). Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein. Abgerufen am 14. März 2020 von https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf;jsessionid=5A00600D0DD55A11FD767885E53D61EA.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=1
- Leistner, K., Meier-Baumgartner, H. & Pientka, L. (2001). Entwurf für eine Hamburger Erklärung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34(1), S. 57-60.
- Leistner, K., Stier-Jarmer, M., Berelth, B., Braun, J., Koenig, E., Liman, W., ??? . . . Stucki, G. (2005). Frührehabilitation im Krankenhaus-Definition und Indikation. Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus". Rehabilitation, 44, 165-175. Abgerufen am 7. Februar 2020 von <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-2005-866822>
- Lohr, K. & Steinwachs, D. (2002). Health research: An Evolving Definition of the Field. Health Service Research, 37(1), S. 15-17. Abgerufen am 2. Februar 2020 von https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1430351/pdf/hesr_01020.pdf

- Lux, G., Biermann, J., Dahl, H., Matusiewicz, D., Mostardt, S., Nimptsch, U., ??? . . .
Walendzik, A. (2014). Spezielle Methoden, Instrumente und Anwendungen. In: E. Swart, P. Ihle, H. Gothe, & D. Mazusiewicz, Routiendaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (Bd. 2., vollst. überarbeitete Auflage). Göttingen.
- Mau, J. (2019). MDK-Prüfung. Die Verweildauerprüfung könnten wir abschaffen. f&w(5), S. 405-407.
- MDK Gemeinschaft & MDS. (2019). Die MDK-Gemeinschaft im Gesundheitssystem. Von <https://www.mdk.de/mdk/mdk-gemeinschaft-gesundheitssystem/> abgerufen
- MDK Gemeinschaft & MDS. (2019a). Fragen und Antworten zu Abrechnungsprüfungen. Abgerufen am 13. Februar 2020 von https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/19_04_11_F_A_KH_Abrechnungspruefung_02.pdf
- MDK Gemeinschaft & MDS. (2019b). Faktenblatt. Leistungen der MDK für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2014-2018. Abgerufen am 20. Juni 2022 von https://md-bund.de/uploads/media/downloads/19_04_11_Faktenblatt_02.pdf
- MDK Gemeinschaft & MDS. (2020). Die Arbeit der Medizinischen Dienste. Zahlen Daten Fakten 2019. Abgerufen am April 2021 von https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/2019_ZDF.pdf
- MDK Sachsen-Anhalt. (2016). Mehr Unabhängigkeit von der Hilfe Anderer. Jahresbericht 2015, S. 24.
- MDK Sachsen-Anhalt. (2018). Jahresstatistik 2012-2017. GKV Leistungen. Krankenhausbegutachtung. unveröffentlicht.
- MDS. (2016). Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Oktober 2005 mit Aktualisierungen Februar 2012 und Juli 2016. (MDS, Hrsg.)
- MDS. (2018). Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation.

- MDS. (2019). MDS Statistik. Abgerufen am 18. September 2019 von <https://www.mds-ev.de/mdk-statistik.html>
- MDS. (2019a). Pflegebegutachtung-Bundesergebnisse. Abgerufen am 19. September 2019 von <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-bundesergebnisse.html>
- Medizinischer Dienst Bund. (2021). Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen Daten Fakten 2020. Abgerufen am 02. Juni 2022 von https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/2020_MD_ZDF.pdf
- Meinck, M. & Lübke, N. (2008). Zusammenfassende Darstellung der Analysen des Kompetenz-Centrums Geriatrie zum Themenkomplex "Identifikation geriatrischer Patienten anhand von GKV-Routinedaten. Abgerufen am 20. Januar 2020 von https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/2008_luebke_hamburg.pdf
- Meinck, M. & Lübke, N. (2013). Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten. Teil 3: Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, S. 645-657. Abgerufen am 17. Februar 2020 von <https://www.springerpflege.de/geriatrietypische-multimorbiditaet-im-spiegel-von-routinedaten/10668454>
- Meinck, M., Ernst, F., Klein-Hitpaß, U. & Wolff, J. (2014). Fehlentwicklungen in der Geriatrie. f&w(6), S. 562-565.
- Meinck, M., Lübke, N. & Polak, U. (2013). Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. Die Rehabilitation, 53(02), S. 74-80.
- MGS LSA. (2009). Geriatriekonzept. Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter kranker Menschen im Land Sachsen-Anhalt. Magdeburg.
- Pauly, M. (1968). The economics of moral hazard. further comment. Abgerufen am 14. Januar 2021 von https://www.jstor.org/stable/1813785?seq=1#metadata_info_tab_contents

