

BARMER · 40006 Düsseldorf

Zentrum Krankenhaus/Reha

Düsseldorf

St. Vincenz-Krankenhaus
Medizinisches Controlling
Christoph Hirschberg
Auf dem Schaftsberg

Ihre Gesprächspartnerin Thilo Knauf
Telefon 0800 333004 420-210
Telefax 0800 3330092
thilo.knauf@barmer.de

65549 Limburg

Bitte stets angeben:
► Unsere Zeichen: 42000-260700041 ◀
Datum 22.06.2020

Vorabkostenübernahmeanfrage für Versicherte der BARMER hier: St. Vincenz-Krankenhaus Diez, Adelheidstr. 2, 65582 Diez

Sehr geehrter Herr Hirschberg,

wir stellen fest, dass seit einiger Zeit vermehrt Versicherte mit Vorabkostenübernahmeerklärungen, welche ihnen durch Ihr Krankenhaus ausgehändigt wurden, auf uns zukommen.

Hiermit fordern wir Sie auf, es ab sofort zu unterlassen, unsere Versicherte bei vorliegender Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2a) an die BARMER zwecks Kostenübernahme zu verweisen.

Ihr Verhalten unseren Versicherten gegenüber ist rechtswidrig. Daher werden wir nicht zögern, rechtliche Schritte zu ergreifen, sollten Sie weiter daran festhalten.

Wie Ihnen bekannt ist, erfordert die Behandlung von Versicherten der GKV keine vorherige auf eine konkret zu erbringende medizinische Leistung bezogene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Als zugelassener Leistungserbringer sind Sie im Rahmen Ihres Versorgungsauftrags gem. § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V verpflichtet, gesetzlich Versicherte ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse bei medizinischer Notwendigkeit stationär aufzunehmen.

In der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhauspflege („Krankenhauspflege-Richtlinien“) ist festgelegt, dass sich der einweisende Arzt persönlich davon überzeugen muss, dass die Behandlung nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erfolgen kann und ambulante Alternativen nicht zur Verfügung stehen. Gemäß § 39 Abs. 1 haben Versicherte Anspruch auf eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist.

Krankenkasse und Krankenhaus stehen in einem auf Dauer angelegten öffentlich-rechtlich geregelten Leistungsverhältnis, das neben den Hauptleistungspflichten weitere, in einem Gegenseitigkeitsverhältnis stehende Nebenpflichten, insbesondere die Pflicht zur gegenseitigen Unterstützung und Rücksichtnahme, begründet. Dazu gehört nach ständiger Rechtsprechung auch die Pflicht, im Rechtsverkehr alles zu unterlassen, was den Vertragszweck oder Leistungserfolg gefährden oder den Vertragspartner schädigen könnte.

Ihr Verhalten gegenüber unseren Versicherten ist geeignet, bei diesen die Befürchtung hervorzurufen, sie müssten gegebenenfalls im Ergebnis selbst die Kosten einer stationären Behandlung tragen. Der Sachleistungsanspruch der Versicherten ist aber in Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu erfüllen. Versicherte sind aus Abrechnungsstreitigkeiten, welche ausschließlich das Leistungserbringungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse betreffen, grundsätzlich herauszuhalten.

Als gesetzliche Krankenkasse sind wir verpflichtet, im Sinne unserer Versicherten auf die Durchsetzung der das Krankenhausrecht prägenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgrundsätze hinzuwirken. Dadurch, dass Sie mit Ihrem Anliegen im Vorfeld einer geplanten Krankenhausbehandlung an die Versicherten herantreten, beeinträchtigen Sie das Vertrauen in die Rechtmäßigkeit unseres Handelns und in unsere Leistungsbereitschaft. Bei den Versicherten könnten Zweifel entstehen, ob die ihnen gesetzlich zustehenden medizinischen Leistungen übernommen werden.

Als zugelassener Leistungserbringer sind Sie gegenüber allen Krankenkassen zur Neutralität verpflichtet. Wir gehen davon aus, dass Sie sich im Sinne unserer langjährigen vertrauensvollen Zusammenarbeit zukünftig entsprechend dieser Verpflichtung verhalten werden, und wir zukünftig keine Vorabkostenübernahmeanfragen mehr aus Ihrem Hause erhalten.

Mit freundlichen Grüßen



Thilo Krauf
Teamleiter Krankenhaus



Krankenhausgesellschaft
Vincenz mbH
St. Vincenz Krankenhaus Diez

Dr. med. Michael Petermeyer
Facharzt für Neurochirurgie, Anästhesiologie,
Schmerztherapie
Adelheidstr. 2 · 65582 Diez
Telefon: 0 64 32 / 645 27 40
E-mail: info@Rueckenzentrum-Diez.de

Antrag zur Einwilligung einer stationären Krankenhausbehandlung

<p><u>Patientenakt aufkleben oder handschriftlich ausfüllen</u></p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Fachabteilung: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p>	<p>Prüfung auf Grundlage der Anlage 2 des Vertrages nach § 115 b SGB V, Ambulantes Operieren und stationäres Eingriffe im Krankenhaus</p> <p>Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verwaltung ○ Patientenakte ○ Patient/ Krankenkasse <p>Die mit (+) gekennzeichneten Merkmale gelten als besonders stichhaltig und in der Regel für sich genommen bereits ein Tatbestand, welcher die stationäre Leistungserbringung rechtfertigt</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnose: Therapierefraktäres Facettensyndrom M47.26, R52.2

Geplanter Eingriff: Laserverödung der Facettengelenke S-83a.02, S-985.2, 8-914.12

