# Forum E

Recht der Dienste und Einrichtungen, Leistungserbringungsrecht und -strukturen
– Diskussionsbeitrag Nr. 11/2015 –

06.11.2015

# Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 Sozialgesetzbuch V

**Anmerkungen zu den Urteilen des BSG v. 14.10.2014 und v. 10.03.2015, Az: B1 KR 25/13 R, B 1 KR 26/13 R und B 1 KR 4/15 R**

*von Rechtsanwalt Carsten Klein, Bundesverband Geriatrie*

## I. Wesentliche Aussagen der Urteile

1. **Für die Vergütung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung obliegt es dem Krankenhaus, die Angaben über die durchgeführten Leistungen gemäß § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 Sozialgesetzbuch (SGB) V an die Krankenkasse zu übermitteln.**
2. **Fehlen Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V, wird die Rechnung nicht fällig.**

## II. Thesen des Autors

1. **Die Frührehabilitation nach § 39 SGB V ist eine allgemeine Krankenhausleistung und keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation i. S. d. § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V.**
2. **Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 39 SGB V und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V sind strikt voneinander zu trennen.**
3. **Durch die Übermittlung des OPS 8-550[1] erhält die Krankenkasse alle für die Schlüssigkeit einer Rechnung notwendigen Angaben. Da die Übermittlung der Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V keinen Einfluss auf den Rechnungsbetrag hat, dürfte das Fehlen dieser Angaben auch keinen Einfluss auf die Fälligkeit haben.**
4. **§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V ist historisch überholt und hat keinen sinnvollen Anwendungsbereich.**

[1] OPS ist ein Operationen- und Prozedurenschlüssel, der die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung beschreibt und eine Grundlage für die Zuordnung zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe (DRG) bildet.

## III. Einführung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden[2], 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. Diese Aussage klingt zunächst nicht ungewöhnlich, richtet sich doch die Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse in der Tat nach § 301 SGB V. Um einen Behandlungsfall abrechnen zu können, muss das Krankenhaus die in § 301 Abs. 1 SGB V genannten Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an die Krankenkasse übermitteln. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt.[3] Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt nach ständiger Rechtsprechung des BSG mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein.[4]

Das Nähere für die Übermittlung der Daten und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern regeln der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. In dieser Datenübermittlungsvereinbarung ist ebenfalls geregelt, welche Daten in nichtmaschinenlesbarer Form (also z. B. in Papierform) übermittelt werden können. Für diese Fälle liefert die Vereinbarung entsprechende Vordrucke. Sie betreffen gemäß § 301 Abs. 1 S. 2 SGB V die medizinische Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V.

§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V regelt, dass Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen übermittelt werden sollen. In der Praxis spielte diese Regelung allerdings seit mindestens zehn Jahren keine Rolle, da sowohl die Übermittlung, als auch der Empfang der Daten bei den jeweiligen am Übermittlungsvorgang Beteiligten softwaretechnisch nicht umgesetzt wurde. Dies wiederum lag daran, dass offensichtlich kein Interesse an der Erhebung dieser Daten bestand, da diese Angaben keinen Informationsgehalt für die Schlüssigkeit der Rechnung lieferten. So übermittelten die Krankenhäuser diese Daten nicht, die Krankenkassen mahnten die Übermittlung auch nicht an. Diese Norm hatte daher seit Einführung des Fallpauschalensystems keinen praktischen Anwendungsbereich.

## IV. Entscheidung des Bundessozialgerichts

Das BSG hat nun in den oben genannten Urteilen entschieden, dass diese Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V dennoch an die Krankenkassen zu übermitteln sind. Andernfalls werde die Rechnung eines Krankenhauses nicht fällig, da sie unvollständig sei. Die Krankenkassen benötigten diese Angaben zur Durchführung ihrer Aufgaben, insbesondere für eine ordnungsge-

[2] BSG, Urt. v. 14.10.2014, Az: B 1 KR 25/13 R u. B 1 KR 26/13 R sowie BSG, Urt. v. 10.03.2015, Az: B 1 KR 4/15 R.
[3] BSG, Urt. v. 21.03.2013, Az: B 3 KR 28/12 R.
[4] BSG a. a. O.

