

- Einführung (Laufer)
- MBEG-Verfahren im Rahmen der Fallprüfung durch Kostenträger (Johannes)
- BSG-Urteil Fallzusammenführung (Jacome)
- BSG-Urteil Schadensersatzansprüche Kostenträger bei Verlegungen (Knobel)



# 44. JF Medizincontrolling

## MC-Leistungsbericht: seit 11.8.23 im BW

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie in der Klinikdirektorenkonferenz angekündigt und vorgestellt, können wir Ihnen nun das neue SAP Business Warehouse (SAP BW) zur Verfügung stellen. Dar

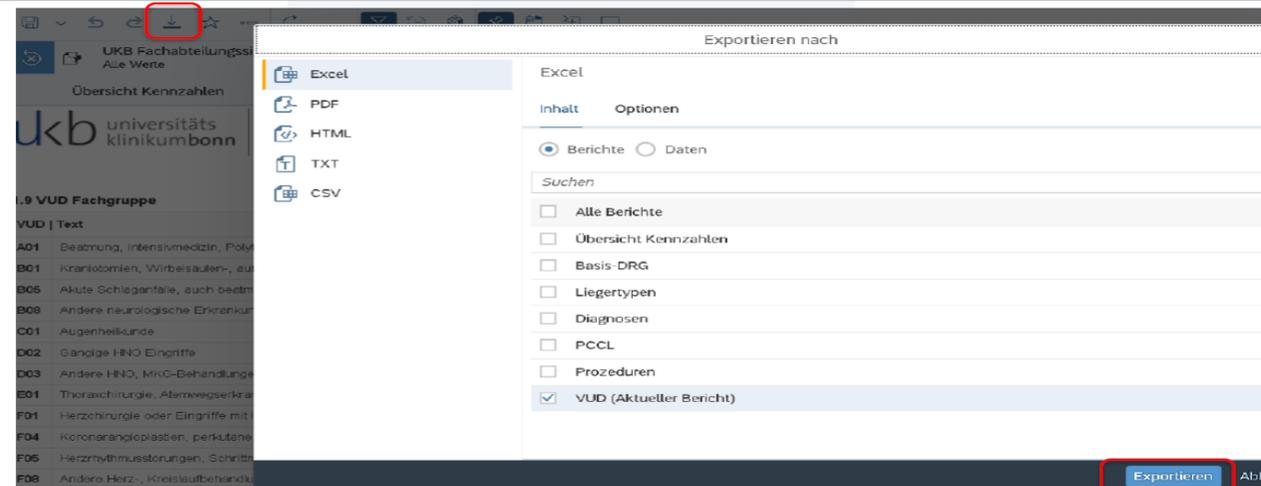
Mit der Harmonisierung der Datengrundlagen haben wir dafür Sorge getragen, dass alle Leistungs- und Belegungsinformationen in sich konsistent sind. Zuden gehören somit der Vergangenheit an und die Benutzeroberfläche entspricht aktuellen Standards. Der Anmelde- und Auswahlprozess der jeweiligen Statistiker Sie müssten im Laufe des Tages eine E-Mail mit Ihren Anmeldedaten erhalten haben.

Wichtig ist, dass Sie Ihr Initialpasswort in den nächsten fünf Tagen durch ein persönliches Passwort ersetzen. Am besten hinterlegen Sie daraufhin Ihre Anmelde eigenständig zurücksetzen. Eine Anleitung finden Sie in der angehängten Präsentation.

Das neue SAP System ist so konzipiert, dass es flexibel und anpassbar ist. Wir nehmen kontinuierlich Erweiterungen vor und nehmen dazu Ihre Ideen und Anreg Im diesem ersten Schritt stellen wir Ihnen folgende Berichte zur Verfügung:

- Management Dashboard
- Belegungsstatistik
- Med. Leistungsstatistik (ab dem 11.08. verfügbar)

### BW4UKB – Med. Leistungsstatistik



Die Berichte lassen sich in unterschiedlichen Dateiformaten exportieren.

Hierbei können Sie nach Bedarf zwischen den Berichten auswählen.



Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) – Fallindividuelle Begründung mittels MBEG

Dr. Eva Kristin Johannes

17.08.2023



- » Umsetzung des MDK-Reformgesetzes
- » Anlage 1 führt **abschließend** die Leistungen auf, die Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen gemäß § 115b SGB V darstellen.
- » Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung zugelassen, sofern sie in den Leistungsbereichen auch stationäre Behandlungen erbringen
- » Stationäre Leistungserbringung ist weiterhin möglich: In jedem Fall ist „zu prüfen, ob Art und Schwere der beabsichtigten Leistung unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die **ambulante Durchführung (...) erlauben.**“ Es muss sichergestellt und dokumentiert sein, dass der Patient „auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch **angemessen versorgt** wird.“
- » Kontextfaktoren = Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann. „Das **Vorliegen eines Kontextfaktors (...) ist ausreichend** für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung (...).“
- » ABER: „Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren **medizinische Gründe oder soziale Gründe** vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 **fallindividuell darzustellen.**“

# Anlage 1: AOP-Katalog 2023

- » Unterschied zwischen Abschnitt 1 und 2: Eindeutige Zuordnung einer EBM-Ziffer möglich oder nicht
- » Seitenangabe: Sofern nicht explizit mit B gekennzeichnet, sind einseitige Eingriffe gemeint.