- Der geplante Eingriff findet sich im Katalog ambulant Leistungen nach § 115 b SGB V
- Es handelt sich um ein so genannte "Sternchenleistung" (in der Regel ambulant durchführbar)

Morbiditäts- und diagnosebedingte Kriterien

Klinisch relevante Begleiterkrankungen

- Arterielle Hypertonie (AH) mit stabiler Einstellung (+)
- AH ohne stabile Einstellung/ mit häufigen Entgleisungen (-)
- Koronare Herzkrankheit (KHK) unter Therapie: asymptotisch
- KHK mit häufigen Beschwerden oder Z.n. Infarkt (+)
- Herzinsuffizienz (HI) (Häufigere Dekompensation, NYHA III/ IV...) (+)
- HI (NYHA I o. II, stabil eingestellt, unter Med. asymptotisch)
- Gerinnungsstörung
 - angeboren/ erworben (+)
 - Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten
- Lungenfunktionsstörungen (obstruktiv/ restriktiv)
 - Manifeste Störung (+)
 - Intermittierende, unter Therapie gut kompensiert
- Diabetes mellitus (DM), stabil eingestellt (orale o. Insulintherapie)
- DM m. instab. Stoffwechsellage/ anamnestisch häufige Entgleisungen (+)
- Psychiatrische Erkrankungen (+)
- Behinderungen
- Erläuterungen:

Erhöhter Behandlungsaufwand oder sonstige postoperative Risiken

- gegenüber dem Regelfall sehr komplexer Eingriff, z.B. durch Vor-OPs, bei Rezidiveingriffen, andere besonders erschwerende Umstände (+)
- Besondere postoperative Überwachungsbedürftigkeit > 8 Std. (+)
- Einsatz von Drainagen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
- Akute Erkrankung bzw Notfall
- Erläuterungen:

Risikogruppeneinstellung nach ASA

- I normaler, gesunder Patient
- II leichte bis mäßige Störung des AZ ohne Leistungseinschränkung
- III schwere Störung AZ mit Leistungseinschränkung
- IV schwere Störung des AZ mit wesentl. Leistungseinschränkungen die lebensbedrohlich und dauerhaft behandlungsbedürftig sind
- V Moribunder Patient

Allgemeine individuelle und soziale Kriterien (zum geplanten OP- Zeitpunkt)

<p>Fehlende Kommunikationsmöglichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Krankenhaus ist mehr als 30 Minuten entfernt ○ Schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Nothilfe leisten (+) ○ Patient ist allein stehend (+) ○ Kein Telefon vorhanden (+) ○ Keine ausreichende Verständigung mit dem Patienten möglich (+) ○ Erläuterung: _____ 	<p>Sachgerechte Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Verbandskontrolle abends/ nachts möglich (gef. durch Dritte) ○ Keine zuverlässige und vertrauenswürdige Betreuung (+) ○ Betreuung nicht in der Lage adäquat auf Zwischenfälle zu reagieren (+) <p>Zuverlässigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Compliance eingeschränkt o. mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten (+) ○ Eine Suchterkrankung liegt vor ○ Patient steht unter Betreuung
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Die von mir gemachten Angaben zu meinem persönlichen, sozialen und medizinischen Verhältnissen entsprechen der Wahrheit. Ich wurde über Möglichkeiten, Voraussetzungen und Komplikationsmöglichkeiten der ambulanten Vorgehensweise informiert und bin damit einverstanden. Diese Erklärung bezieht sich lediglich auf die ambulante Vorgehensweise an sich. Eine Aufklärung über die spezifischen und allgemein Eingriffsrisiken und Chancen sowie über evt. Alternativen zu einem operativen Vorgehen, über das Narkoseverfahren und Narkoserisiken erfolgt gesondert und bedarf einer gesonderten Einverständniserklärung.

Unterschrift:

Die Prüfung vorher genannter Kriterien führt unter Berücksichtigung des geplanten Eingriffes zu folgender ärztlicher Entscheidung:

- Die Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffes erlaubt unter Berücksichtigung der allgemeinen individuellen- und morbiditäts-/ diagnosebedingten Tatbestände und unter Zugrundelegung der vom Patienten gemachten Angaben keine ambulantes Vorgehensweise nach den Regeln ärztlicher Kunst mit den zur Verfügung stehenden Mitteln. Eine stationäre Behandlung ist aus momentaner Sicht nach gründlicher Prüfung sachgerecht, angemessen und erforderlich.
- Die Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffes erlaubt unter Berücksichtigung der allgemeinen individuellen- und morbiditäts-/ diagnosebedingten Tatbestände und unter Zugrundelegung der vom Patienten gemachten Angaben zum jetzigen Zeitpunkt eine ambulante Vorgehensweise.

Ort, Datum:

Verantwortlicher Arzt:

Ich lehne einen ambulanten Eingriff ab und wünsche eine stationäre Behandlung für den geplanten Eingriff.

Die von mir gemachten Angaben zu meinem persönlichen, sozialen und medizinischen Verhältnissen entsprechen der Wahrheit. Ich wurde über Möglichkeiten, Voraussetzungen und Komplikationsmöglichkeiten der ambulanten Vorgehensweise informiert. Ich bin mir bewusst darüber, dass unter Zugrundelegung der allgemeinen individuellen- und morbiditäts-/ diagnosebedingten Tatbestände und unter Zugrundelegung der von mir gemachten Angaben einen ambulante Vorgehensweise prinzipiell möglich wäre und lehne diese ab. Diese Erklärung bezieht sich lediglich auf die ambulante Vorgehensweise und nicht auf den geplanten Eingriff an sich.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Weitere Erläuterungen zur Ablehnung durch den Patienten: