

Rechnungskürzungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK),
obwohl **die Anschlussversorgung der Patienten nicht gesichert ist**

Beispiele aus baden-württembergischen Krankenhäusern, bei denen der verantwortungsbewusste Umgang mit den Patienten zu Rechnungskürzungen führte. Wenn das MDK-Reformgesetz wie geplant umgesetzt würde, müssten in solchen Fällen künftig zusätzlich auch noch „Aufschlagszahlungen“ (10% des Korrekturbetrags, mindestens aber 300 Euro) an die Krankenkassen bezahlt werden.

50. Eine **hochaltrige Patientin wurde nach einem Sturz in der Häuslichkeit** notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen. Es erfolgte eine chirurgische Versorgung der großflächigen Wunden, insbesondere am Unterschenkel. Aufgrund einer begleitenden Infektion war zudem eine intravenöse Antibiotikagabe notwendig. Der MDK kürzte 6 von 16 Behandlungstagen (-2.025 €) mit der Begründung, dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, obwohl die häusliche Versorgung der Patientin nicht sichergestellt war.

Medius Kliniken, Kirchheim unter Teck, Ansprechpartnerin: Andrea Beller, T: 07021 88-44561

49. Ein **erwachsener Patient mit schwerster Intelligenzminderung** und einer Hirnschädigung wurde in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus für Menschen mit geistigen Behinderungen behandelt. Der Patient benötigt einen Rollstuhl und ist in allen Lebensbereichen hilflos und auf Unterstützung durch Pflegekräfte angewiesen, insbesondere muss er gefüttert werden. Der Patient ist zeitlich, örtlich, zur eigenen Person und zur aktuellen Situation nicht orientiert, und kann sich sprachlich nicht äußern. Aufgrund massiver Selbstverletzungen sowie der Gefahr, im Rahmen von körperlicher Unruhe (Jaktationen) aus dem Rollstuhl zu fallen, besteht eine gerichtlich festgestellte Möglichkeit zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in Form von täglichen Fixierungen im Rollstuhl sowie bedarfsweise Armschienen, die bereits seit Jahren zur Anwendung kommen. Eine medikamentöse Kombinationsbehandlung ist bisher ohne Erfolg geblieben. Die stationäre Aufnahme erfolgt mit der Zielsetzung, die Häufigkeit und das Ausmaß der Selbstverletzungen abzubauen und so weit wie möglich von den Armschienen zu entwöhnen. Der MDK erkennt die Intensivmerkmale „Orientierungsstörung“ und „fehlende eigenständige Nahrungsaufnahme“ unter der Begründung, diese seien „wiederholt nicht nachvollziehbar“ durchgehend ab. Das Intensivmerkmal „Sicherungsmaßnahmen“ wird lediglich tageweise (6 von 42 Tagen) anerkannt, da diese nicht täglich neu ärztlich angeordnet wurden.

Liebenau-Kliniken St. Lukas-Klinik, Meckenbeuren, Ansprechpartner: Dr. Brian Fergus Barrett, T: 07542 105457

48. Eine **36-jährige Patientin mit depressiver Erkrankung** und niedrigem sozialen Funktionsniveau (ausgeprägte psychische, soziale und berufliche Beeinträchtigungen) lebte bereits zuvor in einer betreuten Wohngemeinschaft. Sie zeigte eine kindlich-unreif anmutende Verweigerungshaltung und wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach stationär in psychiatrischen Kliniken behandelt. Ambulant erfolgte im Vorfeld eine Betreuung durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Nach Rückkehr ins Elternhaus kam es zunehmend zu Konflikten und beruflichen Schwierigkeiten. Bei der stationären Aufnahme zeigte die Patientin Ängste und depressive Symptome mit Hoffnungslosigkeit und Antriebsarmut. Es wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Aufgrund der Symptomatik und der Vorgeschichte wurde auch eine sog. Bipolare

Störung II (depressive Episode gefolgt von mindestens einer leichteren manischen Phase) mit einigen Symptomen einer Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen. Die Patientin wurde in einer tagesklinischen Psychotherapie über neun Wochen multimodal behandelt (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie). Der komplette Aufenthalt wird durch den MDK mit dem Hinweis gestrichen, die ambulanten Möglichkeiten seien bei einer leicht bis mittelschweren Depression nicht ausgeschöpft gewesen. Der Gutachter des MDK ist kein Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik. Aus Krankenhaussicht war die Behandlung im tagesklinischen Setting bereits die wirtschaftlichere Alternative zur vollstationären Therapie. Die Behandlung in der PIA hatte zur Stabilisierung nicht ausgereicht, eine ambulante niederfrequente Therapie wäre nicht hinreichend gewesen wäre. Dennoch verweist der MDK auf eine ambulante Behandlung und lehnt die tagesklinische Behandlung als nicht erforderlich (primäre Fehlbelegung) ab.

Klinikum Nordschwarzwald ZfP Calw, Ansprechpartner: Dr. Peter Schorb, T: 07051 586-1226

47. Eine **70-jährige Patientin mit schmerzhafter Arthrose des linken Sprunggelenkes** wurde zur operativen Versteifungs-Operation (Schrauben-Arthrodesen) des oberen Sprunggelenkes stationär aufgenommen. Die Operation erfolgte noch am Aufnahmetag. Die Dauer der Krankenhausbehandlung betrug gemäß ärztlicher Behandlungsentscheidung fünf Tage. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die Patientin vier Tage früher in die ambulante Weiterbehandlung hätte entlassen werden können (-2.434 €). Nicht berücksichtigt blieb dabei, dass die Patientin zu 80% schwerbehindert ist und an multiplen Begleiterkrankungen leidet (Blutgerinnungsstörung / Faktor XIII Mangel, Bluthochdruck, Krampfadern beidseits, Schulter-Arm-Syndrom, Depression und Zustand nach Brustkrebs). Ebenfalls unberücksichtigt blieb, dass nach der Operation eingeschränkte Bettruhe mit Hochlagerung und Eistherapie verordnet wurde um Komplikationen wie Schwellung, Nachblutungen und möglichen Wundheilungsstörungen zu vermeiden. Einer Versteifungs-Operation des Sprunggelenkes ist ein hoch komplexer fußchirurgischer Eingriff mit ganz erheblichem Risikopotential, der eine engmaschige Kontrolle medizinisch erforderlich macht. Hinzu kommt, dass der operierte Fuß sechs Wochen nicht belastet werden darf und daher eine spezielle Gangschulung an Gehstöcken bzw. im Gehwagen unter pflegerischer bzw. physiotherapeutischer Anleitung unbedingt erforderlich ist. Die Patientin wurde nach fünftägiger stationärer Behandlung nach Erreichen zufriedenstellender Wundverhältnisse und Mobilität, frühestmöglich entlassen.

ARCUS Klinik Pforzheim, Ansprechpartner: Prof. Dr. Rüdiger Schmidt-Wiethoff, Tel: 07231 60556-155

46. Ein **36-jähriger Patient mit Anpassungsstörungen und frühkindlichem Autismus** wird notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen. Kurz zuvor ist eine ihm nahestehende Person verstorben, woraufhin sich sein psychischer Zustand und die Verhaltensauffälligkeiten verschlechtert haben. Das Krankenhaus bemühte sich bereits einem Monat nach der Aufnahme intensiv um einen Heimplatz. Dafür musste die Suche bundesweit ausgedehnt werden. Neben dem Gesundheitszustand trug auch die Tatsache, dass die verstorbene Person die gesetzliche Betreuung innehatte, zu einer Verlängerung der Suche bei. Nach einem stationären Aufenthalt von achteinhalb Monaten konnte schließlich eine geeignete Einrichtung gefunden und der Patient nach weiteren zwei Wochen dorthin verlegt werden, so dass er insgesamt neun Monate im Krankenhaus war. Der MDK hielt letztlich einen Krankenhausaufenthalt von knapp zwei Monaten für ausreichend und strich sieben Monate. Denn nach Einschätzung des MDK hätte nach diesen zwei Monaten weder die Schwere der Erkrankung noch die Intensität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen medizinisch eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gemacht. Die Behandlung hätte in einer geeigneten Einrichtung erfolgen können, hätte diese zur Verfügung

gestanden. Der weitere Verlauf erscheint durch das Fehlen eines geeigneten Heimplatzes bedingt.

ZfP Südwürttemberg Bad Schussenried, Ansprechpartnerin: Kirstin Graustein, T: 07583-33-1774

45. Ein **25-jähriger Patient mit paranoider Schizophrenie** wird stationär aufgenommen. Seine Behandlung gestaltete sich langwierig und aufwändig, da er sich fortwährend deutlich zurückzog und den Kontakt- und Therapieangeboten feindselig und ablehnend gegenüberstand. Trotz zuverlässiger Medikamenteneinnahme kam es nur zu geringer Verbesserung des Krankheitsbildes. Aufgrund der Erkrankungsschwere und des herausfordernden und selbstgefährdenden Verhaltens wurde beschlossen, ihn zur weiteren Behandlung in eine therapeutische Wohngruppe zu verlegen. Die Entlassung in die Wohngruppe erfolgte nach 130* Tagen. Der MDK strich davon 4 Tage, da nach seiner Einschätzung zu diesem Zeitpunkt (nach Abschluss der Diagnostik, Festlegung der Therapie und Zustimmung des Versicherten) die weitere Behandlung im ambulanten ärztlichen Rahmen in der therapeutischen Wohngruppe hätte erfolgen können, wenn der Platz bereits dann zur Verfügung gestanden hätte.

ZfP Südwürttemberg Bad Schussenried, Ansprechpartnerin: Kirstin Graustein, T: 07583-33-1774

44. Ein **60-jähriger Patient wird aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit** stationär aufgenommen. Der Patient leidet außerdem unter diversen weiteren Erkrankungen. Die Entzugsbehandlung verlief komplikationslos. Allerdings wurde eine Besiedelung mit einem resistenten Keim (MRSA) festgestellt, die die Behandlungsdauer verlängerte. Es wurde eine suchtmmedizinische Langzeitrehabilitation anvisiert, wozu im Vorfeld zweimalig eine Sanierung der MRSA-Besiedelung versucht wurde. Nachdem beide Sanierungen erfolglos blieben, wurde entschieden, den Patienten in eine stationäre betreute Wohnform zu überführen. Der Patient besuchte am 21.12. eine entsprechende Einrichtung, die ihm auch zusagte. Am nächsten Werktag zwischen Weihnachten und Silvester wurde bezüglich der Kostenübernahme mit dem zuständigen Sozialamt Rücksprache gehalten. Am 03.01. erfolgte dann die Verlegung in das betreute Wohnen. Der MDK strich die Tage zwischen der Besichtigung des Zimmers und der Verlegung, da ja ein freies Zimmer zur Verfügung gestanden hätte und lediglich die Zusage des Kostenträgers gefehlt hätte.

ZfP Südwürttemberg Bad Schussenried, Ansprechpartnerin: Kirstin Graustein, T: 07583 33-1774

43. Ein 80-jähriger alleinlebender **Patient** wurde infolge eines **akut auftretenden Schwächezustandes** nach sieben Stunden auf dem Boden liegend zuhause aufgefunden. Im Laufe der Behandlung wurde deutlich, dass eine häusliche Versorgung aufgrund des schlechten Allgemeinzustands des Patienten nicht mehr möglich ist. Ein geriatrischer Rehabilitationsplatz stand erst 6 Tage nach der geplanten Entlassung zur Verfügung. Auch eine vorübergehende Unterbringung in einer pflegerischen Einrichtung in der näheren Umgebung war kurzfristig nicht möglich. Nach 12* Tagen wurde der Patient in die Kurzzeitpflege entlassen. Der MDK hat eine frühere Entlassung für möglich gehalten und strich 4 Tage (- 621 €).

SRH Krankenhaus Oberndorf a.N., Ansprechpartner: Ulrich Kuhn, T: 07423 813-207

42. Ein **80-jähriger Patient mit einer aktivierten Arthrose der Wirbelsäule (Spondylarthrosis deformans)** wurde zur Schmerzbehandlung und Physiotherapie aufgenommen. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass der Patient 7 Tage früher in eine geriatrische Rehabilitation hätte entlassen werden können, obwohl die häusliche Versorgung nicht gewährleistet war und eine Kurzzeitpflege nicht realisiert werden konnte.

SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH, Ansprechpartner: Thomas Menter, T: 07571 100-2527

41. Eine **56-jährige Patientin kam mit einer Hirnblutung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B** in das Krankenhaus. Sobald die Patientin nach dem gängigen Bewertungsverfahren (Barthel-Index) rehabilitationsfähig war, wurde sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Der MDK kam zu der Auffassung, dass die Patientin früher hätte in die Rehabilitation verlegt werden können, obwohl die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch nicht rehabilitationsfähig gewesen war, und kürzte 19 Tage (- 10.839 €).

SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH, Ansprechpartner: Mischa Lange, T: 07202 61-4028

40. Eine **85-jährige Patientin**, die vorher selbständig war, kam nach einem **Schlaganfall zur neurologischen Frührehabilitation Phase B** in das Krankenhaus. Da sich der Zustand verbesserte, wurde eine Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung Phase C geplant. Nach aufwändiger und schwieriger Suche konnte letztlich ein Platz gefunden werden. Der MDK stellte fest, die Entlassung wäre früher möglich gewesen, da sich die Patientin „allein im Bett drehen konnte, der Transfer mit einer Person möglich gewesen wäre und sie wenige Schritte gehen konnte“. Der MDK kürzte den Aufenthalt um 35 Tagen (-19.967 €). Die Patientin hatte keine Angehörigen, so dass eine Zwischenentlassung in die häusliche Umgebung nicht möglich war.

SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH, Ansprechpartner: Mischa Lange, T: 07202 61-4028

39. Eine **76 Jährige Patientin kam notfallmäßig mit kolikartigen Bauchschmerzen bei Verdacht auf Gallensteine** (Cholelithiasis) ins Krankenhaus. Die Patientin wurde aus einer Reha-Klinik in das Krankenhaus verlegt. Die Reha erfolgte aufgrund eines vorangegangenen Schlaganfalls (Mediastellinfarkt) und die Patientin befand sich dort in der Phase C eines multimodalen rehabilitativen Therapiekonzepts. In der Phase C sind die Patienten bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens noch auf pflegerische Hilfe angewiesen. Binnen 3 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus wurde der hausinterne Sozialdienst gebeten mit der Reha-Klinik in Kontakt zu treten. Eine Rückverlegung war nicht möglich, da die Reha innerhalb des stationären Aufenthaltes endete. Ein Neuantrag wurde gestellt, die Patientin wurde jedoch auf die Warteliste gesetzt. Daher wurde ein Pflegeplatz gesucht. Nachdem ein passender Platz gefunden war, wurde die Patientin zum frühestmöglichen Zeitpunkt dorthin verlegt. Nach Einschätzung des MDK, hätte die Patientin 5 Tage früher in die Pflegeeinrichtung verlegt werden können, obwohl der Platz tatsächlich erst am Entlasstag zur Verfügung stand.

Städtisches Klinikum Karlsruhe, Ansprechpartnerin: Carina Volz, T: 0721 974-1008

38. Ein **62-jähriger Patient wurde nach Entfernung eines Tumors im Mundraum (Ameloblastom) zur Rekonstruktion des Gaumens** im Krankenhaus aufgenommen. Postoperativ entwickelte der Patient eine Lungenentzündung (Pneumonie) und zwei Lungenembolien sowie ein Lungenversagen. Bei einer langwierigen Beatmungsentwöhnung (protrahiertes Weaning) erfolgte ein Luftröhrenschnitt (Tracheotomie). Der Patient entwickelte eine Critical Illness Polyneuropathie (eine Erkrankung des peripheren Nervensystems, die häufig im Zusammenhang mit schweren, intensivmedizinisch behandlungspflichtigen Erkrankungen auftritt). Im Verlauf wurde ein Keim nachgewiesen, der gegen alle häufigen Antibiotika-Gruppen resistent ist (4MRGN). Zusätzlich zeigte der Patient Verwirrtheitszustände. Um eine Übertragung der multiresistenten Keime auf andere Patienten, Besucher und Personal zu vermeiden, wurden im Krankenhaus gezielte Schutzmaßnahmen ergriffen und der Patient beispielsweise isoliert. Nach dem Ende der Isolationsmaß-

Stand: 15.01.2020

men war die Verlegung in eine neurologische Rehabilitation geplant. Dies erfolgte 5 Tage später, da vorher kein Platz zur Verfügung stand. Der MDK hat diese Tage gestrichen und die Meinung vertreten, dass der Patient direkt nach Ende der Isolationsmaßnahmen in die Rehabilitation hätte verlegt werden können.