- Peng, C.-Y., Lee, K. & Ingersoll, G. (2002). An Introduction to Logistic Regression. Analysis and Reporting. Abgerufen am 20. März 2021 von https://www.researchgate.net/publication/242579096_An_Introduction_to_Logistic_Regression_Analysis_and_Reporting
- Pick, P. (2008). Geriatrische Rehabilitation. Perspektiven aus Sicht des MDK. In: I. Fügen (Hrsg.), Geriatrische Rehabilitation. Vom Ermessen zur Pflicht - auch für den dementen Patienten. 26. Workshop des "Zukunftsforum Demenz" 9. Juli 2007, Erlangen, Dokumentationsreihe Band 22 (S. 43-48). Wiesbaden.
- Pippel, K., Ernst, F. & Lübke, N. (2014). Geriatrie. Weiter Bedarf an geriatrischem Nachwuchs. Vor allem im hausärztlichen Bereich werden geriatrische Zusatzqualifikationen immer notwendiger. Deutsches Ärzteblatt, 111(33-34), S. A 1412-A 1413.
- Plate, A. & Meinck, M. (2009). Unterschiede in der geriatrischen Versorgung und ihre Implikationen für die sozialmedizinische Begutachtung. Der medizinische Sachverständige, 105(1), S. 23-28.
- Plute, G. & Vogel, W. (2007). Geriatrische Behandlung im Krankenhaus? Medizinische, rechtliche und ökonomische Aspekte . Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, S. 448-456.
- Porter, M. & Guth, C. (2012). Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen (Ursprünglich erschienen auf Englisch unter dem Titel „Redefining German Health Care“, 2012). Berlin/Heidelberg.
- Pratt, J. & Zeckhauser, R. (1985). Principals and Agents: The Structure of Business. Abgerufen am 21. Februar 2020 von http://scholar.google.de/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FJohn_Pratt%2Fpublication%2F247249967_Principals_and_Agent_s_The_Structure_of_Business%2Flinks%2F54d38dc10cf2b0c6146db489.pdf&hl=de&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=1&d=7794635773 Google?

- Rau, F., Roeder, N. & Hensen, P. (Hrsg.). (2009). Auswirkungen der DRG Einführung in Deutschland: Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart.
- Robra, B.-P. (2012). Gesundheitsökonomie. In: J. Gostomzyk (Hrsg.), Angewandte Sozialmedizin (Bd. 20. Erg. Lfg., S. 1-39). Landsberg.
- Robra, B.-P. & Spura, A. (2018). Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen - ein Konstrukt. (J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem, Hrsg.) Krankenhausreport 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, 3-21. Abgerufen am 2. Februar 2020 von http://www.ciando.com/img/books/extract/3794591194_lp.pdf
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarbeitete Aufl. Bern.
- Rothgang, H., Huter, K., Kalwitzki, T. & Mundhenk, R. (2014). Reha XI. Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK. Evaluation und Umsetzung. Kurzbericht. Abgerufen am 15. Januar 2017 von http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&act=8&ved=0ahUKEwjgie2tycTRAhXva5oKHbxNAaQQFggoMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.socium.uni-bremen.de%2Flib%2Fdownload.php%3Ffile%3D1e147ac5d4.pdf%26filename%3DRaha_XI_Ergebnisse_Kurzbericht.pdf
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg.
- Schindler, C. E. (2018). Reha vor Pflege – Analyse von Rehabilitationsempfehlungen bei der Pflegebegutachtung alter Menschen. Abgerufen am 21. Juli 2020 von <https://d-nb.info/1177881462/34>
- SEG 4 & KCG. (2006). Operationalisierung des Begriffs "Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit" in Abgrenzung oder Übereinstimmung mit dem Terminus "Akut-Stationärer Behandlungsbedarf" für die MDK-Gemeinschaft.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2014). Verzeichnis der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2012. (Statistisches Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am ??? März 2020 von https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00002778;jsessionid=B38A1188B074EF8EF6B3540646C8984A

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2019). Verzeichnis der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2017. (Statistisches Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am 20. März 2020 von https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00002778;jsessionid=B38A1188B074EF8EF6B3540646C8984A

Statistisches Bundesamt. (2018). Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Ausgaben 2005 bis 2017. Abgerufen am 21. Juni 2020 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg235856

Statistisches Bundesamt. (2018a). Gesundheit / Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Ausgaben 2005 bis 2017/ Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Abgerufen am 24. Oktober 2019 von https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DESerie_serie_00000953

Statistisches Bundesamt. (2018b). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012 bis 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Abgerufen am 20. Juni 2020 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=23112#abreadcrumb>

Statistisches Bundesamt. (2018c). DRG Statistik 2012-2017. Vollstationäre Krankenhauspatienten. Fallzahlen nach Bundesländern. unveröffentlicht.