<b>Abschnitt 1: Leistungen gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM</b>
Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM.

OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023 <sup>(*)</sup>	OPS-Text 2023	
1-471.2		Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	
1-472.0		Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	
1-502.0		Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	
1-502.1	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	
1-502.2	↔	Rinnis an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	
1-501	5-221.1	B	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang
1-501	5-221.1	L,R	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang
1-501	5-221.6	B	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal
1-501	5-221.6	L,R	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal
	5-222.0	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie

<b>Abschnitt 2: Leistungen gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM</b>					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023 <sup>(*)</sup>	OPS-Text 2023	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Anmerkungen
1-204.2		Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	02342	Lumbalpunktion	01510*
1-275.0		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.1		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.2		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.3		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogenanastomose	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.4		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogenanastomose	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.5		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.6		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogenanastomose	34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520*
1-276.0		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalsangiographie	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung
1-276.20		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: rechter Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung
1-276.21		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	01520*
1-276.22		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: rechter und linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	01520*
1-279.a		Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronären Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	34291 + 34298	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	01520
1-432.1	↔	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	

OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023 <sup>(*)</sup>	OPS-Text 2023	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Anmerkungen
<p><sup>(*)</sup> Bei OPS-Kodes, die mit einem Pfeil (↔) gekennzeichnet sind, handelt es sich um Prozedurenkodes, die im offiziellen OPS Version 2023 eine Seitenangabe vorsehen. Im Katalog ambulantes Operieren bedeutet der Pfeil, dass es sich hier grundsätzlich um einseitige Eingriffe handelt. Beidseitige Eingriffe können zu diesen Codes nur dann von Krankenhäusern im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erfolgen, wenn diese Leistungen in der Vergangenheit bereits üblicher Weise von den Krankenhäusern ambulant erbracht und abgerechnet wurden. Die abschließende Definition beidseitiger Eingriffe, die in den Katalog ambulantes Operieren aufgenommen werden sollen, wird bei der nächsten Überarbeitung erfolgen. Bei OPS-Kodes mit den im Katalog aufgeführten Zusatzkennzeichen R für rechts, L für links oder B für beidseits können einseitige oder beidseitige Eingriffe im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erbracht werden. Abrechnungsgrundlage sind die Regelungen des EBM.</p>					

- » Ihr Vorliegen begründet die stationäre Durchführung
- » Kodierung gem. DKR
- » Überwiegend aus dem Datensatz hervorgehend (Ausnahme: Ophthalmologische Begleiterkrankungen bei bestimmten OPS der Anlage 1).
- » Beidseitige Eingriffe: Liste von OPS, in denen 2023 die stat. NW bei beidseitigem Eingriff explizit begründet ist (Übergangsregelung 2023)

- 🔖 ICD-Kodes
- 🔖 OPS-Kodes
- 🔖 Funktionseinschränkung
- 🔖 Pflegegrad
- 🔖 Beatmung
- 🔖 Untere Altersgrenze
- 🔖 Beidseitige Eingriffe

Erkrankung
PEX-Syndrom
Cataracta matura, hypermatura, nigra, intumescens
Hornhauterkrankungen mit deutlich reduziertem Einblick oder stark ausgeprägter Hornhautendothel Dystrophie
Z. n. Glaukom-, Netzhaut- u./o. Glaskörperoperationen,
Z. n. Keratoplastik
Fortgeschrittene oder schlecht einstellbare Glaukomerkrankung
Z. n. entzündlicher intraok. Erkr. Mit Dekompensationsgefahr u./o. Synechien
Z. n. Bulbustraua pathologische Myopie mit pathologischer
Bulbuslänge von ca. 26,5 mm oder spezifischen Fundusbefunden (z. B. Dehnungsherde, Staphyloma posticum)
Kurzbau des Auges (Mikrophthalmus / Nanophthalmus)
Anatomische / funktionelle Unicussituation (funktionelle Einäugigkeit: Visus Partnerauge mit Korrektur < 0,2)
Kinder und Jugendliche (typischerweise verstärkte Entzündungsreaktion)
Pathologien im Linsenaufhängeapparat (z. B. Marfan -Syndrom, Lentodonesis
Katarakt nach Voroperation

- » Individuelle Begründung der stationären Notwendigkeit
- » Kann medizinische oder soziale Gründe enthalten, „die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt ist“
- » Grenzen zu Kontextfaktoren fließend (vgl. Ophthalmologische Begleiterkrankungen der Anlage 2)
- » Gehen NICHT aus dem Datensatz hervor, sind aber laut Nachtrag vom 29.03.2023 zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V **spätestens mit der Schlussrechnung per MBEG** an die Krankenkasse zur übermitteln

übermittelt. Die Übermittlung der Gründe erfolgt durch das Krankenhaus mit der Nachricht „Medizinische Begründung“ (MBEG), die in diesen Fällen ohne vorherige Anforderung (ANFM) durch die Krankenkasse spätestens mit der Schlussrechnung an die Krankenkasse übermittelt wird. Eine Kennzeichnung der betreffenden Fälle gemäß der obenstehenden Regelung zum ICD-Kode „Z76.8“ in der Aufnahmeanzeige ist keine Voraussetzung für die Übermittlung etwaiger medizinischer oder sozialer Gründe mit der Nachricht MBEG. Des

- » Ca. 5000 AOP-Fälle im ersten Halbjahr
- » Davon ca. 1500 mit Kontextfaktoren
- » Plausis in Orbis -> bisher nur zur Information, Vidierung möglich



- » Stationäre Abrechnung
- » Falls Kasse anfragt: MBEG aus MC, ggf. Rücksprache mit der Klinik
- » Falls keine Begründung möglich: Ambulante Abrechnung

» Anzahl der MBEGs nimmt deutlich zu:



» Erste Mitteilungen, dass nachträgliche Begründung ausgeschlossen sei

... ambulanten Eingriffen, wenn diese ausnahmsweise vollstationär durchgeführt wurden. Die § 301-Vereinbarung legt fest, dass diese Mitteilung per MBeg bereits mit dem Aufnahmesatz, aber spätestens mit dem Rechnungssatz an die Kasse zu übermitteln sind.

