

Boris Rapp

Fallmanagement im Krankenhaus

Grundlagen und Praxistipps
für erfolgreiche Klinikprozesse

Kohlhammer

Kohlhammer

Boris Rapp

Fallmanagement im Krankenhaus

Grundlagen und Praxistipps
für erfolgreiche Klinikprozesse

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-023819-0

Inhalt

Abkürzungen	7
1 Grundlagen/Einführung	9
1.1 Krankenhausmanagement – Rahmenbedingungen	9
1.1.1 Krankenhaussektor in Deutschland	9
1.1.2 Krankenhausfinanzierung	10
1.1.3 Grundlagen stationärer Behandlung	14
1.2 Fallmanagement im Krankenhaus	16
1.3 Prozessorientierung im Krankenhaus	19
2 Aufnahmemanagement	23
2.1 Teilprozess Aufnahme	23
2.2 Konzept des Integrierten Aufnahmesystems	28
2.2.1 Ziele	28
2.2.2 Implementierung	33
2.3 Organisation der Notaufnahme	51
2.3.1 Ablaufstörungen und Behandlungsgrundsätze	51
2.3.2 Interdisziplinäre Notaufnahme	52
2.3.3 Medizinische Triagierung	53
2.3.4 Aufnahmestation versus Überwachungsbereich	56
2.3.5 Unterstützung des ärztlichen Dienstes	57
2.3.6 Fachärztlicher Back-up	59
2.4 Aufnahmescreening	60
2.5 Aufnahmegrouting	63
3 Behandlungsmanagement	64
3.1 OP-Organisation	64
3.2 Stationsorganisation	68
3.3 Organisation der Funktionsdiagnostik	71
3.4 Patientenlogistik	73
3.5 DRG-Kodierung, Kodiermodelle mit Vor- und Nachteilen	78
3.6 Verweildauersteuerung	80
3.7 Fallzusammenführungen	85
3.8 Zentrenbildung	88
3.9 Arbeitsverteilung zwischen den Berufsgruppen	90
3.10 Klinische Behandlungspfade	92

4	Entlassungsmanagement	96
4.1	Entlassungsprozess	96
4.2	Herausforderung im Rahmen der Entlassung	104
4.2.1	Kontrolle der Entlassungsart	104
4.2.2	Transportfahrten	106
4.2.3	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	108
4.2.4	MDK-Management	112
4.3	Medizinische Rehabilitation	113
4.4	Übergeordnete Schnittstellenbereiche	116
	Literatur	119
	Anhänge	123
	Stichwortverzeichnis	139

Abkürzungen

ÄD	ärztlicher Dienst
AHB	Anschlussheilbehandlung
AWR	Aufwachraum
AZ	Aufnahmezentrum
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BFW	Basisfallwert
BG	Berufsgenossenschaft
BHR	Birmingham HIP™ Oberflächenersatzsystem
BpflV	Bundespflegesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
BWK	Brustwirbelkörper
BWS	Brustwirbelsäule
CA	Chefarzt
CMS	Case-Management-Score
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBSA	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
EK	Erythrozytenkonzentrat
ELM	Entlassungsmanagement
EP	elektive Patientenaufnahme
ePA-AC	ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute Care
GF	Geschäftsführung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
ITS	Intensivstation
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHK	koronare Herzkrankheit
KrTRL	Krankentransport-Richtlinien – Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen
KTW	Krankentransportwagen
LWK	Lendenwirbelkörper
LWS	Lendenwirbelsäule
MA	Mitarbeiter
MBO	Musterberufsordnung für Ärzte
MDC	Hauptdiagnosegruppe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MIS	Minimal invasive Hüftchirurgie
MTS	Manchester-Triage-System/medizinische Triage
MVWD	mittlere Katalog-Verweildauer
NA	Notaufnahme
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
OA	Oberarzt
OGVD	obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel – internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	OP-Saal (»operating room«) gebunden
OTA	Operationstechnischer Assistent
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PDL	Pflegedienstleitung
PG	Projektgruppe
POBE	perioperative Behandlungseinheit
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SGB	Sozialgesetzbuch
SPI	Selbst-Pflege-Index
StGB	Strafgesetzbuch
TEP	Totalendoprothese
UE	Unterrichtseinheit
UGVD	untere Grenzverweildauer
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VK	Vollkräfte
VWD	Verweildauer
WAZ	Wochenarbeitszeit
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ZBM	Zentrales Belegungsmanagement