- Statistisches Bundesamt. (2018d). Gemeindeverzeichnis. Gebietsstand 31.12.2017. Abgerufen am 11. September 2020 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszugJ/31122017_Auszug_GV.html
- Statistisches Bundesamt. (2020). Genesis Online Datenbank. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG). Operationen und Prozeduren vollstationärer Krankenhauspatienten. Fallzahlen nach Bundesland, Geschlecht, Altersgruppen, Operationen und Prozeduren. Abgerufen am 16. November 2020 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23141-0102&bypass=true&levelindex=0&levelid=1610484535961#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (2020a). Genesis Online Datenbank. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre. Abgerufen am 5. März 2020 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0012&levelindex=0&levelid=1583444348098>
- Statistisches Bundesamt. (2020b). Genesis Online Datenbank. Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand. Abgerufen am 9. Januar 2021 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0006&bypass=true&levelindex=1&levelid=1610481308823#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (2020c). Destatis. Krankenhausstatistik. Abgerufen am 3. Juli 2020 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/krankenhausstatistik.html>
- Sulkiewicz, T. (2014). Prüf- und Entscheidungsverhalten der Kassen. In: R. Kölbel (Hrsg.), Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung (S. 153-174).
- SVR Gesundheit. (2001). Gutachten 2000/2001. Band III. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung. 3.5 Versorgungsgrad auf der Angebotsseite. Abgerufen am 2. Februar 2020 von <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=294>

- SVR Gesundheit. (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Abgerufen am 8. Juli 2020 von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf
- trinovis GmbH. (2019). Zwischenbericht II Datenzeitraum: 2018 (01.07.2016-31.12.2018) GIA – Evaluation Vereinbarung nach § 118a SGB V. Abgerufen am 11. September 2020 von https://www.kbv.de/media/sp/GIA_Evaluation_Zwischenbericht_II_V2.pdf
- van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., . . . Schön, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(101). Von <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-101> abgerufen Wann???
- vdek. (2009). Zulassungsbedingungen des vdek zur Erbringung von Leistungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Abgerufen am 1. März 2020 von https://www.vdek.com/LVen/SAH/Vertragspartner/Vorsorge_und_Reha/Ambulante_Reha/_jcr_content/par/download_10/file.res/Zulassungsbedingungen_geriatrische_Erkrankungen.pdf
- vdek. (o. J.). Ambulante Rehabilitation. Abgerufen am 1. März 2020 von https://www.vdek.com/LVen/SAH/Vertragspartner/Vorsorge_und_Reha/Ambulante_Reha.html
- Wagner, D. (1979). Der institutionalisierte Konflikt in mehrdimensionalen Organisationsstrukturen. *Zeitschrift für Organisation : ZO; Z für O ; neue Betriebswirtschaft*, S. 421-428.
- Windzio, M. (2013). *Regressionsmodelle für Zustände und Ereignisse: Eine Einführung*. Wiesbaden.

Anhang

Anhang A – Geriatrische DRG und mittlere Verweildauern der Jahre 2012 bis 2017

Anhang B – Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009

Anhang C – Zuordnung der motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen gemäß ICD-10-GM 2017

Anhang A – Geriatrische DRG und mittlere Verweildauern der Jahre 2012 bis 2017

DRG Bezeichnung		MVWD im Jahr des KH-Aufenthalts...					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems							
B44A	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	28,9	28,2	26,6	27,7	26,7	26,0
B44B	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	22,1	21,9	21,9	25,2	25,1	23,9
B44C	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	26,1	25,7	25,7	21,1	21,5	20,9
B44D	GFK bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	19,9	20,1	19,8	19,3	19,0	18,9
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane							
E42Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	24,2	23,0	22,9	22,6	21,6	21,2
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems							
F48Z	GFK bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	23,3	22,6	22,6	22,3	21,4	21,1
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane							
G14Z	GFK mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	36,5	35,9	36,5	35,0	35,2	32,5
G52Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	25,8	24,7	23,9	23,8	22,2	21,6
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas							
H44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	23,2	24,0	22,4	22,3	22,1	21,9
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe							
I34Z	GFK mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	28,4	27,6	27,1	26,5	26,0	25,6
I41Z	GFK bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	22,7	22,1	21,5	21,2	20,6	20,5
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma							
J44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	26,6	23,5	23,1	22,9	21,8	21,2
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten							
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder GFK	krankenhausindividuelle Entgelte					

