



Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass zu den Informationsobliegenheiten eines Krankenhauses auch die Übermittlung von Angaben zu den durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V gehört.

Der Bundesverband Geriatrie ist der Auffassung, dass diese Daten durch die Übermittlung des OPS 8-550 geliefert werden.

Die Frührehabilitation ist gemäß § 39 SGB V Teil der akutstationären Behandlung, während § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V betrifft.

Der Bundesverband Geriatrie fordert die Streichung der historisch überflüssig gewordenen Norm.

I. Hintergrund der Entscheidungen

In den der Entscheidungen des BSG zugrundeliegenden Fällen (B1 KR 25/13 R, B 1 KR 26/13 R und B 1 KR 4/15 R) wurde der OPS 8-550 abgerechnet, obwohl die betreffende Klinik dessen Mindestmerkmale nicht erfüllte. Einmal fehlte die einzige Geriaterin im Zeitraum der Leistungserbringung. In einem anderen Fall bestand kein Bedarf an aktivierend-therapeutischer Pflege am völlig selbständigen Patienten und auch die Pflegedokumentation ergab keinen Nachweis der zur Abrechnung gebrachten aktivierend-therapeutischen Pflege.

Zudem seien – so das BSG – keine Angaben zu den durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V gemacht worden.

Diese Angaben benötigten die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Aufgaben, insbesondere für eine ordnungsgemäße **Abrechnung**, für die Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und der Verweildauer sowie für Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhäuser. Das Krankenhaus verletze daher seine **Informationsobliegenheit**, wenn es keine Angaben zu den durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V mache. Durch das Fehlen der Angaben liege eine **unvollständige Rechnung** vor. Daher werde – nach Ansicht des BSG – der Anspruch auf Vergütung auch **nicht fällig**.

Ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V wurde nicht durchgeführt. Allerdings sei die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V bei Auffälligkeitsprüfungen nicht zu beachten gewesen, da es sich hierbei um Prüfungen der Rechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit gehandelt habe. Bei dieser Art der Prüfung seien die Krankenkassen jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung mit Blick auf



bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen.

II. Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie

Frührehabilitation ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung

Nach § 39 SGB V gehört zur Krankenhausbehandlung die Frührehabilitation, nicht die medizinische Rehabilitation. Der Gesetzgeber hat sich bewusst für eine Trennung dieser beiden Versorgungsformen entschieden. Das BSG und auch die Vorinstanz (SG Magdeburg) verwenden die Begriffe „medizinische Rehabilitation“ und „Frührehabilitation“ inhaltlich inkonsequent und nicht nachvollziehbar. So behauptet das BSG, die Regelung des § 39 Abs. 1 S. 3 letzter Halbsatz SGB V ziele darauf ab, dass die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sein soll. In dieser Regelung des § 39 SGB V heißt es aber, dass „die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum **frühestmöglichen Zeitpunkt** einsetzenden **Leistungen zur Frührehabilitation**“ umfasst. Der Wortlaut dieser Regelung trennt gerade die Begriffe „medizinische Rehabilitation“ und „Frührehabilitation“. Wenn der Gesetzgeber in dieser Regelung die medizinische Rehabilitation gemeint hätte, hätte er dies auch so im Normtext benannt. Zudem hat der Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX den **§ 40 SGB V mit der Überschrift „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ versehen**. Er hat damit deutlich zum Ausdruck gebracht, dass er zwischen **der Frührehabilitation als Teil der akutstationären Behandlung und der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 40 SGB V unterscheidet**. Dies belegen auch die Unterlagen zum Gesetzesentwurf, welche von den entscheidenden Gerichten herangezogen wurden. Die Maßnahmen der Frührehabilitation (und nicht der medizinischen Rehabilitation) sollten in die Akutbehandlung integriert werden. **Das Gesetz ist insoweit eindeutig.**

Auch die **Gesetzeshistorie** lässt keine andere Betrachtungsweise zu. § 301 Abs. 1 S. 1 **Nr. 8** SGB V hat im Zuge der Einführung des Fallpauschalensystems und des OPS 8-550 **keine relevante Änderung** erfahren. Eine Anpassung hinsichtlich der klaren Unterscheidung der beiden Versorgungsformen erfolgte nicht. Der Bearbeitungsstand der Nr. 8 des § 301 Abs. 1 S.1 SGB V berücksichtigt daher nicht die besondere Krankenhausleistung der Frührehabilitation. Dass diese Regelung dann keinen Anwendungsbereich mehr hat (so das SG Magdeburg) ist nicht das Problem der Leistungserbringer, sondern eine unterlassene Anpassung der Norm und somit ein Redaktionsversehen des Gesetzgebers. Die Jahre andauernde Nichtanwendung der Norm belegt deutlich einen fehlenden Anwendungsbedarf und spricht für die Sinnlosigkeit der Regelung.