1 Grundlagen/Einführung

Die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in Deutschland werden immer anspruchsvoller. Als Folge zahlreicher Gesundheitsreformen wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, der für die Krankenhäuser große Herausforderungen mit sich gebracht hat. Insbesondere die pauschalen Fallgruppen und die nach abgeschlossener Konvergenzphase auf Landesbasisfallwerte vereinheitlichte Vergütung führten dazu, dass die Verweildauern der Kliniken zum kritischen Erfolgsfaktor wurden. Viele Einrichtungen haben sehr intensiv auf die Kodierqualität fokussiert und zu spät den Einstieg in eine prozessorientierte Organisationsstruktur geschafft. Wirtschaftliche Schwierigkeiten sind nicht selten Folge dieser Versäumnisse. Dieses Buch möchte Modelle und Ideen vorstellen, wie man durch konsequentes Fallmanagement, die Strukturen im Rahmen der stationären Patientenversorgung verbessern kann.

1.1 Krankenhausmanagement – Rahmenbedingungen

1.1.1 Krankenhausesektor in Deutschland

Mit 4,5 Millionen Beschäftigten und jährlich rund 254 Milliarden Euro Umsatz ist der Gesundheitsbereich die größte *Wirtschaftsbranche* in Deutschland, hiervon wiederum der Krankenhausesektor der größte Teilmarkt.¹ In Deutschland gibt es rund 2.080 Kliniken mit insgesamt etwa 500.000 Betten und einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 77,4 %. Die Krankenhäuser beschäftigten im Jahr 2010 knapp 798.000 Mitarbeiter, darunter über 128.000 Ärzte. Der größte Ausgabenträger im Gesundheitsmarkt ist die gesetzliche Krankenversicherung. Ihre Ausgaben betragen ca. 118,58 Milliarden Euro, davon entfielen allein rund 52,6 Milliarden Euro auf die Krankenhausbehandlung. In der privaten Krankenversicherung betragen die Ausgaben etwa 16,1 Milliarden Euro, hiervon entfielen rund 5,84 Milliarden Euro auf Behandlungen in Kliniken.²

1 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitssystem, 2010, o. S.

2 Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung, 2010, o. S.

Die Bundesländer stellten insgesamt 2,69 Milliarden Euro zur Investitionsförderung bereit. Im Vergleich zum Jahr 1998 entspricht dies einem realen Förderungsrückgang von 34,48 %. Der Anteil der Fördermittel der Bundesländer am Bruttoinlandsprodukt sank zwischen 1991 und 2008 um mehr als die Hälfte, von 0,24 auf 0,11 %.³ Seit 1991 hat u. a. das Ausbleiben der *öffentlichen Mittel* in den Krankenhäusern eine Investitionslücke von 16 Milliarden Euro verursacht. Mit ca. 7 Milliarden Euro konnte ein Teil dieser Lücke von den Einrichtungen aus eigenen Mitteln geschlossen werden. Viele Kliniken sind ohne produktivitätssteigernde Maßnahmen dennoch von einer Insolvenz bedroht. Es wurde damit gerechnet, dass die Folgen der Finanzkrise ab dem Jahr 2010 den Gesundheitsmarkt erreichen.⁴

Die fehlenden öffentlichen Mittel und der Druck zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen führen dazu, dass die *Privatisierung* von Krankenhäusern erheblich zunimmt. Während 2003 noch 689 Kliniken in öffentlicher Trägerschaft, 737 Krankenhäuser in freigemeinnütziger und 442 Kliniken in privater Trägerschaft standen, waren fünf Jahre später noch 571 öffentlich, 673 freigemeinnützig und bereits 537 Häuser privat geführt.⁵