Eine nachträgliche Übermittlung der Begründung bzw. eine andere Übermittlung als über MBeg ist für Aufnahmen ab dem 01.05.2023 nicht mehr möglich. Die stationäre Abrechnung ist somit nicht begründet und wird nicht fällig. Eine Zahlung durch uns scheidet aus.

Wir bitten um Stornierung der stationären Abrechnung.

- » IT-basierte Lösung zur Übertragung der medizinischen Begründung von Orbis nach SAP ist in Arbeit
- » Voraussichtlich möglich ab Ende Oktober
- » Geplant: Aktivierung der roten Plausi, falls AOP-Fall ohne Kontextfaktor. Die Vidierung wird zunächst verhindert.



- » In einem neuen Formular ist die fallindividuelle Begründung **durch die Klinik** zu hinterlegen
- » Sobald diese erfasst ist, kann durch die **Eingabe der Diagnose Z76.8** die Plausi umgangen und der Fall vidiert werden
- » Die MBEG wird automatisch versendet.
  
- » Wenn keine Begründung vorliegt, ist keine stationäre Abrechnung möglich -> Umwandlung (Clearing)

- » Sollten vor Implementierung der IT-basierten Lösung bereits Rechnungsabweisungen durch große Kostenträger eintreten, wird übergangsweise eine Begründung direkt in SAP erfasst werden müssen.
- » Sperre der Fälle auf SAP-Ebene
- » Kommunikation ans MC und Prüfung der Fälle.
- » Erfassung einer MBEG anhand der vorhandenen Dokumentation. Rückfragen in Einzelfällen werden i.d.R. nicht möglich sein.
  
- » Keine medizinische Begründung vorhanden: keine stationäre Abrechnung möglich, Umwandlung

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Kontakt:

Dr. Eva Kristin Johannes

Medizin-Controlling

[eva\\_kristin.johannes@ukbonn.de](mailto:eva_kristin.johannes@ukbonn.de)

0228 287 19738

0151 18853659



# Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Fallzusammenführungen B 1KR 10/22 R

Medizin-Controlling

## Inhalt

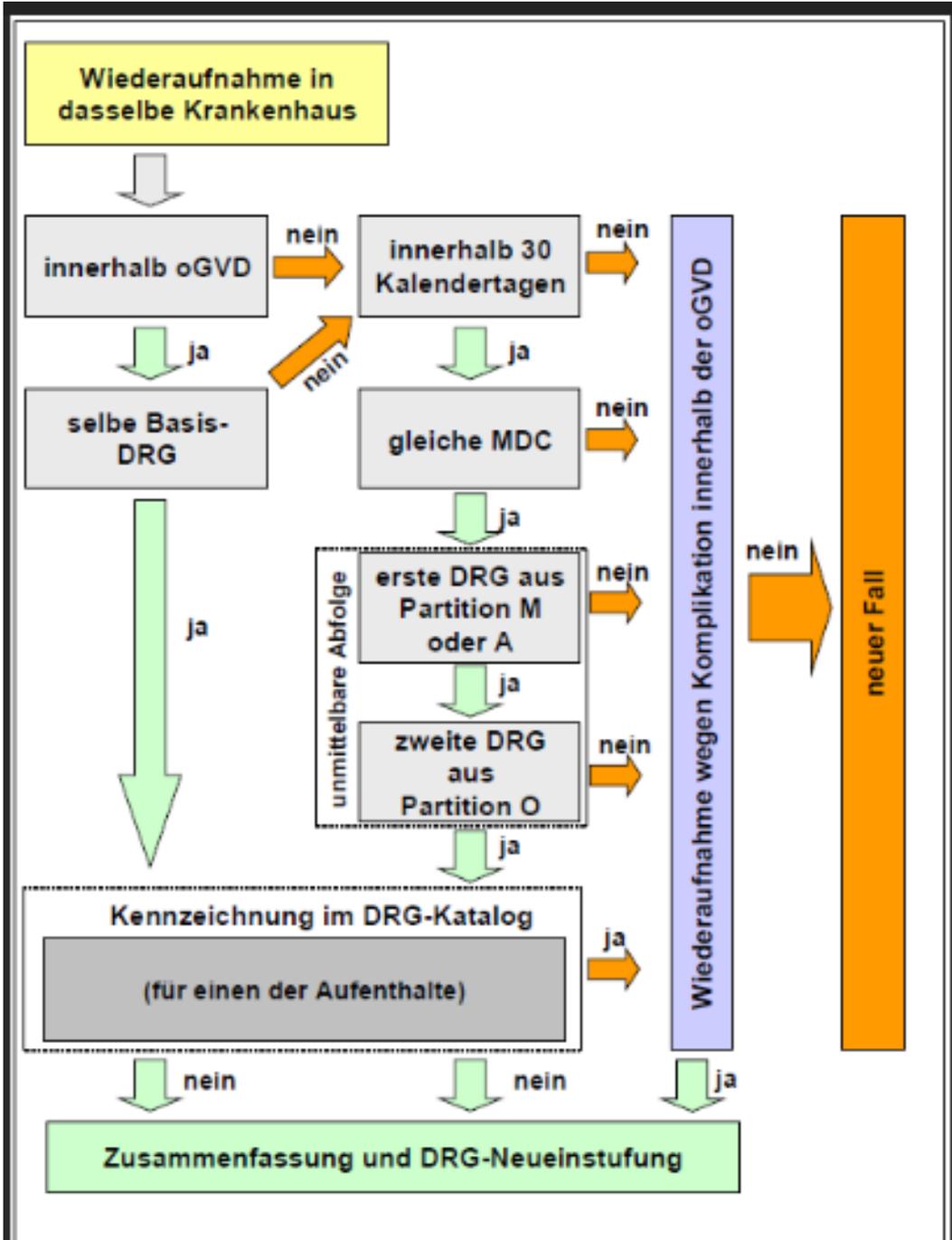
- » Gesetzliche Grundlagen der Fallzusammenführung S. 3
- » Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots S. 6
- » §8 Abs. 5 S.3 KHEntgG S. 7
- » Allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot S. 8  
BSG, Urteil vom 26.04.2022, B 1 KR 14/21 R
- » Klarstellung S. 14  
BSG, Urteil vom 11.05.2023, B 1 KR 10/22R
- » Fazit - Blick in die Zukunft S. 18