K44Z	GFK bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22,6	21,7	21,7	21,0	20,7	20,6
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane							
L44Z	GFK bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	23,9	22,8	24,2	21,7	21,9	21,6
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten							
T44Z	GFK bei infektiösen und parasitären Krankheiten	30,2	27,8	24,1	23,8	23,8	22,8
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen							
U40Z	GFK bei psychischen Krankheiten und Störungen	20,1	19,8	20,4	20,3	19,1	19,4

Anhang B – Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009

Merkmalskomplex	ICD-Kategorien	2008/2009	
Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisierungsverlauf)	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8	
	Alters- und/morbiditätsbedingt (inkl. paraplegiebed.) Inaktivitätsatrophie	M62.3- [0-9] M62.5 [0-9]	
Sturzneigung und Schwindel	Störungen des Ganges und der Mobilität	R26.- [0-9]	
	Schwindel und Taumel (unspezifisch)	R42	
	Schwindel durch Störungen der Vestibularfunktion	H81.- [0-8]	
	Schwindelsyndrom bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	H82*	
	Zerebrale Atherosklerose	I67.2	
	Progressive Subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	I67.3	
	Hypertensive Enzephalopathie	I67.4	
	Akute zerebrovaskuläre Insuffizienz	I67.88	
	Zerebrovaskuläre Erkrankung nicht näher bezeichnet	I67.9	
	Sturzneigung andernorts nicht klassifiziert	R29.6	
	Kognitive Defizite	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	G30.0*; F00.0
		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	G30.1*; F00.1
		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	G30.8*; F00.2
		Vaskuläre Demenz	F01 [0-9]
		Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten, speziell bei M. Parkinson	F02.* G20*;F02.3*
Demenz bei Vitaminmangel, Lipidstoffwechselstörungen, Multipler Sklerose, Epilepsie etc.		F02.8 (zusätzl. Ursache kodieren)	
Organisches amnestisches Syndrom		F04	
Delir		F05 [0-9]	
Hirnorganische Psychosyndrome		F06.9	
Leichte kognitive Störung, Minimales kognitives Defizit (MCI)		F06.7	
Organische Persönlichkeitsstörung, z. B. Frontalhirnsyndrom		F07.0	
Postencephalytisches Syndrom		F07.1	
Psychosyndrom nach SHT		F07.2	
Rechtshirnsyndrom		F07.8	
Demenz bei Alzheimer-Krankheit nicht näher bezeichnet		G30.9*; F00.9*	
Demenz nicht näher bezeichnet		F03	
Lewy-Körperchen-Demenz		G31.82	

Merkmalskomplex	ICD-Kategorien	2008/2009
Inkontinenz	Harninkontinenz Stressinkontinenz Drang-/Reflex-/Überlaufinkontinenz Stuhlinkontinenz	R32 N39.3 N39.4 (0-8) R15
Dekubitalulcera	Dekubitus Ulcus cruris (varicosum)	L89. L97. I83.0 I83.2 (mit Entz.) L98.4
Fehl- und Mangelernährung	Chron. Hautulcus Kachexie Alimentärer Marasmus Protein-Kalorien-Mangelernährung	R64 E41 E43 (erheblich) E44 (0/1, mäßig/leicht) R63.3
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung Mangelernährung nicht näher bezeichnet	E46
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	Dehydratation/Volumenmangel sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes	E86 E87.- (0-8)
Depression, Angststörung	Ödem, andermorts nicht klassifiziert, auch Lymphödem Depressive Episode Rezidivierende depressive Episode Manische Episode Bipolare affektive Störung Angststörungen, phobische Störungen	R60.- (0-1) F32.- (0-3) F33.- (0-3) F30.- (0-2) F31.- (0-8) F40.- (0-2) F41.- (0-3)

