

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 5/2014 –

13.02.2014

Die Frührehabilitation als allgemeine Krankenhausleistung Anmerkung zu OVG NRW, Urteil vom 22.11.2012 – 13 A 2379/11

*Von Assessor Carsten Klein und Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich,
beide Bundesverband Geriatrie e. V.*

I. Wesentliche Aussagen des Urteils

- 1. Zu den Leistungen der Frührehabilitation gehört auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Von dem Begriff der Frührehabilitation werden alle rehabilitativen Maßnahmen während des Krankenhausaufenthalts erfasst.**
- 2. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist auch dann vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst, wenn keine Abteilung für die Geriatrie ausgewiesen ist.**

II. Thesen der Autoren

- 1. Um die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gegenüber den Sozialleistungsträgern abrechnen zu können, müssen die Inhalte des OPS 8-550¹ – auch**

in einer nichtgeriatrischen Abteilung – immer erfüllt werden.

- 2. Eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung kann dadurch vermieden werden, dass Qualitätsmerkmale definiert werden, die eine fachgerechte geriatrische Versorgung sicherstellen.**

III. Der Fall

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall stritten die Beteiligten um die Genehmigung einer Schiedsstellenentscheidung, nach der die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Erlösbudget der Beigeladenen für das Jahr 2008 zu berücksichtigen waren. Bei den Klägern handelt es sich um Sozialleistungsträger, bei der Beklagten um eine Bezirksregierung im Raum Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Beigeladene ist Trägerin eines Krankenhauses. Dieses wurde

¹ Hierbei handelt es sich um sog. Operationen- und Prozedurenschlüssel, der eine Grundlage für die Zuordnung zur diagnosebezogenen Fallgrup-

pe (DRG) bildet. Der OPS 8-550 beschreibt die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

mit Feststellungsbescheid der Beklagten ab dem 1. Januar 2005 mit 130 Betten im Gebiet Innere Medizin, die sämtlich dem Gebiet Rheumatologie zugewiesen sind, in den Krankenhausplan des Landes NRW aufgenommen. Für die Disziplin Geriatrie waren keine Betten ausgewiesen.

Die Kläger und die Beigeladene schlossen im Oktober 2008 eine vorläufige Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2008. In den betreffenden Verhandlungen konnte jedoch kein Einvernehmen darüber erzielt werden, ob das Krankenhaus eine Vergütung von Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung² beanspruchen kann. Die Kläger führten dabei an, dass die Beigeladene nicht über den entsprechenden Versorgungsauftrag verfüge. Da man sich nicht einigen konnte, rief die Beigeladene die Schiedsstelle nach § 18a KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) an³. Diese entschied, dass für den Vereinbarungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008 die streitige DRG (I41Z) in das Erlösbudget der Beigeladenen falle. Als wesentliche Begründung wurde angeführt, dass der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses sich nach den Krankheitsbildern bestimme, die zur Krankenhausaufnahme geführt, also die akutstationäre Behandlung erforderlich gemacht haben. Die Beklagte genehmigte als Aufsichtsbehörde die Schiedsstellenentscheidung durch Bescheid vom 29. Juni 2009 mit der Begründung, dass der Feststellungsbescheid keine ausdrücklichen Angaben darüber enthalte, welche Leistungen im Gebiet Innere Medizin vom Versorgungsauftrag erfasst würden. Somit könne die geriatrische Komplexbehandlung in einer

Rheumatologie erbracht werden, wenn sie im Einzelfall neben der rheumatologischen Behandlung erforderlich sei.

Gegen diese Entscheidung der Bezirksregierung klagten die Leistungsträger vor dem Verwaltungsgericht (VG) Gelsenkirchen. Dieses wies die Klage ab und begründete dies im Wesentlichen damit, dass die geriatrische Komplexbehandlung eine besondere Form der Frührehabilitation sei, die ungeachtet des Versorgungsauftrags bei jeder akutmedizinischen Behandlung als Leistung zur Verfügung stehe. Der OPS 8-550 verlange keine geriatrische Fachabteilung. Er enthalte allein Abrechnungsvoraussetzungen, die für die Zuordnung zum Versorgungsauftrag nichts hergäben. Gegen diese Entscheidung legten die Kläger Berufung ein. Die geriatrische Frührehabilitation sei ihrer Meinung nach nur Krankenhäusern mit einer ausgewiesenen Abteilung für Geriatrie vorbehalten. Dies ergebe sich u. a. aus § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch). Danach hätten Versicherte nur „im Rahmen des Versorgungsauftrags“ des Krankenhauses Anspruch auf Leistungen zur Frührehabilitation. Diese Vorschrift ergebe keinen Sinn, wenn nicht zwischen der Frührehabilitation als allgemeiner Krankenhausleistung und der streitigen geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung unterschieden werde.

IV. Die Entscheidung

Das Oberverwaltungsgericht (OVG) wies die Berufung zurück. Der Feststellungsbescheid der Bezirksregierung treffe keine ausdrückliche Regelung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Zwar würden der Beigeladenen 130 Betten für das Gebiet Innere Medizin, Teilgebiet Rheumatologie, zugewiesen und keine Betten für das Fachgebiet Geriatrie. Dies rechtfertige aber nicht den Schluss, dass geriatrische Komplexbehandlungen nicht vom Versorgungsauftrag

² Hier die DRG (diagnosebezogene Fallgruppen) I41Z: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe.

³ Diese Schiedsstelle wird u. a. bei Streitigkeiten um Budgets tätig. Die Entscheidungen bedürfen in den meisten Fällen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

der Beigeladenen umfasst seien.