1.1.2 Krankenhausfinanzierung

Im Jahr 1972 hat der Bund aufgrund seiner Zuständigkeit im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) erlassen. Zweck dieses Gesetzes war die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. So sollte eine leistungsfähige und bedarfsgerechte Krankenversorgung erreicht werden. Die Finanzierung wurde auf zwei Säulen gestellt, um die Kosten für den Patienten als Beitragszahler so gering wie möglich zu halten. Während die Investitionskosten von der öffentlichen Hand, den Bundesländern, getragen werden, entfallen bei diesem sog. dualen Finanzierungssystem die Betriebskosten auf die Patienten und die Krankenkassen. Ergebnis der staatlichen Förderung der Investitionskosten war, dass die öffentliche Hand durch ihre jeweiligen Fördermaßnahmen bestimmte, ob und zu welchem Zeitpunkt Investitionen vorgenommen werden konnten. Zur Definition der Vergütung der Betriebskosten ist ergänzend zum KHG 1974 die *Bundespfllegesatzverordnung* (BPflV) in Kraft getreten, die eine Vergütung von Krankenhausleistungen mittels tagesbezogenen, krankenhausespezifischen Pfllegesätzen definierte.⁶

Mit dem KHG wurde neben dem dualen Finanzierungssystem auch die staatliche *Krankenhausplanung* eingeführt, die die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung regelt. Sie verpflichtet die einzelnen Bundesländer zur Aufstellung von Krankenhausplänen. Krankenhäuser dürfen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Behandlungen nur durchführen, wenn sie zur stationären Ver-

3 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Investitionsförderung, 2010, o. S.

4 Vgl. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.: Report, 2009, o. S.

5 Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung, 2010, o. S.

6 Vgl. Knorr G, Krämer A: Krankenhausrecht, 2007, S. VIII.

sorgung zugelassen sind. Dies erfolgt bei den meisten Kliniken durch Aufnahme in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes, alternativ durch einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern.⁷

Maßgeblich bei der Krankenhausfinanzierung über Investitionskosten und Pflegesätze war das sog. *Selbstkostendeckungsprinzip* mit der Möglichkeit eines Gewinn- und Verlustausgleichs. Finanziert werden sollten jedoch nicht sämtliche Kosten, sondern nur die notwendigen und wirtschaftlichen Selbstkosten, diese aber wiederum vollständig. Das Selbstkostendeckungsprinzip leitete daher eine erhebliche Kostensteigerung im Krankenhauswesen ein. Diese Entwicklung führte im Jahr 1985 zu einer *Budgetierung* der Krankenhäuser durch die Neufassung des KHG und der BpflV. Implementiert wurden flexible individuelle Krankenhausbudgets, verbunden mit Ausgleichsverpflichtungen für Über- und Unterschreitungen. Ein weiterer Anstieg der Ausgaben führte zur endgültigen Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips im Jahr 1992. Daraufhin folgte in den Jahren 1993 bis 1995 die Steigerung der Klinikbudgets grundsätzlich nur noch entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung in Deutschland. So wurde das Budget der Krankenhäuser entsprechend nach oben begrenzt.⁸

Einen Paradigmenwechsel leitete dann im Jahr 2002 das *Fallpauschalengesetz* ein, mit dem der Gesetzgeber diagnosebezogene Fallpauschalen, sog. *Diagnosis Related Groups* (DRG), eingeführt und das bisherige System aus Pflegesätzen abgeschafft hat. Ziel der Einführung von Fallpauschalen war die leistungsorientierte Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Dies sollte die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung verbessern, gleichzeitig die Kosten im stationären Bereich senken und stabile Beiträge für die gesetzlich Krankenversicherten erreichen.⁹ Die Grundsätze des DRG-Systems wurden im neu gefassten KHG geregelt. Hier wurde bestimmt, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist. Das daraufhin implementierte diagnosebezogene Fallgruppensystem orientierte sich bei seiner Einführung an einem australischen Vorgängermodell.¹⁰