Rechnung eines Krankenhauses ist durch die Übermittlung der Daten zum OPS 8-550 vollständig

Dieses Redaktionsversehen hat freilich keine Auswirkungen auf die Vollständigkeit der für die Abrechnung notwendigen Daten, da die Krankenhäuser diese durch die Übermittlung des OPS 8-550 mitliefern. **Die Rechnung eines Krankenhauses ist dann vollständig, wenn die Leistungen des OPS 8-550 ordnungsgemäß erbracht und anschließend korrekt und vollständig übermittelt wurden.** Die Leistungen des OPS 8-550 sind ordnungsgemäß erbracht, wenn ein teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der 4 Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie erfolgt ist. Je nach Behandlungsdauer sind innerhalb mindestens 7 Behandlungstagen 10 Therapieeinheiten, innerhalb mindestens 14 Behandlungstagen 20 Therapieeinheiten und innerhalb mindestens 21 Behandlungstagen 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten zu erbringen. Diese Leistungen werden vom Krankenhaus an die Krankenkassen in der Entlassungsanzeige übermittelt. **Der OPS 8-550 enthält somit alle Angaben, die nach der Rechtsprechung des BSG gemäß § 301 SGB V an die Krankenkasse zu übermitteln sind.**

Daraus folgt, dass **die darauf beruhende Rechnung vollständig und sachlich-rechnerisch richtig ist, wenn diese Daten in dieser Form korrekt übermittelt wurden. Somit ist auch die Fälligkeit der Rechnung gegeben.**

Diese Art der Übermittlung wurde seit Einführung des OPS zur Abbildung frührehabitativer Leistungen nicht infrage gestellt – auch nicht seitens der Krankenkassen. Eine weitere, gesonderte Darstellung dieser Leistungen ist nicht notwendig, historisch überholt und – wie dargelegt – **eine Wiederholung der ohnehin schon übermittelten Daten.**

Überflüssiger, erhöhter Verwaltungsaufwand

Warum derzeit einige Krankenkassen auf einer doppelten, gesonderten Datenübermittlung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation i. S. d. § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V bestehen, erschließt sich uns nicht. Damit wird eine **seit Jahren gelebte und vernünftige Praxis** aufgekündigt und ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand geschaffen. Dies ist schon deshalb nicht verständlich, weil die doppelte Übermittlung als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung keinen Sinn ergibt und durch eine erneute Meldung der Daten in Form des § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V auch **keine erweiterte inhaltliche Aussagekraft** erzielt wird. Mehr Informationen können auch gesondert nicht übermittelt werden. **Dementsprechende Forderungen nach Einzelleistungsnachweisen lehnen wir ab.**

Die seit den 1990er Jahren in dieser Hinsicht unveränderte Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zeigt, dass die Regelung noch aus der Zeit vor Einführung der Frührehabilitation stammt. Mit der **Schaffung des OPS 8-550 hat sich § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V überlebt.** Diese Regelung hätte daher schon zu diesem Zeitpunkt gestrichen



werden müssen. Sie stellt nur einen unnötigen Formalismus dar. Zur Vermeidung rechtlicher Nachteile haben wir unseren Mitgliedern allerdings empfohlen, übergangsweise diese Daten in nicht maschinenlesbarer Form zu übermitteln.

Rechtssicherheit für die Übergangszeit und abschließende Klärung

Der Bundesverband Geriatrie sieht kurzfristigen Klarstellungsbedarf auf der Ebene der Selbstverwaltung und Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Die Selbstverwaltungspartner müssen die Lieferung der geforderten Daten durch den OPS 8-550 anerkennen und der Gesetzgeber die Nr. 8 von § 301 Abs. 1 S. 1 SGB V streichen.

Wir haben daher als ersten Schritt den Dialog mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (als Partner der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V) aufgenommen.

Ziel des Bundesverbandes Geriatrie ist es, diesen von der Rechtsprechung geforderten unnötigen Formalismus gar nicht erst entstehen zu lassen.

Wir fordern daher kurzfristige Rechtssicherheit und die Streichung der historisch überholten Norm.



Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Bundesverband Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Fon: 030 / 3 39 88 76-10
Fax: 030 / 3 39 88 76-20
Internet: www.bv-geriatrie.de