Merkmalskomplex	ICD-Kategorien	2008/2009
Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert (Akut, Chronisch unbeflussbar, Sonstiger chronischer Schmerz, diffuser Schmerz) ▪ Chronisches Schmerzsyndrom mit Persönlichkeitsänderung ▪ Psychogen (Exkl. zu R52.*) ▪ Phantomschmerz <p>Lokalisierte organbezogene Schmerzen (Exkl. zu R52.*)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kopfschmerz ▪ Nierenkolik ▪ Skelettsystem: <ul style="list-style-type: none"> - Extremität - Gelenk - Lumbalregion - Rücken- - Schulter - Wirbelsäule ▪ Sonstige <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen - Auge - Becken und Damm - Hals - Mamma - Ohr - Thorax- - Zahn - Zunge 	<p>R52 [0-9]</p> <p>F62.80 F45.4- G54.6</p> <p>- - M79.6 M25.5 M54.5 M54.9- M75.8 M54.-</p> <p>- - - - - - - -</p>
Sensibilitätsstörungen	<p>Sensibilitätsstörungen der Haut</p> <p>Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und -plexus</p> <p>Polyneuropathien und sonstige Krh. des peripheren Nervensystems</p> <p>Sonstige Polyneuropathien</p> <ul style="list-style-type: none"> • arzneimittelinduziert • alkoholinduziert • toxisch bedingt • Critical-illness PNP • sonstige n. bez. PNP <p>Polyneuropathie als Begleiterkrankung</p> <p>Hereditäre und idiopathische Polyneuropathien</p> <p>Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems</p>	<p>R20.- [0-8]</p> <p>G50.- [0-9]</p> <p>G60-G64</p> <p>G62.-</p> <p>G62.0 G62.1 G62.2 G62.80 G62.88</p> <p>G63.- (0-8), mit Grunderkrankg. zu verschlüsseln</p> <p>G60.- [0-8]</p> <p>G64</p>

Merkmalskomplex	ICD-Kategorien	2008/2009
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	Frailty-Syndrom	R54
Starke Seh- und Hörbehinderung	Sehstörungen Blindheit und Sehschwäche Presbyopie Senile Katarakt (nur in Verbindung mit H54.-) Katarakt bei Stoffwechselerkrankheiten Maculadegeneration Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung Sonstiger Hörverlust	H53.- [0-9] H54.- [0-7] H52.4 H25.- [0-9] H28.- [0-1] mit Grundkrankheit H53.- (3-4, 9) H90.- [0-8]
Medikationsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • ototoxisch • Presbyakusis • Hörsturz • Sonstiger näher bez. • Hörverlust, nicht näher bez. 	H91.0 H91.1 H91.2 H91.8 H91.9
Medikationsprobleme	UAW bei indikationsgerechter Anwendung und korrekter Dosierung Akzidentelle Vergiftung (Überdosierung, Einnahme falsches Medikament jeweils in Verbindung mit spez. Code aus:	Y57.9 X49.9 T36-T50
Hohes Komplikationsrisiko	Unmittelbar vorausgegangene OP Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen (Z. n.) Fraktur Komplikationen nach med. Maßnahmen Dialysepflichtigkeit Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern Rekonvaleszenz	Z98.- [0-8]; Z48.- [0-8] Z43.- [0-8] S-2.- [-] T79-T89 Z99.2 I48 Z54 [0-9]
Verzögerte Rekonvaleszenz		

Anhang C – Zuordnung der motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen nach ICD-10-GM 2017

U50.- Motorische Funktionseinschränkung	
U50.0-	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung
U50.00	Barthel-Index: 100 Punkte
U50.01	Motorischer FIM: 85-91 Punkte
U50.1-	Leichte motorische Funktionseinschränkung
U50.10	Barthel-Index: 80-95 Punkte
U50.11	Motorischer FIM: 69-84 Punkte
U50.2-	Mittlere motorische Funktionseinschränkung
U50.20	Barthel-Index: 60-75 Punkte
U50.21	Motorischer FIM: 59-68 Punkte
U50.3-	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung
U50.30	Barthel-Index: 40-55 Punkte
U50.31	Motorischer FIM: 43-58 Punkte
U50.4-	Schwere motorische Funktionseinschränkung
U50.40	Barthel-Index: 20-35 Punkte
U50.41	Motorischer FIM: 31-42 Punkte
U50.5-	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung
U50.50	Barthel-Index: 0-15 Punkte
U50.51	Motorischer FIM: 13-30 Punkte
U51.-Kognitive Funktionseinschränkung	
U51.0-	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
U51.00	Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte
U51.01	Kognitiver FIM: 30-35 Punkte
U51.02	MMSE: 24-30 Punkte
U51.1-	Mittlere kognitive Funktionseinschränkung
U51.10	Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte
U51.11	Kognitiver FIM: 11-29 Punkte
U51.12	MMSE: 17-23 Punkte
U51.2-	Schwere kognitive Funktionseinschränkung
U51.20	Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte
U51.21	Kognitiver FIM: 5-10 Punkte
U51.22	MMSE: 0-16 Punkte

Schriftliche Erklärung

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst wurde und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Werken entnommen wurden, sind unter Angabe der Quellen als solche kenntlich gemacht. Einer Überprüfung der Dissertation mit qualifizierter Software im Rahmen der Untersuchung von Plagiatsvorwürfen stimme ich zu.

Magdeburg, 29.06.2022

Unterschrift _____