Städtisches Klinikum Karlsruhe, Ansprechpartnerin: Stefanie Knödler, Tel.: 0721–974 1026.

37. Ein **69-jähriger Patient mit einer organisch bedingten schweren depressiven Episode mit Suizidalität** wurde notfallmäßig in der Klinik aufgenommen. Der Patient kam unmittelbar aus einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, in der sich der Patient nach einem Schlaganfall mit halbseitiger Lähmung befand. Bis zu dem Schlaganfall lebte der Patient eigenständig in seiner Wohnung. Unter der stationären psychiatrischen Behandlung erfolgte eine Besserung der depressiven Symptomatik soweit, dass die neurologische Rehabilitation wieder aufgenommen werden konnte. Die Genehmigung der Fortsetzung der Rehabilitation seitens der Krankenkasse und Zuweisung der Rehabilitationsklinik wurde dem Krankenhaus an einem Donnerstag übermittelt. Die Rehabilitationsklinik konnte den Patienten aber erst am folgenden Montag aufnehmen. Eine zwischenzeitliche Entlassung in ein Pflegeheim für 3 Tage hätte den erreichten psychiatrischen Behandlungserfolg erheblich gefährdet. Der MDK kürzte den Aufenthalt um drei Tage, da der initiale Gesundheitszustand des Patienten und die durchgeführte Diagnostik und Therapie einen längeren stationären Krankenhausaufenthalt nicht begründen würden. In den vorliegenden Unterlagen sei ab dem möglichen Entlasstag kein ärztlicher Kontakt mehr dokumentiert und im weiteren Verlauf stand die pflegerische Versorgung im Vordergrund. Die neurologische Reha sei schon geplant gewesen und eine Entlassung hätte daher erfolgen können.

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Ansprechpartnerin: Susann Roßberg, T: 06222 55-2022

36. Ein **67-jährigen Mann mit Korsakow-Syndrom** (spezielle Form von Gedächtnisverlust und Orientierungsproblemen, die oft im Zusammenhang mit Alkoholismus auftritt) wurde aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten in der Öffentlichkeit stationär aufgenommen. Der Patient zeigte sich während des Aufenthaltes im Krankenhaus kognitiv eingeschränkt, deutlich angetrieben, distanzgemindert und krankheitsuneinsichtig. Bei der Aufnahme war der Patient aufgrund nicht ausreichender Nahrungsversorgung stark unterernährt (initial kachektischer Ernährungsstatus). Der Patient war zur eigenständigen Versorgung und Haushaltsführung nicht mehr in der Lage. Eine weitere ambulante Versorgung war aufgrund der erheblichen Verhaltensauffälligkeiten nicht möglich, sodass eine Versorgung in einem geschlossenen Pflegeheim organisiert werden musste. Die Unterbringungsnotwendigkeit wurde gerichtlich bestätigt und genehmigt. Der MDK kürzte den Aufenthalt um 25 Verweildauertage, da nach seiner Einschätzung eine Entlassung in die bisherige häusliche Umgebung bei bestehender gesetzlicher Betreuung möglich gewesen sei und die Wartezeit auf den Platz im Pflegeheim durch engmaschige ambulante Maßnahmen hätte überbrückt werden können (-7.140 €)

Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Ansprechpartner: Prof. Dr. Dr. Uwe Herwig, T: 07531 977-384

35. Eine **77-jährige Patientin wird zur psychiatrischen Weiterbehandlung nach Alkoholintoxikation und bei amnestischem Syndrom** (spezielle Form von Gedächtnisverlust, die oft im Zusammenhang mit Alkoholismus auftritt) aufgenommen. Im Verlauf zeigen sich umfassende Orientierungsstörungen mit Verkennungen und Weglauftendenzen. Die Patientin ist kognitiv stark eingeschränkt (Mini-Mental-Status-Test (MMST): 12 von 30 Punkten). Insbesondere in den Bereichen Orientierung und Gedächtnis zeigte sie erhebliche Auffälligkeiten. Die ambulante Versorgung war aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten der Patientin aus ärztlicher Sicht ausgeschlos-

sen. Erschwerend kam hinzu, dass der Ehemann der Patientin, welcher sie zuletzt versorgt hatte, während des Aufenthaltes der Patientin verstarb. Frühzeitig wurde die Suche nach einem Pflegeheimplatz in einer geschlossenen Einrichtung eingeleitet. Eine Unterbringungsnotwendigkeit wurde auch durch das Gericht gesehen und dementsprechend genehmigt. Zum geplanten Entlasszeitpunkt stand kein Platz zur Verfügung. Auch die Überbrückung mittels Kurzzeitpflege war nicht möglich, da ein entsprechender Platz in einer geschlossenen Einrichtung nicht zur Verfügung stand. Der MDK hat eine frühere Entlassung in Kurzzeitpflege dennoch für möglich gehalten und die letzten 25 Verweildauertage gestrichen (-6.822 €)

Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Ansprechpartner: Prof. Dr. Dr. Uwe Herwig, T: 07531 977-384

34. Ein **60-jähriger alkoholkranker Patient mit Vergiftungserscheinungen wird zur wiederholten qualifizierten Entzugsbehandlung** stationär aufgenommen. In der Vorgeschichte sind 3 Langzeittherapien mit anschließenden langen Abstinenzphasen bekannt. Der Patient war über die erste Behandlungszeit nur eingeschränkt reflektionsfähig und litt zudem unter seiner Impulskontrollstörung. Im klinischen Alltag zeigten sich eine daraus resultierende mangelnde Selbstfürsorge und fehlende Bewältigungs-Strategien. Eine emotionale Instabilität sowie die Impulskontrollstörung des Patienten waren über den gesamten Zeitraum gegeben. Der Patient profitierte von den fest vorgegebenen Strukturen, zwischenmenschlichen Kontakten und dem Schutz der Klinik. Therapeutische Tagesbelastungserprobungen nach Hause wurden vom Patient gemieden, er musste wiederholt motiviert und aktiviert werden. Der Patient schätzte sich selbst ohne das geschützte Umfeld der Station als nicht abstinenzfähig ein. Aufgrund dessen traute sich der Patient auch eine integrierte tagesklinische Behandlung nicht zu. Er erhoffte sich einen nahtlosen Übergang in die Langzeittherapie, um eine erneute langfristige Abstinenz zu sichern. Aufgrund der beschriebenen klinischen Symptomatik wurde die Behandlung bis zur nahtlosen Verlegung in die Rehabilitation zum Schutze des Patienten weiter geführt. Die Kostenzusage für die beantragte Rehabilitation ist acht Tage vor der nahtlosen Verlegung in der Rehaklinik noch ausstehend. Der MDK hat eine frühere Entlassung für möglich gehalten und 22 Tage gestrichen (- 5.549,72 €). Verwiesen wurde auf eine ambulante Behandlung bis zur Aufnahme in die Langzeittherapie.

Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Ansprechpartner: Prof. Dr. Dr. Uwe Herwig, T: 07531 977-384

33. Ein **25-jähriger alkoholkranker Patient wurde erstmals zur qualifizierten Entzugsbehandlung stationär aufgenommen**. Gründe für eine längere, über 21 Tage hinausgehende, stationäre Behandlung ergaben sich durch die komplizierende emotionale Instabilität und die unreifen und selbstunsicheren Persönlichkeitsanteile des Patienten. Im klinischen Alltag zeigte sich eine daraus resultierende mangelnde Selbstfürsorge und fehlende Tagesstruktur. Im Rahmen des geschützten Umfeldes der Station gelang es dem Patienten erst mit der Zeit, eine eindeutige Abstinenzmotivation zu formulieren und eine tragfähige Behandlungsperspektive zu entwickeln. Schwierig gestaltete sich die Behandlung auch aufgrund des Migrationshintergrundes des Patienten und der nur geringen Deutschkenntnisse. Vor diesem Hintergrund hätte eine vorzeitige Entlassung eine erneute Krankheitsphase und erneute stationäre Aufnahme provoziert. Eine direkte Entlassung in die Reha-Klinik war daher aus Sicht der Klinik zum Schutze der Patienten dringend indiziert, jedoch wegen der lange ausstehenden Kostenzusage nicht realisierbar. Entsprechend der Bewertung im MDK-Gutachten hätte der Patient übergangsweise durch die Strukturen der ambulanten Suchthilfe betreut werden können, ggf. auch mit der Option der Wiederaufnahme zur Entgiftung bei vorhandenem Langzeittherapieplatz. Daher hat der MDK eine frühere Entlassung für möglich gehalten und 72 Tage gestrichen (- 18.838,47 €).

Stand: 15.01.2020

Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Ansprechpartner: Prof. Dr. Dr. Uwe Herwig, T: 07531 977-384

32. Eine **60-jährige Patientin wurde mit einer Lungenentzündung aufgenommen und intravenös mit Antibiotika behandelt.** Aufgrund einer Verhaltensstörung bei Minderbegabung hat die Patientin eine Betreuerin und lebt in einer Einrichtung für betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen. Die Patientin ist außerdem extrem übergewichtig (BMI 64,84). Aufgrund des erhöhten Pflegeaufwandes wurde ihr während des Krankenhausaufenthalts der Mietvertrag fristlos gekündigt, sodass die Patientin obdachlos wurde. Auch die Pflege für eine Übergangszeit, lehnte die Einrichtung kategorisch ab und drohte damit, die Patientin gegebenenfalls sofort wieder mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus einliefern zu lassen. Die Betreuerin konnte keinen Heimplatz finden und sah es schließlich als „Sache der Klinik“ an, einen Platz zu finden. Erst nach Rücksprache mit 47 Heimen konnte schließlich ein Platz gefunden werden. Das Krankenhaus besorgte die erforderlichen Hilfsmittel, da ohne diese die Patientin im Pflegeheim nicht versorgt werden hätte können. Allerdings verweigerte die Krankenkasse eine Kostenübernahme für die Hilfsmittel, weshalb keine Entlassung erfolgen konnte. Laut Krankenkasse sei das Pflegeheim für die Hilfsmittel zuständig. Auch das Ausleihen eines Spezialbettes scheiterte. Die Betreuerin stellte die entsprechenden Anträge, allerdings wurde die Finanzierung des speziellen Pflegebetts vom zuständigen Sozialamt abgelehnt. Nach Einschalten des Sozialdienstes der Krankenkasse fand sich schließlich ein auf adipöse Patienten spezialisiertes Heim in Brandenburg, welches auch ohne zusätzliche Hilfsmittel die Pflege gewährleistet hätte. Hier scheiterte eine Verlegung, da die Krankenkasse der Patientin die Kostenübernahme für den Transport dorthin verweigerte. Nach langer weiterer Suche erklärte sich ein Heim bereit, die Patientin aufzunehmen, wenn ein Hausarzt für die Patientin organisiert werden könnte. Nachdem dies gelang, konnte die Patientin nach 46* Tagen entlassen werden. Nach Einschätzung des MDK hätte die Patientin 17 Tage früher entlassen werden können.

Alb-Fils-Kliniken, Göppingen, Ansprechpartnerin: Ulrike Fischer, Telefon 07161 64-2051

31. Ein **58-jähriger Patient wurde mit vielfältigen Schmerzen und einer Gelbsucht (Ikterus) aufgenommen.** Der Patient hat eine fortgeschrittene Leberzirrhose, leidet unter einem damit zusammenhängenden akuten Nierenversagen (hepatorenalem Syndrom), einem Harnwegsinfekt und entwickelte im Verlauf eine Lungenentzündung. Bis zur Aufnahme im Krankenhaus wohnte der Patient in einem Wohnungslosenheim. Er ist schwer alkoholkrank und verweigerte bisher jegliche Hilfe und Arztkontakt. Ein gesetzlicher Betreuer ist bekannt. Ein vollständiger Verzicht auf Alkohol wurde als zwingend notwendige angesehen. Leider hat der Patient sogar während des stationären Aufenthaltes seinen Alkoholkonsum fortgesetzt und seine Medikamente nicht entsprechend der Verordnung eingenommen (Incompliance). Aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands und der zu erwartenden weiteren Verschlechterung sah sich das Wohnungslosenheim nicht mehr in der Lage, den Patienten wieder aufzunehmen. Nach mehreren Gesprächen war auch der Patient mit der Pflegeheimplatzsuche einverstanden, weshalb das Sozialamt über die Notwendigkeit der Heimunterbringung informiert wurde. Außerdem wurde ein Eilantrag für eine Pflegegradeinstufung beantragt. Insgesamt wurden 33 Heime angefragt. Ein Pflegeheim hat zugesagt, den Patienten aufzunehmen, sobald der Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad vorliegt. Der Patient erhielt einen vorübergehenden Pflegegrad 2. Die Bearbeitung des Eilantrags von Pflegekasse und MDK dauerte insgesamt 10 Tage. Das Pflegeheim lehnte es ab, den Patienten in eine 4-wöchige Kurzzeitpflege aufzunehmen, da der Pflegegrad nur befristet erteilt wurde. Aus diesem Grund wurde vorgeschlagen, dass der MDK die persönliche Begutachtung im Krankenhaus vornehmen solle. Dies wurde allerdings abgelehnt, da dies gesetzlich so nicht vorgesehen sei. Zusammen mit der Pflegekasse, Heimleitung, MDK und Landratsamt dauerte es nochmals eine Woche, eine Lösung bezüglich der Kostenübernahme und rechtzeitiger Nachbe-

gutachtung zu finden. Schließlich konnte der Patient nach insgesamt 42* Tagen in das Pflegeheim entlassen werden. Der MDK streicht 18 Tage der Krankenhausbehandlung, da der Patient nach seiner Einschätzung medizinisch entlassfähig war.

Alb-Fils-Kliniken, Göppingen, Ansprechpartnerin: Ulrike Fischer, Telefon 07161 64-2051

30. Ein **61-jähriger Patient mit bekannter Leberzirrhose wird mit akutem Nierenversagen** (ANV St III) im Zusammenhang mit einer schweren und fortgeschrittenen Erkrankung der Leber (hepatorenalem Syndrom) aufgenommen. Der Patient leidet außerdem unter einer Vielzahl weiterer Erkrankungen (beispielsweise einer Lungenentzündung, einem beginnenden Darmverschluss (Subileus), Blutarmut aufgrund von Blutungen durch Magengeschwüre (multiple duodenale Ulcera), Epilepsie (Status epilepticus), Besiedelung mit resistenten Keimen, Abhängigkeitssyndrom (Opiode, Sedativa/Hypnotika und Alkohol). Außerdem besteht der Verdacht auf eine Entzündung der mikroskopisch kleinen Blutgefäße an der Haut (leukozytoklastische Vaskulitis) und wiederholt auftretendem beschleunigten Herzschlag (rezidivierende Tachykardien). Der Patient wird auf der Intensivstation behandelt. Erforderlich sind beispielsweise Bluttransfusionen und eine Nodialyse. Eine Pflege zu Hause ist nicht möglich. Der Sozialdienst des Krankenhauses sucht einen Pflegeplatz, stellt einen Antrag auf Sozialhilfe und regt eine Betreuung an. Eine Vielzahl von Heimen wird angefragt. Ein Heim sagt zu, den Patienten in eine Kurzzeitpflege aufzunehmen, wenn eine Pflegegradeinstufung vorliegt. Ein Eilantrag für eine Pflegegradeinstufung wird gestellt. Der Bescheid über den Pflegegrad geht erst nach über zwei Wochen ein und der Patient wird dann am nächstmöglichen Termin in die Kurzzeitpflege entlassen. Der MDK hielt in seinem Gutachten die Verkürzung der Krankenhausverweildauer um sieben Tage für möglich. Im Nachverfahren mit der Krankenkasse wurde schließlich eine Kürzung von vier Tagen festgelegt (- 4.048 €).