Der Versorgungsauftrag für das Gebiet Innere Medizin, Teilgebiet Rheumatologie, erstreckt sich vielmehr auch auf die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) gehöre zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig seien, auch die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V⁴. Nach diesem umfasse die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig seien; die akutstationäre Behandlung umfasse auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation⁵. Daher gehöre zu den Leistungen der Frührehabilitation auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Von dem Begriff der Frührehabilitation seien alle rehabilitativen Maßnahmen während des Krankenhausaufenthalts erfasst.

Die Auffassung der Kläger, die streitige geriatrische Komplexbehandlung gehöre nicht zur Frührehabilitation und sei Krankenhäusern mit einer ausgewiesenen Abteilung für Geriatrie vorbehalten, überzeuge nicht, da der Wortlaut des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V keine Anhaltspunkte für solch eine differenzierte Betrachtung biete. Der Begriff „Rahmen des Versorgungsauftrags“ in § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V bedeute nicht, dass ein Versorgungsauftrag für die Geriatrie oder gar explizit für Leistungen der geriatrischen früh-

rehabilitativen Komplexbehandlung bestehen müsse. Mit dieser Bezugnahme werde lediglich klargestellt, dass § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V den Begriff der Krankenhausbehandlung nicht erweitere, insbesondere nicht zu Lasten des Begriffs der Rehabilitationsbehandlung. Der Gesetzgeber stelle allein auf die individuellen Bedürfnisse ab. Maßgeblich sei deshalb, welche Leistungen der Frührehabilitation im Einzelfall erforderlich seien. Auch stelle der Begriff der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung schon sprachlich den Bezug zur Frührehabilitation her. Der OPS 8-550 verlange weder ausdrücklich eine Fachabteilung für Geriatrie noch Strukturvoraussetzungen, die ohne Ausweisung einer solchen Abteilung nicht bestehen könnten.

V. Würdigung/Fazit

Die Entscheidung überrascht nicht und stellt auch keine Änderung der Rechtsprechung dar, sondern deckt sich mit der seit langem bestehenden Rechtslage. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass der Entscheidung des OVG NRW die Version des OPS 8-550 aus dem Jahr 2008 zugrunde lag. Mittlerweile erfolgte eine Verschärfung der im OPS 8-550 genannten Mindestmerkmale, sodass dadurch die Anforderungen an die Leistungsabrechnung erhöht wurden. Dies bezieht sich sowohl auf den ärztlichen als auch den pflegerischen Bereich. So muss die fachärztliche Behandlungsleitung in der heutigen Version des OPS 8-550 überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Weiterhin muss die Teambesprechung unter Beteiligung der Behandlungsleitung erfolgen, wobei die Version des OPS 8-550 für das Jahr 2014 die Klarstellung enthält, dass es sich hierbei um die fachärztliche Behandlungsleitung handelt. Im pflegerischen Bereich wurden die Anforderungen an die Qualifikation ergänzt.

Für das OVG war es aber nicht ersichtlich,

⁴ Siehe § 2 KHEntgG.

⁵ Siehe § 39 SGB V.

dass die Beigeladene die im OPS 8-550 genannten Mindestmerkmale (z. B. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung mit der Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich klinische Geriatrie) nicht erfüllte.

Festzuhalten bleibt: Will eine Klinik die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erbringen und anschließend abrechnen, muss sie die im OPS 8-550 genannten Mindestmerkmale erfüllen. Dies muss für jede Form der Frührehabilitation gelten, also auch für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.) und die fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.), da diese ebenfalls rehabilitative Maßnahmen während des Krankenhausaufenthalts darstellen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stellt sich somit die Frage, wie eine qualitativ hochwertige geriatrische Leistungserbringung (weiterhin) sichergestellt werden kann. Eine Möglichkeit bestünde darin, dass sich Qualitätskriterien durch eine (weitere) Verschärfung der Mindestmerkmale im OPS 8-550 direkt widerspiegeln. Vorstellbar wäre beispielsweise, dass man den Kreis der Facharzt disziplinen enger zieht und auf bestimmte Gebiete – wie zum Beispiel die Innere Medizin, die Neurologie, die physikalische und rehabilitative Medizin und die Allgemeinmedizin – beschränkt. Die immer weitergehende Verschärfung der Mindestmerkmale könnte allerdings eine Überfrachtung des OPS 8-550 nach sich ziehen,

was aufgrund eines erhöhten Dokumentationsaufwands und der damit verbundenen Zeit- und Personalbindung eine Kostensteigerung – unabhängig von der Patientenversorgung – bedeutete. Schon heute nehmen beispielsweise die Strukturprüfungen des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) an Anzahl und Dauer zu.

Denkbar wäre daher auch, dem OPS 8-550 ein Element in Form einer fachspezifischen Zugangsvoraussetzung vorzuschalten und den OPS gleichzeitig zu verschlanken. Als Zugangsvoraussetzung könnte eine fachspezifische Zertifizierung dienen. Ein solches Zertifizierungsverfahren ist im Bereich der stationären Rehabilitation schon seit längerer Zeit verpflichtend⁶. Dies hätte den Effekt, dass die Leistungsabrechnung – als Grundintention des OPS – wieder in den Vordergrund rückte.

Die Entscheidung des OVG NRW ist dogmatisch begründet und gibt die bestehende Rechtslage wieder. Für eine fachgerechte geriatrische Versorgung sind – wie dargelegt – Qualitätskriterien notwendig, welche eine unberechtigte Leistungsausweitung verhindern. Die oben dargelegten Ansätze können einen Schritt in diese Richtung darstellen.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁶ Siehe § 20 Abs. 2 SGB IX.