

Abrechnung stationärer Leistung trotz kurzfristiger Verlegung

Eine stationäre Behandlung kann auch dann abgerechnet werden, wenn eine Patientin oder ein Patient nur kurzzeitig aufgenommen und anschließend in ein anderes Krankenhaus weitergeleitet wird und es dabei zu einer hohen Beanspruchung der personellen und sächlichen Mittel kommt. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Streitig ist zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse die Abrechnung von stationären Leistungen. Der Patient wurde vom Rettungsdienst mit Verdacht auf Schlaganfall in das Krankenhaus der Klägerin eingeliefert, dort auf der Stroke-Unit aufgenommen und untersucht. Unter anderem wurde eine Lysetherapie eingeleitet. Nach einer Stunde wurde er zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus verlegt.

Die Klägerin rechnete die Behandlung gegenüber der beklagten Krankenkasse ab.

Der von der Krankenkasse zur Rechnungsprüfung einbezogene Medizinische Dienst kam zu dem Ergebnis, dass keine stationäre Behandlung vorgelegen habe, sondern nur eine Aufnahmeuntersuchung.

Dem ist das BSG nicht gefolgt. Der Beginn der vollstationären Behandlung setze die vorherige Aufnahme voraus. Dies bedeute die organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses und sei dann der Fall, wenn die Person nach der Entscheidung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen in der Klinik behandelt werden soll. Maßgeblich sei nicht die tatsächliche, sondern die zum Zeitpunkt der Aufnahme prognostizierte Behandlungsdauer.

Für eine konkludente stationäre Aufnahme könne auch eine kurzzeitige Notfallbehandlung im erstangegangenen Kranken-

haus bei zeitnaher Verlegung in eine andere Klinik ausreichen. Eine solche Aufnahme liege vor, wenn der Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen eine hohe Intensität aufweise. Dabei sei es unerheblich, ob der Mitteleinsatz auch der Feststellung diene, ob das Krankenhaus in der Lage sei, selbst die kurative Behandlung einzuleiten oder fortzusetzen. Ebenso sei unerheblich, ob einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen im EBM-Ä abbildbar seien.

Für zukünftige Fälle sei zu beachten, dass aus den übermittelten Daten der intensive Mitteleinsatz deutlich werde. Das Krankenhaus müsse der Krankenkasse mitteilen, welcher Behandlungsplan vorgelegen habe, dass er noch hätte umgesetzt werden können und warum er nicht durchgeführt worden sei.

BSG Urteil vom 29. August 2023, Az.: B 1 KR 15/22 R *RAin Barbara Berner*

Fragestellungen zu Abrechnungsempfehlungen zum Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz (2. Teil)

Ergänzend zum GOÄ-Ratgeber in DÄ 2/2024 soll im vorliegenden zweiten Teil auf spezifische Fragestellungen zur gemeinsamen Abrechnungsempfehlung eingegangen werden.

Für den Transmitter beim Telemonitoring mittels kardialer Aggregate können im Sinne einer Nutzungspauschale Kosten in Höhe von 100 Euro pro Quartal als Auslagen separat berechnet werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der abgerechnete Betrag die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen darf. Dies ist auf Verlangen der oder des Zahlungspflichtigen auch durch Belege nachzuweisen.

Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Ärztin oder der Arzt weder die Kosten für den Transmitter vom ärztlichen Honorar finanzieren müssen soll noch dass sie oder er an den Sachkosten zusätzlich (mit)verdient. Darüber hinaus können Transmitter – je nach Nutzungsdauer – gegebenenfalls auch bei mehreren Pa-

tientinnen und Patienten eingesetzt werden. Alle über den Transmitter hinausgehenden Sachkosten sind nicht separat berechnungsfähig.

Beim Telemonitoring mittels externer Geräte sind Sachkosten neben der Gebühr für die ärztlichen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Grundsätzlich regeln Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses lediglich Bestimmungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Im Bereich der Privatliquidation gilt grundsätzlich gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ, dass Vergütungen für Leistungen berechnet werden dürfen, die „nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind“.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der privaten Krankenversicherungen, welche Grundlage des individuellen Versicherungsvertrages sind, heißt es im § 1 Abs. 2: „Versiche-

rungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung“. Zusätzlich führen die AVB unter § 4 Abs. 6 aus: „Der Versicherer leistet für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.“ Demnach ist nicht die Richtlinie an sich, sondern die ihr zugrundeliegende wissenschaftliche Erkenntnislage ausschlaggebend für die Berechnungs- und Erstattungsfähigkeit.

Gemäß § 1 Abs. 2 Satz 3 der Richtlinie (<http://daebl.de/WC85>) sind beim Telemonitoring das Körpergewicht, die elektrische Herzaktion, der Blutdruck und Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand mittels externer Geräte zu erfassen. Da diese Vorgaben auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, sind diese auch für die Abrechnungsempfehlung relevant, solange diese noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. *Johannes Knaack*