Alb-Fils-Kliniken, Göppingen, Ansprechpartnerin: Ulrike Fischer, Telefon 07161 64-2051

29. Eine **83-jährige multimorbide Patientin** (Erkrankungen unter anderem: Herzinsuffizienz, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisches Nierenversagen, Vorhofflimmern und schwerstes Übergewicht (Adipositas permagna)) wird mit Schmerzen, Atemnot, erhöhtem Blutdruck (RR-Werte) und Immobilität nach schwerer Lungenentzündung aufgenommen. Die Patientin wurde aufgrund einer akuten Verschlechterung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) mit einem Sauerstoffmangel sowie einer kardialen Dekompensation auf der Intensivstation behandelt. Es bedurfte eines hohen medizinischen und vor allem pflegerischen Aufwands, um die Patientin wieder zu stabilisieren. An dem Tag, den der MDK in seinem Gutachten als möglichen Entlasstag gesehen hat, wurden bei der Patientin auffällige Laborwert festgestellt (erheblicher Kreatinin-Anstieg und Anstieg der Entzündungsparameter) und sie war extrem pflegebedürftig. Die Patientin lehnte es ab, in ein Pflegeheim oder eine Kurzzeitpflege verlegt zu werden, obwohl es Plätze gab, die ihr angeboten wurden. So war die Entlassung erst nach Sicherstellung der häuslichen Versorgung möglich. Der MDK geht in seinem Gutachten davon aus, dass 10 Tage der stationäre Krankenhausbehandlung, unter Nutzung ambulanter Möglichkeiten, hätten gekürzt werden können (-1.243 €).

Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg, Ansprechpartnerin: Christine Ullmer T: 0761 1301-93150

28. Eine **84-jährige multimorbide Patientin** (Erkrankungen unter anderem: Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz, Vorhofflimmern und Koronare Herzkrankheit) wurde nach einer Lungenentzündung in einer Reha-Klinik behandelt. Nachdem erneut eine Lungenentzündung aufgetreten war, kam die Patientin von der Reha-Klinik wieder ins Krankenhaus. Die Anschlussheilbehandlung wurde über das Entlassmanagement des Krankenhauses zügig organisiert, die Kostenzusage durch die Krankenkasse musste aber abgewartet werden. Die bisherige häusliche Versor-

Stand: 15.01.2020

gung durch einen ambulanten Pflegedienst stand für den Überbrückungszeitraum aus Kapazitätsgründen nicht zur Verfügung. Die Kostenzusage kam 6 Tage nach Beantragung und die Patientin konnte am Folgetag in die Reha entlassen werden. Nach Einschätzung des MDK hätten 7 Tage der stationären Krankenhausbehandlung unter Nutzung adäquater pflegerischer Versorgung gekürzt werden können (- 2.176 €).

Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg, Ansprechpartnerin: Christine Ullmer T: 0761 1301-93150

27. Eine **88-jährige Patientin mit Darmkrebs (Kolonkarzinom) und sich rasch verschlimmernden Schmerzen im Bauchraum** wurde aus einem anderen Krankenhaus zurückverlegt, nachdem dort eine Bauchwandmetastase bestrahlt wurde. Aufgrund erhöhter Entzündungswerte (CRP-Werte) und der Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde eine im anderen Krankenhaus begonnene Antibiotikatherapie fortgesetzt und nach zwei Behandlungstagen beendet. Außerdem erfolgte die Dosisfindung und Einstellung der Schmerztherapie sowie Flüssigkeitszufuhr, so dass im Verlauf eine zufriedenstellende Schmerzeinstellung erreicht werden konnte. Da die häusliche Versorgung nicht sichergestellt werden konnte, wurde der Sozialdienst eingeschaltet und die Verlegung in ein Hospiz angestrebt. Nach einer Verweildauer von 16 Tagen konnte die Patientin in ein Hospiz verlegt werden. Nach Einschätzung des MDK hat das Krankenhaus nicht nachweisen können, dass eine frühere Verlegung in ein Hospiz nicht möglich war. Nach Einschätzung des MDK kann die Rechnung um 1.929 € (ohne OGVD-Zuschläge) gekürzt werden.

Kliniken des Landkreises Lörrach, Ansprechpartner: Marion Steger, T: 07621 416-8341

26. Ein **73-jähriger Patient mit höchstgradiger Pumpschwäche der linken Herzkammer**, Nierenversagen (prärenal), starkem Gewichtsverlust aufgrund seiner Herzerkrankung und weitgehender Immobilität wurde mit einem Linksherzunterstützungssystem („Kunsthertz“) versorgt. Eine Reha-Fähigkeit konnte nur mühsam erreicht werden, da der Patient unter einer Verringerung der Muskelmasse litt (muskuläre Atrophie), die eine langwierige Mobilisation erforderlich machte. Außerdem musste der Patient mit einem „Coagu-Check-Gerät“ versorgt und in dessen Nutzung eingewiesen werden. Dieses Gerät ist notwendig, um lebensgefährliche Blutgerinnsel (Thromben) im Pumpensystem zu verhindern. Diese Faktoren führten zu einer Verlängerung des stationären Aufenthalts. Nachdem sich die Mobilität des Patienten verbessert hatte und er die erforderliche Selbständigkeit im Alltag wieder erlangt hatte, konnte er nach 56 Tagen in eine stationäre Anschlussheilbehandlung entlassen werden. Der MDK verlangte eine Kürzung um 24 Tage (- 14.374 €) und verwies auf „anhaltend stabilen Zustand, weitgehend unveränderte Dauermedikation, zudem sei der Patient beschwerdefrei und mobil“.

Helios Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH, Ansprechpartner: David Assam, T: 0721 9738-107

25. Eine **80-jährige Patientin mit einem erheblichen kardiovaskulärem Risikoprofil** (unter anderem: vorangegangener herzchirurgischem Eingriff, koronare Herzkrankheit mit geplanter perkutaner koronarer Interventionen (PCI), pulmonale Hypertonie) wurde ein Herzschrittmacher implantiert (CRT-Schrittmacher). Im postoperativen Verlauf zeigte die Patientin noch am Operationstag bei bekanntem überwachungspflichtigem arteriellem Bluthochdruck eine behandlungspflichtige hypertensive Entgleisung (hoher Blutdruck). Aus diesem Grund war eine Entlassung am Operationstag nicht möglich, zumal die Probleme am Abend auftraten. Die Patientin wurde nach Sicherstellen eines adäquaten klinischen Zustandes am Folgetag entlassen. Der MDK geht davon aus, dass die Patientin auch ambulant hätte operiert werden können, da es sich um einen komplett unauffälligen Verlauf bei einer kreislaufstabilen und beschwerdefreien Versicherten handeln würde (- 9.244 €).

Helios Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH, Ansprechpartner: David Assam, T: 0721 9738-107

24. **Eine 94-jährige alleinlebende Patientin mit kardiochirurgischer Anamnese und Pflegegrad 2** wird mit einem Herzschrittmacher versorgt. Ihre Familienangehörigen leben mindestens 30 km entfernt. In der Nacht zum geplanten Entlassungstag geriet die Patientin in ein Delir und musste intravenös mit Medikamenten (Haldol) behandelt werden. Außerdem war die Gabe von Sauerstoff erforderlich. Eine Saugdrainage zur Ableitung von Wundsekreten (Redondrainage) konnte erst am Entlassungstag entfernt werden. Die Entlassung erfolgte nach Sicherstellen eines klaren Gemütszustandes in die häusliche Umgebung am Mittag des 2. postoperativen Tages. Der MDK bezweifelt, dass überhaupt eine stationäre Behandlung erforderlich war und verweist auf einen „unauffälligen postoperativen Verlauf und unauffällige Funktionskontrolle der Drainage, die am Operationstag hätte gezogen werden können“ (-3.303 €).