## Fallpauschalenverordnung (FPV) (Herausgeber: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK))

Es gibt diverse Szenarien, in denen die Behandlungsepisoden eines Patienten zusammengeführt werden müssen. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet die, im aktuellen Jahr gültige Fallpauschalenverordnung.

Der Zeitraum zwischen zwei Krankenhausaufenthalten ist wesentlich für die Einstufung einer Wiederaufnahme. Er wird bemessen an der Anzahl der Kalendertage **ab dem Aufnahmetag** des letzten Krankenhausaufenthaltes bis zum Tag der Wiederaufnahme.

Das nachfolgende Schema stellt die sich aus den Vorgaben des §2 Fallpauschalenvereinbarung ergebenden Abfragen dar, mit denen geprüft wird, ob bei zwei Krankenhausaufenthalten eine Fallzusammenführung vorzunehmen ist.



## Ausnahme

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 **wird nicht vorgenommen**, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung **in Spalte 13** oder bei belegärztlicher Versorgung **in Spalte 15** des Fallpauschalen-Katalogs **gekennzeichnet ist**.

Anlage 1

aG-DRG-Version 2023 und Pflegeerlöskatalog 2023

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog  
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti-tion	Bezeichnung <sup>5)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbatterie	Mittlere Verweil-dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit Abschlag <sup>2), 5)</sup>	Untere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Obere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt <sup>3), 5)</sup>	Obere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>	Pflegeerlös Bewertungs-relation pro Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
E71C	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,738	-	5,0	1	0,361	13	0,086	0,103	-	x	0,6506
E71D	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt	0,530	-	5,2	1	0,309	13	0,067	0,080	-	x	0,8808
E73A	M	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	1,492	-	14,3	4	0,279	28	0,071	0,091	-	-	1,0088
E73B	M	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	0,590	-	5,5	1	0,368	13	0,069	0,082	-	-	0,7396
E74Z	M	Interstielle Lungenerkrankung	0,675	-	6,0	1	0,405	15	0,071	0,087	-	-	0,7756
E75A	M	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	1,866	-	10,9	3	0,453	24	0,184	0,153	-	-	2,3614

- » Das Wirtschaftlichkeitsgebot gehört zum wichtigsten Maßstab für die gesetzlichen Krankenkassen und bezieht sich auf die Leistungen in allen Bereichen, von der Vorsorge, über die Diagnose und Therapie, bis hin zu der Verschreibung von Medikamenten.
- » Mit § 12 Abs. 1 SGB V wird geregelt, dass die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

## Neue Fassung ab 1.1.2019

- » In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.
- » Die Krankenkassen verwiesen teilweise darauf, dass diese Norm nicht das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 Abs. 1 SGB V suspendiere.
- » Es wurde geklagt...

## Sachverhalt

- » 1. Fall: Die Versicherte wurde im Krankenhaus stationär wegen der Abklärung von Blutabgängen zur Diagnostik und Therapie aufgenommen. Mit der Diagnose Analkarzinom wurde die Versicherte am Tag vor der interdisziplinären Tumorkonferenz des Krankenhauses entlassen. Der Fall wurde mit DRG G60B (*Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwändige Behandlung*) abgerechnet.
- » 2. Fall: Die Umsetzung des Ergebnisses der Tumorkonferenz wurde mit der **Aufnahme in 8 Tagen** zur laparoskopischen Sigmoidostoma-Anlage und Adhäsiolelyse sowie zur Implantation eines Ports für eine anschließende Radiochemotherapie geplant. Hier kam die DRG G18B (*Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose*) zur Abrechnung.

### Ist die getrennte Abrechnung der Fälle begründet?

Lagen Behandlungsepisoden (Behandlungsfälle) eines Patienten zeitlich dicht beieinander, ist dieses ein Zeichen für die Krankenkasse die Fallkonstellationen bezüglich einer möglicher Fallzusammenführung zu prüfen. Dafür beauftragten die Krankenkassen den Medizinischen Dienst mit der Durchführung einer Prüfung.

- » *War die Behandlung bereits abgeschlossen oder noch eine Fortsetzung der Behandlung medizinisch indiziert und geplant?*
- » *Gab es medizinische Gründe die Behandlung zu unterbrechen?*
- » *Hätte der Patient aus medizinischer Sicht zwischen den verschiedenen Behandlungsabschnitten beurlaubt werden können?*

## Beurteilung des Medizinischen Dienstes und die Entscheidung der Krankenkasse

- » „es handele sich um die Fortsetzung der im Rahmen des ersten Krankenhausaufenthaltes noch nicht abgeschlossenen Behandlung“
- » „die Wiederaufnahme zur Operation sei bereits im Voraufenthalt geplant gewesen“

Die Krankenkasse kürzte die Abrechnung von Krankenhaus unter dem Stichwort des **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**.

Es liege eine typische Beurlaubung vor und die Fälle seien zusammenzuführen.

Das Krankenhaus hat geklagt.

## BSG Entscheidung-Leitsätze

Das **übergeordnet maßgebliche Wirtschaftlichkeitsgebot** gebietet es, dass Versicherte nicht entlassen werden dürfen, wenn

- » *in einem überschaubaren Zeitraum Klarheit darüber geschaffen werden kann, ob eine Fortsetzung der stationären Behandlung medizinisch geboten ist, und*
- » *ggf. die Fortsetzung der Behandlung aus medizinischen Gründen auch tatsächlich erfolgen kann.*
- » *Maßgeblich dafür ist der im Zeitpunkt der Entscheidung über die Entlassung verfügbare Wissens- und Kenntnisstand der Krankenhausärzte.*
- » *In der Regel ist ein Zeitraum von zehn Tagen ab der Entscheidung über die Entlassung bis zur Fortsetzung der Behandlung noch als überschaubar anzusehen.*

## BSG Entscheidung

Das Bundessozialgericht gab der Krankenkasse Recht.

- » Mit Urteil vom 26.4.2022, hat das Bundessozialgericht entschieden, dass die von ihm entwickelten Grundsätze für **eine fiktiv-wirtschaftliche Fallzusammenführung** auch dann Gültigkeit besitzen, wenn in der zur Abrechnung kommenden DRG eines der Aufenthalte eine Fallzusammenführung nach Spalte 13 im Fallpauschalenkatalog ausgeschlossen ist.
- » Das Krankenhaus kann dabei lediglich die Vergütung beanspruchen, die bei einem „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten“ angefallen wäre.

# Allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot

## BSG, Urteil vom 26.04.2022, B 1 KR 14/21 R

- » Das Bundessozialgericht hat dabei explizit offengelassen, ob sich § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG auch auf die „Beurlaubung“ auswirkt.
- » Nach wie vor beanstandeten die Krankenkassen die Abrechnungen der Krankenhäuser im Bezug auf Fallzusammenführung aus wirtschaftlichen Gründen.

### Sachverhalt

- » 1. Fall: das Krankenhaus behandelte einen Versicherten vollstationär. Es wurden ein Rektumkarzinom mit Metastasen u.a. der Leber und weitere Erkrankungen diagnostiziert. Eine primäre operative Rektumresektion mit intraoperativer Abklärung der Leberläsionen bei dem Versicherten wurden beschlossen. Der OP-Termin wurde auch direkt festgelegt. Für den Aufenthalt berechnete das Krankenhaus die DRG G60B (*Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwändige Behandlung*), die die Krankenkasse beglich.
- » 2. Fall: der Versicherte wurde **5 Tage später** erneut im Krankenhaus aufgenommen und am nächsten Tag operiert. Für den Aufenthalt berechnete das Krankenhaus die DRG G18C (*Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwändigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff*).

### Sachverhalt

- » Die Krankenkasse beglich diese Rechnung nicht und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Durchführung einer Prüfung. Dieser bestätigte die vom Krankenhaus angesetzte Fallpauschale, führte jedoch aus, es handele sich um die Fortsetzung der **im Rahmen des ersten Krankenhausaufenthaltes noch nicht abgeschlossenen Behandlung; die Wiederaufnahme zur Operation sei bereits im Voraufenthalt geplant gewesen**. Die Krankenkasse machte daraufhin gegenüber dem Krankenhaus geltend, es liege eine typische Beurlaubung vor und die Fälle seien zusammenzuführen.
- » Das Krankenhaus hat geklagt.

## BSG Entscheidung

Das BSG in der Entscheidung vom 11.05.2023 (B1 KR 10/22) hat klargestellt:

- » eine Fallzusammenführung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten aufgrund der Regelung in §8 Abs.5 Satz 3 KHEntgG ist ausgeschlossen.
- » Eine individuelle, auf den einzelnen Behandlungsfall bezogene Prüfung der Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots scheidet danach hier grundsätzlich aus.
- » Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Entlassungen und Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus ist seither abschließend den Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung zugewiesen.
- » **Die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots müssen dabei beachtet werden.**

### BSG Entscheidung

Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit einer Entlassung und Wiederaufnahme im Einzelfall nicht zu überprüfen ist, gilt nach der neuen Rechtsprechung des BSG allein für Missbrauchsfälle.