Im DRG-System werden Patienten anhand medizinischer und demographischer Daten in *Fallgruppen* klassifiziert. Hierzu ist eine umfassende Dokumentation des Krankenhauses über behandelte Diagnosen und durchgeführte Prozeduren und Operationen erforderlich.¹¹ Innerhalb der jeweiligen Fallgruppen soll der mit der Behandlung verbundene ökonomische Aufwand vergleichbar sein. Jeder Fallgruppe wird eine Bewertungsrelation zugeordnet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Gruppe widerspiegeln. Diese Bewertungsrelation bezieht sich auf einen Referenzfall mit einem Relativgewicht von eins. Im Verhältnis hierzu werden alle anderen Fallgruppen bewertet. Dann wird der Bewertungsrelation ein landesweit gültiger Kostenwert, der sog. Basisfallwert (BFW), zugeord-

7 Vgl. Knorr G, Krämer A: Krankenhausrecht, 2007, S. VIII.

8 Vgl. Knorr G, Krämer A: Krankenhausrecht, 2007, S. IX.

9 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 14.

10 Vgl. Knorr G, Krämer A: Krankenhausrecht, 2007, S. XIX.

11 Vgl. Rapp B: Leistung, 2004, S. 707.

net. Die Vergütungshöhe ergibt sich durch Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen Fallgruppe mit dem landesweiten Basisfallwert. Sie ist damit für jede Fallgruppe in jedem Bundesland identisch.¹² Dies bedeutet auch, dass – im Gegensatz zum Selbstkostendeckungsprinzip – die individuellen Kosten eines Krankenhauses im Rahmen der Behandlung des Patienten für die Höhe der Vergütung keine Rolle mehr spielen. Es ist also nicht gewährleistet, dass die Fallpauschalen, die das Krankenhaus als Vergütung erhält, immer kostendeckend sind. Vielmehr weichen aufgrund der DRG-Systematik die individuellen Behandlungskosten eines Krankenhauses regelmäßig von den DRG-Erlösen ab.¹³ Neben der Fallpauschale gibt es eine Regelung für Kurz- und Langlieger. Für jede Fallgruppe sind im DRG-Katalog eine Unter- und Obergrenze definiert, die sog. untere bzw. obere *Grenzverweildauer*, bei deren Unter- oder Überschreitung die Pauschale gekürzt bzw. durch nicht kostendeckende Zuschläge erhöht wird. Das Relativgewicht jeder DRG ist auf ihre durchschnittliche mittlere Katalog-Verweildauer kalkuliert.¹⁴

Die Einführung des DRG-Systems in den Krankenhäusern erfolgte in zwei Phasen. In der *Einführungsphase* (2003 bis 2004) war die Nutzung des Systems budgetneutral. Dies bedeutet, dass entsprechend den bisherigen Vorschriften der BPfV ein individuelles Krankenhausbudget vereinbart wurde. Aufgrund dieses Budgets wurde ein Basisfallwert für jede Einrichtung ermittelt, so dass es in diesen beiden Jahren (noch) krankenhausesindividuelle Preise für die jeweiligen Fallgruppen gab. In der sog. *Konvergenzphase* (2005 bis 2010) erfolgte eine Angleichung der bisherigen krankenhausesindividuellen Preise an den landesweiten Durchschnitt. Ziel war es, für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes eine einheitliche Fallpauschale einzuführen. Für Krankenhäuser, deren Ausgangswert unter dem Zielwert lag, wurde das bereinigte Ausgangsbudget stufenweise in jährlichen Schritten angehoben. Für Krankenhäuser, deren Ausgangswert den Zielwert überschritt, wurde das Budget – allerdings mit einer Obergrenze – schrittweise abgesenkt.¹⁵ Die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen erfolgt seit der Einführung jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). An dieser Kalkulation können Krankenhäuser freiwillig gegen Kostenerstattung teilnehmen. Von 1.704 Krankenhäusern haben 253 diese Möglichkeit für den Fallpauschalenkatalog des Jahres 2010 genutzt.¹⁶ So hat das InEK das DRG-System seit Einführung grundlegend überarbeitet und weiterentwickelt. Der erste DRG-Katalog für das Jahr 2003 umfasste noch lediglich 664 Fallgruppen¹⁷, seit 2010 aber bereits ca. 1.200 unterschiedliche Pauschalen.¹⁸