Helios Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH, Ansprechpartner: David Assam, T: 0721 9738-107

23. Eine **60 jährige Patientin kommt mit einer Fraktur des Kreuzbeins (Os Sacrum) und in einem reduzierten Allgemeinzustand** ins Krankenhaus. Die Patientin lebt allein in einem Haus mit vielen Treppen. Sie hat bei der Aufnahme starke Schmerzen im Bereich des Beckens und in beiden Beinen. Ihre Mobilität war stark eingeschränkt und sie war nicht gehfähig. Bekannt ist, dass die Patientin unter rheumatoider Arthritis und einem chronischen Schmerzsyndrom leidet. In der Aufnahmeuntersuchung wurde Atemnot (Ruhedyspnoe) festgestellt und das Aufnahmelabor war auffällig. Am Tag nach der Aufnahme klagte die Patientin über einen plötzlich auftretendem Druck bzw. Schmerzen im linken Brustbereich (linksthorakal) sowie Atemnot. Die Symptome wurden ähnlich empfunden wie bei einer Lungenembolie, die im Rahmen eines früheren stationären Aufenthaltes aufgetretenen war. Nach Rücksprache mit den Kardiologen wurde die bisherige Medikation zur Hemmung der Blutgerinnung (Antikoagulation) umgestellt. Im Verlauf des Aufenthaltes wurde die Lungenfunktion abgeklärt, die Schmerzmedikation umgestellt und die Cortisontherapie reduziert. Die Patientin wurde außerdem physiotherapeutisch und ergotherapeutisch behandelt. Da sich die Gelenkbeschwerden verschlechterten, wurde die Patientin schließlich in eine rheumatologische Akutklinik verlegt. Nach Einschätzung des MDK war eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich, da die Patientin in eine stationäre Reha hätte gehen können. Wörtlich: *„In der Klinik erfolgten keine Maßnahmen, die eine stationäre Krankenhausbehandlung begründet hätten. Die passagere Symptomatik mit passageren Thoraxschmerzen und Gefühl der Dyspnoe begründete ex ante betrachtet ebenfalls keine stationäre Krankenhausbehandlung. Die diesbezüglichen Maßnahmen wären auch im Rahmen einer Reha möglich gewesen. Dies gilt auch für die erfolgte Erhöhung der Dosis von Rivaroxaban. Auch die im weiteren Verlauf aufgetretene Einblutung in die Bindehaut des rechten Auges, derentwegen man die Patientin konsiliarisch dem Augenarzt vorstellte, egründete ex ante betrachtet keine stationäre Krankenhausbehandlung. Aus gutachterlicher Sicht war die Patientin rehafähig. Es lag eine primäre Fehlbelegung vor“*. Die Rechnung in Höhe von 2.940 € wurde von der Krankenkasse bislang nicht bezahlt.

Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, Ansprechpartner: Dr. Ulrich Hagg-Grün, T: 0731 187-194

22. **Eine 82 jährige Patientin mit einem wiederaufgetretenen metastasierenden Darmkrebs** (Rezidiv eines metastasierenden Kolon-Karzinoms), wird wegen Passage-Störung im Darm und Ileus-Symptomatik (Darmverschluss, Darmlähmung) aufgenommen. Der Patientin wurde bereits früher ein Teil des Darms entfernt (Rechtshemikolektomie). Die Patientin wird wegen eines zerfallenden Tumors im rechten Oberbauch umfassend operiert (Gastroenterostomie und Ileotrans-

Stand: 15.01.2020

versostomie). Nach der Operation verbesserte sich ihr Allgemeinzustand nur schleppend. Im Verlauf kommt es zu einer großen Schmerzproblematik und einer erschwerten Mobilisation. Der Kostaufbau kann, unter anderem wegen Übelkeit, nur langsam erfolgen. Begleitend erfolgt eine palliative Komplexbehandlung („best supportive care“). Zum frühestmöglichen Zeitpunkt wird die Patientin in eine Pflegeeinrichtung verlegt. Obwohl eine frühere Entlassung mangels zur Verfügung stehenden Platzes in einer Pflegeeinrichtung nicht möglich war, hält der MDK eine frühere Entlassung für erforderlich, streicht 6 Tage und kürzt das Zusatzentgelt für die Palliativversorgung (- 2.189 €).

Ortenau Klinikum Offenburg-Kehl (Betriebsstelle Ebertplatz), Ansprechpartner Martin Böhler,
 T: 0781 472-1467

21. Ein **91-jähriger Patient mit Lungenentzündung** wird intravenös mit Antibiotika behandelt (mehrfach eskaliert). Nach Abschluss der Antibiotikatherapie erfolgt die Verlegung in eine Kurzzeitpflege am Folgetag. Der MDK hielt eine frühere Entlassung für möglich und strich zwei Tage mit dem Verweis auf „ambulante Diagnostik und Therapie“ die „Gewährleistung adäquater pflegerischer Versorgung“ und „nachstationäre Behandlung“ (- 580 €).

Hohenloher Krankenhaus, Öhringen, Ansprechpartnerin: Dr. med. Ulrike Reinhardt,
 T: 07941 692-437

20. Ein **78-jähriger Patient, desorientiert und ausgetrocknet (exsikkiert)**, wird mit Infusionen behandelt. Darüber hinaus erfolgt eine neurologische und kardiale Abklärung. Der Patient lebt allein und konnte in seinem aktuellen Zustand nicht nach Hause entlassen werden. Zwischen Weihnachten und Silvester war kein Kurzzeitpflegeplatz zu finden, so dass der Patient erst am 1. Januar dorthin entlassen werden konnte. Der MDK hielt eine frühere Entlassung mit dem Verweis auf „ambulante Diagnostik und Therapie“ die „Gewährleistung adäquater pflegerischer Versorgung“ und „nachstationäre Behandlung“ für möglich (- 1.146 €).

Hohenloher Krankenhaus, Öhringen, Ansprechpartnerin: Dr. med. Ulrike Reinhardt,
 T: 07941 692-437

19. Ein **88-jähriger Patient ist mehrfach gestürzt**. Es wird eine Blutung innerhalb des Schädels (Subduralhämatom) diagnostiziert. Es kommt zu cerebralen Krampfanfällen und einer schweren Depression. Die Verlegung in eine gerontopsychiatrische Einrichtung ist erforderlich und erfolgt, sobald ein Platz gefunden ist. Der MDK hielt eine frühere Entlassung für möglich und strich vier Tage mit dem Verweis auf „ambulante Diagnostik und Therapie“ (- 1.313 €).

Hohenloher Krankenhaus, Öhringen, Ansprechpartnerin: Dr. med. Ulrike Reinhardt,
 T: 07941 692-437

18. Eine Patientin wird mit einer akuten Nierenbeckenentzündung und hohem Fieber aufgenommen. Trotz der sofortigen Behandlung mit Antibiotika zeigte sich ein anhaltend septischer Fieverlauf, bei dem die Temperatur wiederholt bis 39°C angestiegen ist. Die Patientin erhält intravenös sowohl fiebersenkende (antipyretische) als auch antibiotische Therapie. Von den insgesamt sechs Behandlungstagen kürzt der MDK fünf und verweist auf „ambulante Diagnostik und Therapie“ und „nachstationäre Behandlung“ (- 1.253 €).

Hohenloher Krankenhaus, Öhringen, Ansprechpartnerin: Dr. med. Ulrike Reinhardt,
 T: 07941 692-437

17. Eine **88-jährige Patientin** wird am Nachmittag notfallmäßig stationär aufgenommen und parenteral mit Infusionen und Medikamenten behandelt. Im Verlauf der Behandlung kam es zu einer Anämie (Blutarmut), die abgeklärt und behandelt werden musste. Der stationäre Aufenthalt betrug 14 Tage. Der MDK stellt letztlich fest, dass eine Krankenhausbehandlung überhaupt nicht erforderlich war (primäre Fehlbelegung).