Ein solcher soll nach Ansicht der Richter in Kassel vorliegen, **wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist** und diese offensichtlich allein dazu dient, eine weitere Fallpauschale zu generieren.

## Blick in die Zukunft

- » Die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots müssen beachtet werden.
- » Anderenfalls sollte es nachvollziehbar dokumentiert sein, um den Verdacht des Missbrauchs zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



ukb universitäts  
klinikumbonn

## BSG Urteil Schadensersatzanspruch der Krankenkassen bei der Verlegung in ein anderes KH

Erstellt von Andrea Knobel 02.08.2023

# BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

Das klagende Universitätsklinikum behandelte die 1948 geborene und bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: KK) Versicherte vom 16. bis 18.5.2017 vollstationär wegen eines **sub-akuten Myokardinfarktes der Hinterwand bei koronarer Drei-Gefäß-Erkrankung**. Am 18.5.2017 wurde die Versicherte aus dem Universitätsklinikum in ein **wohntnahes Krankenhaus verlegt** und dort noch bis zum 26.5.2017 stationär weiterbehandelt. Das Universitätsklinikum stellte der KK für die Behandlung 4319,55 Euro in Rechnung (*Fallpauschale DRG F24B*) und berücksichtigte dabei einen Verlegungsabschlag iHv 1657,48 Euro. Das wohnortnahe Krankenhaus berechnete für die stationäre Behandlung der Versicherten dort 2806,57 Euro.

Folgend MD Prüfung – Ergebnis:

**Die Verlegung sei medizinisch nicht notwendig gewesen.** Die Versicherte hätte im Universitätsklinikum bis zur Entlassung weiter- behandelt werden können. Dann hätte sie (die KK) insgesamt für die stationäre Behandlung in den beiden Krankenhäusern 1147,76 Euro **weniger vergüten müssen.**

# BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

Das **Sozial- und Landessozialgericht** urteilten, dass der KK weder ein öffentlich-rechtlicher Erstattungs- noch ein Schadensersatzanspruch zustehen. Sie könne nicht geltend machen, die Verlegung in das wohnort-nahe Krankenhaus sei medizinisch nicht notwendig gewesen. Für einen solchen Einwand gebe es in den Abrechnungsbestimmungen keine Rechtsgrundlage. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot werde durch den in § 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2017 geregelten **Verlegungsabschlag hinreichend Rechnung getragen.**

## BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

39 a) Eine Verlegung führt trotz der Verlegungsabschläge sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Krankenhaus regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die KK. Sofern dies der Fall ist, **bedarf es für die Verlegung eines sachlichen Grundes** (*zu Ausnahmen siehe unten RdNr 48*). Diesen hat das verlegende Krankenhaus - da es sich um Umstände aus seiner Sphäre handelt - im Streitfall **darzulegen und ggf auch zu beweisen**.

41 c) Als **sachliche Gründe** für eine Verlegung in Betracht kommen zwingende medizinische Gründe (*dazu aa*), zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten (*dazu bb*) sowie ferner übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfs-gerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (*dazu cc*).

## BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

39 a) Eine Verlegung führt trotz der Verlegungsabschläge sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Krankenhaus regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die KK. Sofern dies der Fall ist, **bedarf es für die Verlegung eines sachlichen Grundes** (*zu Ausnahmen siehe unten RdNr 48*). Diesen hat das verlegende Krankenhaus - da es sich um Umstände aus seiner Sphäre handelt - im Streitfall **darzulegen und ggf auch zu beweisen.**

41 c) Als **sachliche Gründe** für eine Verlegung in Betracht kommen zwingende **medizinische Gründe** (*dazu aa*), zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten (*dazu bb*) sowie ferner übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfs-gerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (*dazu cc*).

## BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

39 a) Eine Verlegung führt trotz der Verlegungsabschläge sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Krankenhaus regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die KK. Sofern dies der Fall ist, **bedarf es für die Verlegung eines sachlichen Grundes** (zu *Ausnahmen siehe unten RdNr 48*). Diesen hat das verlegende Krankenhaus - da es sich um Umstände aus seiner Sphäre handelt - im Streitfall **darzulegen und ggf auch zu beweisen.**

41 c) Als **sachliche Gründe** für eine Verlegung in Betracht kommen zwingende **medizinische Gründe** (*dazu aa*), **zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten** (*dazu bb*) sowie ferner übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfs-gerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (*dazu cc*).

## BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

39 a) Eine Verlegung führt trotz der Verlegungsabschläge sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Krankenhaus regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die KK. Sofern dies der Fall ist, **bedarf es für die Verlegung eines sachlichen Grundes** (zu *Ausnahmen siehe unten RdNr 48*). Diesen hat das verlegende Krankenhaus - da es sich um Umstände aus seiner Sphäre handelt - im Streitfall **darzulegen und ggf auch zu beweisen.**

41 c) Als **sachliche Gründe** für eine Verlegung in Betracht kommen zwingende **medizinische Gründe** (*dazu aa*), **zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten** (*dazu bb*) sowie ferner **übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern** (*dazu cc*).

