

## Rechtsreport

## Qualitätsgebot gilt bei stationärer Behandlung

Der Anspruch gesetzlich Krankensversicherter auf Krankenhausbehandlung unterliegt wie jeder Anspruch auf Krankenhausbehandlung den Einschränkungen, die sich aus dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot ergeben. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte eine Versicherte bei ihrer Krankenkasse befundgestützt die Kostenübernahme für stationäre Liposuktionen beantragt. Die Krankenkasse lehnte dies nach einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ab. Die Liposuktion entspreche nicht den Qualitätsanforderungen, die an eine zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführende Behandlungsmethode zu stellen seien. Außerdem habe die Versicherte die Liposuktion nicht in einem Vertragskrankenhaus, sondern in einer Privatklinik vornehmen lassen, erklärte die

Krankenkasse. Der Fall landete vor dem BSG, das die Revision zurückwies.

Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der durch die selbst beschafften Liposuktionen entstandenen Kosten. Ein Anspruch ergebe sich auch nicht aufgrund einer Genehmigungsfiktion. Danach gilt eine Leistung als genehmigt, wenn sich die Krankenkasse nicht innerhalb bestimmter Fristen äußert beziehungsweise die Überschreitung der Fristen hinreichend schriftlich begründet. Die Kasse ist dann zur Kostenerstattung verpflichtet. Im vorliegenden Fall sei die Frist jedoch eingehalten worden, so das Gericht.

Der Kostenerstattungsanspruch setze zudem voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu denen gehöre, die die Kassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hätten. Zwar dürften nach § 137 c Abs. 3 SGB V Untersuchungs- und Be-

handlungsmethoden, die der Gemeinsame Bundesausschuss bisher nicht bewertet habe, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewendet werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative hätten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolge. Die Behandlung müsse aber notwendig sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Deshalb dürften Maßnahmen mit dem Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative nur in Sonderfällen, zum Beispiel zur Erprobung nach § 137 e SGB V erbracht werden. Im vorliegenden Fall habe die Methode nicht dem Qualitätsgebot entsprochen. Die Kosten seien daher nicht erstattungsfähig.

BSG, Urteil vom 24. April 2018, Az.: B 1 KR 10/17 R

RAin Barbara Berner

## GOÄ-Ratgeber

## Behandlung mit Antiosteoporotika

Kann die Gabe von Bisphosphonaten, ggf. auch von Denosumab, analog Nr. 275 GOÄ (*Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer*) abgerechnet werden?

Hintergrund der Frage ist, dass zumindest die älteren Wirkstoffe der Substanzklasse der Bisphosphonate über einen längeren Zeitraum infundiert werden sollen, sodass mit der Nr. 272 GOÄ zwar eine Infusion länger als 30 Minuten berechnet werden könnte, eine spezielle Gebührennummer für sehr lange Infusionsdauern aber fehlt.

Bei der Verabreichung von Bisphosphonaten ist zu beachten, dass, abhängig vom Wirkstoff, unterschiedliche Applikationsformen (oral, i.v.-Injektion, i.v.-Infusion über bis zu vier Stunden) vorliegen.

Als ein weiteres Antiosteoporotikum steht der humane monoklonale Antikörper Denosumab in Form einer Fertigspritze zur subkutanen Injektion zur Verfügung.

Die Abrechnung einer intravenösen Infusion ist also bei der Behandlung mit Antiosteoporotika nicht in allen Fällen möglich.

Gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ können selbstständige, nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführte ärztliche Leistungen entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Allerdings ist mit der Nr. 272 GOÄ eine Gebührennummer für die intravenöse Infusion von mehr als 30 Minuten Dauer vorgesehen. Es besteht somit keine für eine Analogbewertung erforderliche Regelungslücke, die bei o.g. Fragestellung vorliegen müsste.

Darüber hinaus ist die Berechnung der Nr. 275 GOÄ an die Infusion von Zytostatika („Zellgifte“) im Rahmen der parenteralen Chemotherapie einer bösartigen Erkrankung gebunden. Sie und die Nr. 276 GOÄ (*Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer*) gelten den insbesondere aufgrund der Unverträglichkeit von Zytostatika deutlich erhöhten Betreuungsaufwand im Zusammenhang mit diesen Infusionen ab (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, Nr. 275 GOÄ, Rn. 1).

Die Gabe von Antiosteoporotika sollte in Bezug auf das Unverträglichkeitsspektrum

nicht mit einer Zytostatikagabe verglichen werden. Insgesamt wird die Verträglichkeit der Bisphosphonate bei Beachtung der Kontraindikationen als gut bewertet. Bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen stehen grippeähnliche Symptome im Vordergrund. Auch die Verträglichkeit von Denosumab bei ausreichender Versorgung mit Kalzium und Vitamin D und der Betreuungsaufwand in Zusammenhang mit der subkutanen Gabe des Wirkstoffs sind nicht mit einer Zytostatikagabe gleichzusetzen.

Aus den genannten Gründen wird keine Berechtigung für die Abrechnung eines analog herangezogenen Leistungsansatzes bei der Behandlung mit Osteoporotika analog Nr. 275 GOÄ abgeleitet. Ein ggf. erhöhter Aufwand, z.B. im Falle einer langen Infusionsdauer, kann ausschließlich über den Gebührenrahmen abgegolten werden (hier erhöhter Steigerungsfaktor Nr. 272 GOÄ). Für die Verabreichung von Denosumab sollte die Nr. 252 GOÄ (*Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär*) in Ansatz gebracht werden.

Dr. med. Karoline Stingele