Vidia Karlsruhe, Ansprechpartnerin: Dr. Nuschin Westenberger, 0721 8108 2210, nuschin.westenberger@vincentius-ka.de

16. Ein **72-jähriger Patient** wird zu einer **arthroskopischen Schulteroperation aufgenommen**. Am ersten postoperativen Tag war das Schmerzniveau trotz liegendem Schmerzkatheter und oralen Schmerzmitteln (NSAR) noch immer bei 7/10. Der Patient war in seiner Mobilität postoperativ und schmerzbedingt stark eingeschränkt. Der Patient wurde am zweiten postoperativen Tag entlassen, nachdem der Schmerz sich durch die Schmerztherapie deutlich reduziert hatte (3/10). Obwohl der Patient alleine lebt und der dominante Arm von der OP betroffen war, hat der MDK den zweiten postoperativen Tag gestrichen. Die Begründung war, dass der Patient bei einer akuten Schmerzverschlechterung ja wieder hätte aufgenommen werden können.

Ostalbkrankenhaus Aalen, Ansprechpartner: Peter Schmidt, T: 07361 55 3552

15. Ein **76-jähriger Patient** kommt um **21:46 Uhr notfallmäßig** in Begleitung von zwei Rettungssanitätern nach einem Konflikt mit einem Mitbewohner in seiner Einrichtung zur Aufnahme auf die geschlossene gerontopsychiatrische Akutstation. Als Hauptdiagnose wird Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn kodiert. Der Patient hat bei seiner Aufnahme außerdem Wunden an den Unterschenkeln. Er ist komplett krankheitsuneinsichtig und denkt, er sei nur zur Behandlung seiner Unterschenkel im Krankenhaus. Es wurde eine Zwangsmedikation veranlasst, da er sich weigerte, Medikamente einzunehmen. Insgesamt war er 60 Tage stationär. Der Patient wohnte bis zum Krankenhausaufenthalt in einer städtischen Notunterkunft, sein Zimmer war allerdings total vermüllt und es gab sogar schon Maden und Küchenschaben. Eine Entlassung in sein bisheriges Wohnumfeld war nicht möglich und der Patient musste im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in einer geschlossenen Dauervollzugspflege versorgt werden. Ein gerichtlicher Unterbringungsbeschluss lag vor. Die Suche nach einer passenden Einrichtung gestaltete sich schwierig, da viele Heime den Patienten aus Kapazitätsgründen oder aufgrund seiner schwerwiegenden Erkrankung nicht aufnehmen konnten. Der MDK hielt eine frühere Entlassung mit Verweis auf die „Gewährleistung adäquater pflegerischer Versorgung“ dennoch für möglich und strich 13 Tage (- 5.142 €).

Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, Ansprechpartner: Andreas Breitmayer, T: 07134 75-4020

14. Eine **81-jährige Patientin** wird aus einem somatischen Krankenhaus wegen **hyperaktiver deliranter Symptomatik bei Demenz** in die Klinik für Gerontopsychiatrie verlegt. Im somatischen Krankenhaus war ihr ein großer Zeh amputiert und nekrotisches (abgestorbenes) Gewebe entfernt worden. Bei der Aufnahme zeigte die Patientin schwere Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen. Die Patientin wurde verhaltenstherapeutisch behandelt und aufgrund eines starken Gewichtsverlusts und Eiweißmangels mit einer Sonderkost ernährt. Aufgrund einer Infektion wurde die Patientin außerdem mit Antibiotika behandelt. Eine Entlassung nach Hause war nicht möglich. Sobald der Sozialdienst einen Platz in einer Pflegeeinrichtung gefunden hatte, wurde die Patientin nach 42 Tagen dorthin entlassen. Dennoch hat der MDK eine frühere Entlassung für möglich gehalten und 5 Tage gestrichen (- 1.601 €).

Klinikum Christophsbad Göppingen, Ansprechpartnerin: Salome Kreußler, T: 07161 601-9756

Stand: 15.01.2020

13. Eine **83-jährige Patientin** wurde mit Verdacht auf einen Schlaganfall aufgenommen. Diagnostiziert wurde ein Status epilepticus (außergewöhnlich lange andauernder epileptischer Anfall oder eine Serie von Anfällen). Die Patientin wurde zuerst auf der Intensivstation und später auf einer Normalstation behandelt. Eine Eilbetreuung wurde veranlasst. Nach 74 Tagen konnte ein Platz in einer Pflegeeinrichtung gefunden und die Patientin dorthin verlegt werden. Dennoch hat der MDK eine frühere Entlassung für möglich gehalten und 25 Tage gestrichen (- 10.525 €).

Klinikum Christophsbad Göppingen, Ansprechpartnerin: Salome Kreuzer, T: 07161 601-9756

12. Ein **70-jähriger Patient** wird notfallmäßig mit komplexem Krankheitsbild (HD F07.8: Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) bei vorhandener Selbst- und Fremdgefährdung aufgenommen. Die Behandlung gestaltete sich sehr schwierig und eine Entlassung war nur in eine spezielle Einrichtung denkbar, die einen geschützten Rahmen und eine engmaschige Überwachung gewährleistet. Ein Betreuungsverfahren wurde umgehend in Gang gesetzt. Die notarielle Bestellung eines Betreuers hat einige Zeit gedauert und die anschließende Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz in einer Einrichtung für chronisch seelisch Kranke hat mehrere Monate in Anspruch genommen. Eine Entlassung war erst nach 219 Tagen möglich. Der MDK hält eine frühere Verlegung bei verbesserter Organisation der Heimplatzsuche für möglich. Der MDK gesteht zwar grundsätzlich zu, dass es eine Versorgungslücke gibt. Die Beurteilung des Falles wird auch nach einer zweiten Überprüfung dennoch nicht geändert und letztlich werden 64 Tage gestrichen (- 15.485 €).

Klinikum Christophsbad Göppingen, Ansprechpartnerin: Salome Kreuzer, T: 07161 601-9756

11. Ein **81-jähriger Patient** wird notfallmäßig bei akuter Selbstgefährdung, Alkoholabhängigkeitsyndrom sowie Verhaltensstörung bei Demenz aufgenommen. Bei chronischem Krankheitsbild mit kognitiven Defiziten konnte im Rahmen der Behandlung keine Verbesserung erreicht werden. Eine Entlassung des Patienten musste in ein Pflegeheim erfolgen. Der Pflegeplatz wurde von einem Betreuer gesucht und stand nach 70 Tagen zur Verfügung und die Entlassung erfolgte zum frühestmöglichen Termin. Trotz fehlendem Pflegeheimplatz hielt der MDK eine frühere Entlassung für möglich und strich letztlich 24 Tage (- 6.615 €).

Klinikum Christophsbad Göppingen, Ansprechpartnerin: Salome Kreuzer, T: 07161 601-9756

10. Ein **38-jähriger alkoholabhängiger Patient** wird mit schwerem Entzugssyndrom aufgenommen. Es folgt eine Alkoholentzugsbehandlung und Förderung der Abstinenzfähigkeit. In der Folge zeigten sich erhebliche Probleme bei der Planung der Anschlussbehandlung. Der Patient konnte nicht nach Hause entlassen werden. Die Zusammenarbeit mit dem Betreuer bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz erwies sich als schwierig. Nach 135 Tagen konnte der Patient in einem geschlossenen Pflegeheim untergebracht werden. Der MDK kann nachvollziehen, dass bei geschlossenen Heimplätzen für Alkoholabhängige eine schwierige Verfügbarkeit gegeben ist. Dennoch hätte der Patient aus Sicht des MDK bei „verbesserter Ablauforganisation“ früher entlassen werden können. Letztlich wurden 53 Tage gekürzt (- 13.609 €).