## BSG Urteil Verlegung in ein anderes Krankenhaus

BSG Az.: B 1 KR 4/22 R

aa) ... **medizinische Gründe** ..., dass eine sich als erforderlich erweisende **Behandlung vom Versorgungsauftrag des aufnehmenden Krankenhauses nicht umfasst ist.**

**Am UKB zur Zeit z.B.:**

**Verbrennungsverletzte - Verlegung in eine Verbrennungsklinik**

### bb) zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten ...

Solche zwingenden Gründe können etwa die Entfernung des Krankenhauses von nächsterreichbaren Verwandten oder anderen Bezugspersonen, die Störung des Vertrauensverhältnisses zu dem Krankenhaus, relevante religiöse Bedürfnisse sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen. ... Allein der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus näher am Wohnort der oder des Versicherten gelegen ist, rechtfertigt die mit einer Verlegung regelmäßig verbundenen erheblichen Mehrkosten für die KK nicht. Insofern müssen weitere Umstände hinzukommen, etwa dass in dem verlegenden Krankenhaus eine erforderliche Betreuung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch eine aus medizinischen Gründen erforderliche Begleitperson nicht möglich oder erheblich erschwert ist (vgl dazu jetzt auch § 44b SGB V iVm der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.8.2022, BAnz AT vom 11.10.2022 B 1).

### bb) zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten ...

Solche zwingenden Gründe können etwa die Entfernung des Krankenhauses von nächsterreichbaren Verwandten oder anderen Bezugspersonen, die Störung des Vertrauensverhältnisses zu dem Krankenhaus, relevante religiöse Bedürfnisse sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen. ... **Allein** der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus **näher am Wohnort** der oder des Versicherten gelegen ist, **rechtfertigt die** mit einer **Verlegung** regelmäßig verbundenen erheblichen Mehrkosten für die KK **nicht**. Insofern müssen weitere Umstände hinzukommen, etwa dass in dem verlegenden Krankenhaus eine erforderliche Betreuung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch eine aus medizinischen Gründen erforderliche Begleitperson nicht möglich oder erheblich erschwert ist (vgl dazu jetzt auch § 44b SGB V iVm der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.8.2022, BAnz AT vom 11.10.2022 B 1).

### bb) zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten ...

Solche zwingenden Gründe können etwa die Entfernung des Krankenhauses von nächsterreichbaren Verwandten oder anderen Bezugspersonen, die Störung des Vertrauensverhältnisses zu dem Krankenhaus, relevante religiöse Bedürfnisse sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen. ... **Allein** der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus **näher am Wohnort** der oder des Versicherten gelegen ist, **rechtfertigt die** mit einer **Verlegung** regelmäßig verbundenen erheblichen Mehrkosten für die KK **nicht**. Insofern müssen weitere Umstände hinzukommen, etwa dass in dem verlegenden Krankenhaus eine **erforderliche Betreuung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch eine aus medizinischen Gründen erforderliche Begleitperson nicht möglich oder erheblich erschwert ist** (vgl dazu jetzt auch § 44b SGB V iVm der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.8.2022, BAnz AT vom 11.10.2022 B 1).

### bb) zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten ...

Solche zwingenden Gründe können etwa die Entfernung des Krankenhauses von nächsterreichbaren Verwandten oder anderen Bezugspersonen, **die Störung des Vertrauensverhältnisses zu dem Krankenhaus**, relevante religiöse Bedürfnisse sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen. ... Allein der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus näher am Wohnort der oder des Versicherten gelegen ist, rechtfertigt die mit einer Verlegung regelmäßig verbundenen erheblichen Mehrkosten für die KK nicht. Insofern müssen weitere Umstände hinzukommen, etwa dass in dem verlegenden Krankenhaus eine erforderliche Betreuung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch eine aus medizinischen Gründen erforderliche Begleitperson nicht möglich oder erheblich erschwert ist (vgl dazu jetzt auch § 44b SGB V iVm der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.8.2022, BAnz AT vom 11.10.2022 B 1).

### bb) zwingende Gründe in der Person der oder des Versicherten ...

Solche zwingenden Gründe können etwa die Entfernung des Krankenhauses von nächsterreichbaren Verwandten oder anderen Bezugspersonen, die Störung des Vertrauensverhältnisses zu dem Krankenhaus, **relevante religiöse Bedürfnisse sowie ähnliche Belange der oder des Versicherten sein, die einen Verbleib in dem bisherigen Krankenhaus auch in Anbetracht der damit voraussichtlich verbundenen Mehrkosten für die KK als unzumutbar erscheinen lassen.** ... Allein der Umstand, dass das aufnehmende Krankenhaus näher am Wohnort der oder des Versicherten gelegen ist, rechtfertigt die mit einer Verlegung regelmäßig verbundenen erheblichen Mehrkosten für die KK nicht. Insofern müssen weitere Umstände hinzukommen, etwa dass in dem verlegenden Krankenhaus eine erforderliche Betreuung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch eine aus medizinischen Gründen erforderliche Begleitperson nicht möglich oder erheblich erschwert ist (vgl dazu jetzt auch § 44b SGB V iVm der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.8.2022, BAnz AT vom 11.10.2022 B 1).

Den sachlichen Verlegungsgrund hat das verlegende Krankenhaus - da es sich um Umstände aus seiner Sphäre handelt - im Streitfall **darzulegen und ggf auch zu beweisen**.

**...übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (dazu cc).**

cc) In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus **einer höheren Stufe** (insbesondere Spezialklinik oder Maximalversorger) **in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe** (insbesondere Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung) aus übergeordneten Gründen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (*vgl § 1 Abs 1 KHG*) gerechtfertigt sein, wenn **und soweit es zur Behandlung der oder des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden.**

**Im Verlegungsfall immer einen sachlichen Grund angeben WARUM (Vorschlag: im Freitext oder Dekurs) die Verlegung notwendig wurde.**

- Medizinische Gründe (umfasst nicht unseren Versorgungsauftrag)
- Gründe, welche in der Person des Patienten liegen (z.B. Elternbegleitung bei FG / NG, Patientenwille)
- Übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten die besonderen Mittel des Maximalversorgers werden für diesen Patient Versorgung der Bevölkerung (en nicht mehr benötigt, aber für andere Patienten und keine alternative Behandlungsmöglichkeit innerhalb der Fachabteilung / UKB)

**Datum der Beauftragung durch die Krankenkasse: 13.09.2022**

Einw. Krankenhaus

WALD KH Evangelisches Krankenhaus

Sehr geehrte Damen und Herren,

Verlegung in

JOSEF St. Josef-Hospital

uns liegt ein Auftrag der Krankenkasse der/des o.g. Versicherten zur Begutachtung der o.g. Behandlung nach § 275 Abs. 1 SGB V zu folgenden Fragestellungen vor:

- War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?  
Hätte die Behandlung hier weiter durchgeführt werden können, Verlegung auf eine Innere Station, Falldruck anbei

# UKB Fallbeispiel

Code	Alph...	Orpha	S	Bezeichnung	En**
N18.5 D63.8*				Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 <i>Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>	H
I46.0				Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	N
N18.5			R	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	
A41.1 B95.7!				Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken <i>Sonstige Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>	N
A41.1 R65.1!				Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken <i>Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen</i>	N
E11.90				Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	N
F05.0				Delir ohne Demenz	N
F32.1				Mittelgradige depressive Episode	N
I10.00				Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	N
J69.0 B96.2!				Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes <i>Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>	N
J90			L	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	N
J96.01				Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	N
J98.11			L	Partielle Atelektase	N
R09.2				Atemstillstand	N
R13.0				Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme	N
T17.5				Fremdkörper im Bronchus	N
Z11 U99.0!				Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten <i>Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2</i>	N
Z22.3 B95.2!				Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten <i>Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>	N
Z29.0				Isolierung als prophylaktische Maßnahme	N
Z49.0				Vorbereitung auf die Dialyse	N

Geboren  
1949

VWD  
17.03.2022  
bis  
03.05.2022  
  
=48BT von 50BT  
der DRG

# UKB Fallbeispiel

Die aktuelle Medikation entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Plan.  
Wir danken für die Übernahme zur weiteren Behandlung und stehen für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Entlassbrief

ist in das St. Josef Hospital verlegt worden.

Befundet am

SD

05.05.2022

09:09

29.03.22: Cimino-Shunt+ Demers-Katheter(*autom. erzeugt*); **Bericht:** Betreuungsverfügung nach Beuel gefaxt

Aufgrund der vorliegenden Unterlagen und Dokumentationen war die Verlegung der Versicherten in ein anderes Krankenhaus nicht notwendig.

MD GA vom  
26.01.2023

# UKB Fallbeispiel

Neg. LE - Bea... Die Verlegung in das Krankenhaus GFO Klinik St. Marien-Hospital Bonn war nicht notwendig, die Behandlung hätte in der Uni Bonn fortgeführt werden können. Bitte senden Sie uns fristgerecht eine Datenkorrektur zu. Unsere Forderung beläuft sich auf 17861,58 Euro. Die Versicherte wurde aus einem auswärtigen Krankenhaus mit intravenöser Lungenerkrankung nach Anlegen einer Schalen-Katheter...

Bem.  Send. 02.02.2023 19:15:16

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit widersprechen wir Ihrer Leistungsentscheidung. Das MD-Gutachten ergibt keine Rechnungskürzung. Die Verweildauer am UKB wurde vollständig bestätigt und nicht in Frage gestellt. Daher ist unklar, woraus Sie eine Rückforderung ableiten. Abgesehen davon können wir Ihre Anfrage in keiner Weise nachvollziehen: Die Verlegung eines Patienten vom Maximalversorger in ein peripheres Krankenhaus ist im Einzelfall kaum medizinisch notwendig, sehr wohl jedoch bei Betrachtung der (über-)regionalen intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten. Eine Neuaufnahme schwerst kranker Patienten ist auch dem Maximalversorger nur dann möglich, wenn regelmäßig eine (Rück-)verlegung von Patienten erfolgt, die peripher intensivstationär weiterversorgt werden können.

St	Nr	NachrNr.	I/O	PrüfvV
✓	4		←	EKK50
✓	3		←	EKK04
✓	2		→	EKH01
✓	1		←	MDK02

Rechnungsdaten	
Re vorher	83.699,77
Verlust	0,00
Streitwert	17.861,00

Kasse widersp... Guten Tag , vielen Dank für Ihre Stellungnahme im Rahmen des Erörterungsverfahrens. Der strittige Betrag ermittelt sich aus der stationären Abrechnung in Ihrem Haus und der gezahlten Rechnung im Folgeaufenthalt. Da die Verlegung medizinisch nicht erforderlich war und eine Weiterbehandlung in Ihrem Haus hätte durchgeführt werden können, ermittelt sich die genannte Forderung. Wir bitten Sie, die Rechnung entsprechend zu korrigieren.

*Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!*