Durch die Einführung des DRG-Systems musste ein Umdenken in den Krankenhäusern erfolgen. Gab es unter tagesgleichen Pflegesätzen und dem Prinzip der

12 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 22.

13 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 23.

14 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 23.

15 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 9–10.

16 Vgl. InEK GmbH: Abschlussbericht, 2009, S. 13.

17 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 28.

18 Vgl. InEK GmbH: Abschlussbericht, 2009, S. 11.

Selbstkostendeckung noch einen ökonomischen Anreiz zu guter Bettenauslastung und hoher Verweildauer, besteht in einem fallpauschalierenden Vergütungssystem ein immanenter Druck, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung zu erhöhen.¹⁹ Dies verdeutlicht ► **Abb. 1**. Die strich-gepunktete Linie entspricht dem Verlauf der Erlöse aus tagesgleichen Pflegesätzen in Abhängigkeit zu der Verweildauer. Die durchgezogene Linie zeigt den DRG-Erlös, der zwischen der oberen und unteren Grenzverweildauer gleich bleibt. Mit der gepunkteten Linie sind die von der Verweildauer abhängigen Behandlungskosten dargestellt, vereinfacht linear. Zu erkennen ist, dass der bisherige Pflegesatz eine bestimmte Mindestverweildauer des Patienten im Krankenhaus vorgegeben hat, um kostendeckend wirtschaften zu können.

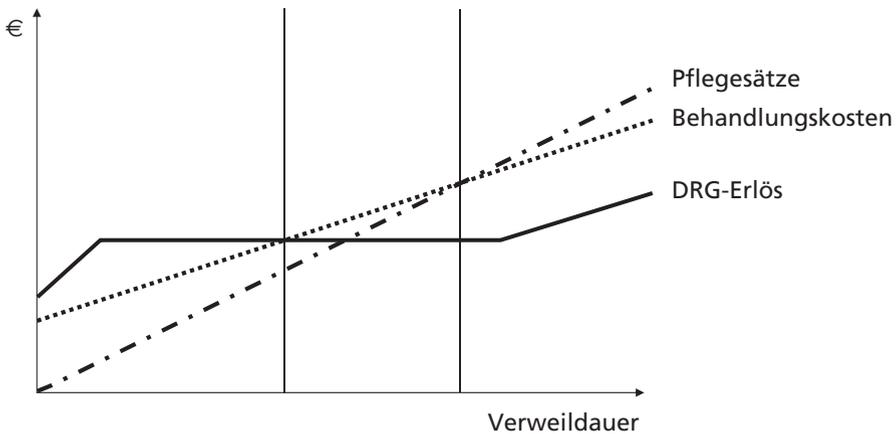


Abb. 1: Verweildauer eines Patienten²⁰

Die *Gewinnschwelle* liegt beim Schnittpunkt zwischen Pflegesatz und Behandlungskosten auf der rechten Senkrechten. Bei jeder Verweildauer rechts davon sind alle Kosten gedeckt. Mit der Einführung der Fallpauschale wird über den festen Satz, der für die jeweilige Erkrankung erstattet wird, eine wirtschaftliche Aufenthaltsdauer des Patienten vorgegeben. Diese Fallpauschale muss nun alle anfallenden Kosten decken. Die Gewinnschwelle verschiebt sich unter DRG-Bedingungen nach links zum Schnittpunkt der Linien DRG-Erlös und Behandlungskosten auf der linken Senkrechten. Jede Verweildauer rechts davon verursacht nicht gedeckte zusätzliche Kosten, die selbst durch die Zuschläge nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer nicht kompensiert werden.²¹

Neben der Verweildauerreduktion beschreibt die Literatur weitere *Anreize* für die Krankenhäuser, auf die pauschalierende Vergütung im DRG-System zu

¹⁹ Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 623.

²⁰ Vgl. Boeden G, Tsekos E: Diagnosen und Prozeduren, 2005, S. 146.

²¹ Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 23.

reagieren. Hierzu zählen die Fokussierung auf profitable Fallpauschalen, die Risikoselektion von Patienten, die Reduktion der Leistungsintensität innerhalb einer Fallpauschale sowie die Erhöhung der Leistungseffizienz.²² Unter DRG-Bedingungen verstärkt sich zudem der Anreiz, Behandlungen stärker zu fragmentieren und Fallzahlsteigerungen zu generieren. Um mehrere Fälle abrechnen zu können, werden statt einem längeren mehrere kurze Krankenhausaufenthalte durchgeführt. Da unter DRG-Bedingungen immer nur eine Hauptdiagnose pro Fallgruppe angerechnet werden kann, hat sich die Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung mehrerer Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthaltes deutlich verringert. Darüber hinaus kann die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen dazu führen, dass Nebenerkrankungen weniger ernst genommen werden.²³

Dem Anreiz zu einem Fallsplitting, das heißt der Aufteilung einer medizinischen Behandlung auf mehrere Aufenthalte zur Generierung mehrerer DRG-Fälle, wird durch rechtlich verbindliche Regeln entgegengewirkt. So müssen zwei Aufenthalte eines Patienten, die zeitlich nahe beieinander liegen, unter definierten Umständen abrechnungsrechtlich zu einem Fall zusammengefasst werden. Unterschieden werden drei Wiederaufnahmeregelungen, die zum einen auf eine Ähnlichkeit der beiden zur Abrechnung übermittelten DRG abzielen und sich zum anderen auf vom Krankenhaus zu verantwortende Komplikationen des ersten Klinikaufenthaltes beziehen. Daneben kann eine Fallzusammenführung entstehen, wenn Patienten zu früh entlassen und zeitnah wieder in das Krankenhaus aufgenommen werden. Je nach Regel umfassen die Zeiträume, in denen eine Fallzusammenführung vorzunehmen ist, 30 Tage zwischen Aufnahmedatum des ersten und Aufnahmedatum des zweiten Aufenthalts. Sie erfolgt auch bei einer Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Aufenthalts.²⁴

1.1.3 Grundlagen stationärer Behandlung

Die Grundlagen der stationären Krankenhausbehandlung sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben unter zwei gesetzlich definierten Bedingungen einen *Anspruch auf eine vollstationäre Krankenhausbehandlung*. Zum einen muss die Klinik zugelassen, zum anderen muss die stationäre Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sein. Erforderlich meint in diesem Zusammenhang, dass das Behandlungsziel nicht durch teil-, vor- und nachstationäre, ambulante Behandlung oder häusliche Krankenpflege erreicht werden kann.²⁵ Der Gesetzgeber hat damit dem Krankenhaus – und nicht etwa den Kostenträgern – die letzte Entscheidungskompetenz darüber gegeben, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung für einen

22 Vgl. IGES Institut GmbH: Begleitforschung, 2010, S. 30–31.

23 Vgl. Flintrop J: Auswirkungen, 2006, S. 3083.

24 Vgl. GKV-Spitzenverband/Verband der privaten Krankenversicherung/Deutsche Krankenhausgesellschaft: Fallpauschalenvereinbarung, 2012, § 2, Abs. 1–3.

25 Vgl. SGB V: Sozialgesetzbuch, 2010, § 39.