Klinikum Christophsbad Göppingen, Ansprechpartnerin: Salome Kreuzer, T: 07161 601-9756

9. Ein **70-jähriger Patient** wird aufgrund von Sprachstörungen bei Hirninfarkt notfallmäßig aufgenommen. Als Ursache für den Schlaganfall wird eine Verengung (Stenose) der Halsschlagader durch ein Blutgerinnsel festgestellt. Das Blutgerinnsel muss operativ entfernt werden. Der weitere Verlauf ist von Komplikationen gekennzeichnet wie schwer beherrschbarem Bluthochdruck,

einer schweren Infektion sowie einem begleitenden Delir, welches zeitweise auch eine intensivmedizinische Versorgung notwendig macht. Die ursprünglich beantragte Reha muss aufgrund des schlechten Zustandes des Patienten wieder abgesagt werden. Für die im weiteren Verlauf beantragte Reha lehnte die Kasse die geplanten Einrichtung ab, so dass eine neue Rehaeinrichtung gesucht werden musste, die tatsächlich auch sehr kurzfristig vom Sozialdienst organisiert werden konnte. Der MDK hat von den 17 Tagen, mit denen die obere Grenzverweildauer überschritten wurde, 8 Tage mit Verweis auf ambulante Diagnostik und Therapiemöglichkeiten gestrichen. Der Patient wurde allerdings schon nach wenigen Tagen aus der Rehaeinrichtung ins Krankenhaus zurückverlegt, da der Zustand des Patienten für die Reha zu schlecht war.

Rems-Murr-Kliniken gGmbH, Ansprechpartnerin: Dr. Gabriele Keller T: 01795 591-57001

- Ein 84-jähriger alleinlebender Patient mit starken Schmerzen** bei beidseitiger Kniegelenksarthrose, Unterschenkelgeschwüren und venöser Insuffizienz wurde schmerztherapeutisch und intravenös mit Antibiotika behandelt. Aufgrund starker Bewegungseinschränkungen und Muskelschwäche konnte bis kurz vor der Entlassung nur eine „Mobilisation bis zum Bettrand“ erreicht werden. Eine frühere Entlassung war damit nicht möglich. Vor einer denkbaren Kurzzeitpflege wollte der Patient noch seine finanzielle Lage checken. Nach weiterer Mobilisation wurde der Patient nach 27 Tagen zum frühestmöglichen Termin in eine geriatrische Reha entlassen. Der MDK hat eine frühere Entlassung (am 2. Weihnachtsfeiertag!) für möglich gehalten und strich 14 Tage und verwies auf die „Sicherstellung einer adäquaten pflegerischen Versorgung“ durch den ambulanten Bereich. Zugleich hielt aber auch der MDK eine stationäre geriatrische Reha für erforderlich.

Klinikum Mittelbaden-Rastatt, Ansprechpartner: Dr. med. Andreas Eichenauer,
T: 07222 389-2000

- Eine 94-jährige Patientin wurde aufgrund von Herzrhythmusstörungen aufgenommen.** Ihr wurde ein Herzschrittmacher implantiert. Bis zur Aufnahme ins Krankenhaus hat sich die Patientin mit geringer Unterstützung eines Pflegedienstes selbst versorgt. Da eine direkte Entlassung nach Hause wegen des reduzierten Allgemeinzustands nicht möglich war, wurde eine geriatrische Rehabilitation angestrebt. Ein geriatrischer Reha-Platz stand zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung noch nicht zur Verfügung. Der MDK hat eine frühere Entlassung dennoch für möglich gehalten und letztlich 5 Tage gestrichen (- 1.473 €).

SLK-Kliniken Heilbronn, Ansprechpartner: Mathias Burkhardt, T: 07131 49-40502

- Ein 83-jähriger Patient wird aufgrund einer Gastroenteritis aufgenommen.** Bis dato lebt der Patient mit seinem Sohn zu Hause. Die Versorgung war zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts nicht mehr voll gewährleistet, so dass die Entlassung in ein betreutes Wohnen mit integriertem Pflegedienst angestrebt wurde. Der Platz war zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung noch nicht verfügbar. Der MDK hat eine frühere Entlassung für möglich gehalten und zwei Tage gestrichen (- 593 €).

SLK-Kliniken Heilbronn, Ansprechpartner: Mathias Burkhardt, T: 07131 49-40502

- Ein alkoholkranker, dementer 79-jähriger verwahrloster Patient im Delir** musste umfangreich – teilweise auch auf der Intensivstation - behandelt werden (medikamentöse Delirtherapie, Magen- und Darmspiegelungen wegen Blutungen). Es wurde eine Eilbetreuung beantragt und gerichtlich später eine geschlossene Unterbringung beschlossen. Der Patient wurde nach 57 Tagen in eine geeignete Pflegeeinrichtung entlassen. Der MDK hat die frühere Entlassung des Patienten in seine vermüllte Wohnung für möglich gehalten und 29 Tage gestrichen.

Kliniken des Landkreises Lörrach, Ansprechpartnerin: Marion Steger, T: 07621 416-8341

4. **Eine 83-jährige Patientin mit ausgeprägter Austrocknung**, stark erniedrigten Natriumwerten, deutlich erhöhten Nierenwerten und in einer „Infektsituation“. Die Patientin wird nach 20* Tagen in eine geriatrische Reha entlassen. Der MDK hielt eine frühere Entlassung für möglich und strich 6 Tage mit dem Verweis auf „ambulante Diagnostik und Therapie“ und die „Gewährleistung adäquater pflegerischer Versorgung“.

RKH-Ludwigsburg, Ansprechpartner: Alexander Tsongas, 07141 99-60060

3. **Ein 78-jähriger Patient** mit Leberzirrhose, akutem Nierenversagen, Verdacht auf Rippenbruch, Blutarmut, „Infektsituation“, Liegetrauma und in „desolatem hygienischen Zustand“. Behandlung: Infusionsbehandlung, Antibiotika, Bauchwasser abpunktiert. Die Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird seitens des Betreuers abgelehnt. Entlassung nach 35* Tagen in eine geriatrische Reha. Der MDK hielt eine frühere Entlassung mit Verweis auf die Gewährleistung adäquater pflegerischer Versorgung für möglich und strich 15 Tage.

RKH-Ludwigsburg, Ansprechpartner: Alexander Tsongas, 07141 99-60060

2. **Eine 77-jährige Patientin wurde an einer Bauchwandhernie operiert.** Aufgrund ihrer persistierenden Knieschmerzen erfolgte eine Röntgenaufnahme. Hier zeigte sich eine Patellaquerfraktur (Bruch der Kniescheibe), die behandelt werden musste. Die Patientin wurde nach 9* Tagen entlassen. Der MDK hat 6 Tage gestrichen (strittig davon: 5 Tage) und damit letztlich unterstellt, eine Patientin mit einem operationsbedürftigen Befund könne ohne weitere Diagnostik und Behandlung einfach so entlassen werden.

Klinikum Mittelbaden, Ansprechpartner: Dr. med. Andreas Eichenauer, T: 07222 389-2000

1. **Eine 74-jährige Patientin musste aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten bei wahnhaftem Erleben mit Fremd- und Selbstgefährdung** in der häuslichen Umgebung wiederholt auf einer geschlossen geführten gerontopsychiatrischen Station behandelt werden (insgesamt über 100 Tage). Hinzukommende körperliche Beschwerden wie eine plötzlich auftretende Fehlregulationen des Blutdrucks und eine extreme Atemnot mussten zwischenzeitlich in einem anderen Krankenhaus behandelt werden. Anschließend wurde die Patientin auf der gerontopsychiatrischen Station weiterbehandelt. Hier wurde die Medikation umgestellt und so ein Rückgang der wahnhaften Symptomatik erreicht. Eine beginnende demenzielle Erkrankung wurde ebenfalls medikamentös behandelt. Bei fehlender Krankheitseinsicht wurde eine gesetzliche Betreuung eingerichtet. Eine Rückkehr in die eigene Wohnung war aufgrund von Streitigkeiten mit einem dort wohnenden Familienmitglied nicht möglich. Daher wurde ein Platz im betreuten Wohnen gesucht und die Patientin sobald als möglich dorthin entlassen. Der MDK strich 24 Tage und verwies auf eine „ambulante medizinische Behandlung“ und „Kurzzeitpflege“.

Vinzenz von Paul Hospital gGmbH, Rottweil, Ansprechpartner Thomas Brobeil, T: 0741 241-2200

*Aufnahme- und Entlasstag wurden zusammen als ein Tag gezählt.

Die Datei steht auf der Homepage der Bade-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (www.bwkg.de) zum Download zur Verfügung.