mäße Abrechnung, für die Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und der Verweildauer sowie für Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhäuser. Diese Angaben seien im Zusammenhang mit der Regelung der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V zu sehen. Diese Regelung ziele nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck darauf ab, dass die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sein solle. Unter Hinweis auf die Begründung zum Gesetzentwurf zum SGB IX[5] sei vorrangiges Ziel dieser frühen Rehabilitation im Krankenhaus die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten, wozu neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens gehöre sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt. Hinzu kämen die frühzeitige Auseinandersetzung mit Fähigkeitsstörungen in der Folge von Erkrankungen/Unfällen und der frühzeitige Einstieg in das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Soweit medizinisch erforderlich, seien auch fachspezifische Rehabilitationsansätze frühestmöglich zu integrieren. Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus seien jedenfalls nach Einführung der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnose einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren.

## V. Würdigung/Kritik

### 1. Trennung zwischen § 39 SGB V und § 40 SGB V

Kritikwürdig an der Entscheidung des BSG ist, dass die Grenze zwischen den Versorgungsformen Frührehabilitation (§ 39 SGB V – Krankenhausbehandlung) und medizinischer Rehabilitation (§ 40 SGB V) verwischt wird. Dies ist deshalb problematisch, weil der Gesetzgeber deutlich zwischen diesen Versorgungsformen unterschieden hat, indem er die Frührehabilitation den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß § 39 SGB V zugeordnet und die Leistungen der medizinischen Rehabilitation – als eigenen Versorgungszweig – nicht in den Krankenhausbereich gelegt hat (§§ 40, 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die Grenzziehung zwischen den beiden Versorgungsformen ist nicht immer einfach, da sie sich vordergründig aus der rechtlichen und nicht aus der medizinischen Beurteilung ergibt. Selbst wenn eine frührehabilitative Behandlung dem äußeren Ablauf nach einer Rehabilitationsleistung ähnelt, so kommt es entscheidend darauf an, in welchem Versorgungssektor sie erfolgte. Dies mag dogmatisch und unflexibel erscheinen. Diese Grenzziehung ist aber notwendig, um die Funktions- und Arbeitsfähigkeit und schließlich auch die Finanzierung der am Gesundheitswesen beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten.

Die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V (Überschrift: „Krankenhausbehandlung“) ist von der medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V (Überschrift: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“) zu trennen.

Krankenhausbehandlung ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht auf andere Weise erreicht werden kann (siehe § 39 SGB V). Dies bemisst sich einerseits nach

[5] BT-Drucks 14/5074.

den mit der Behandlung verfolgten Zielen und andererseits nach den Mitteln, die zur Erreichung des Behandlungsziels eingesetzt werden müssen.[6] Das Ziel ist gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V das Erkennen einer Krankheit, das Verhüten ihrer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden. Stationäre Krankenhausbehandlung darf aber nicht geleistet werden, wenn das Ziel die auf Prävention und Ausgleich von Behinderung gerichtete medizinische Rehabilitation ist.[7] Diese wird in Rehabilitationseinrichtungen erbracht, welche gemäß § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Einrichtungen sind, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen.

Die Unterscheidung zwischen Frührehabilitation und Rehabilitation mag aufgrund ähnlicher Anwendungen, Verfahren und Heilmittel bisweilen schwierig erscheinen. Dass Heilmittel der Rehabilitation auch in der Frührehabilitation enthalten sind, macht die Frührehabilitation aber nicht zur Rehabilitation. Ebenso wenig handelt es sich bei der Frührehabilitation um eine frühe Rehabilitation. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 39 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V umfasst die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (nicht: zur frühen Rehabilitation). Eine Identität zwischen den Leistungen zur Frührehabilitation nach § 39 SGB V und den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V liegt deswegen nicht vor. Zudem hat der Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX den § 40 SGB V mit der Überschrift „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ versehen. Diese Klarstellung unterstreicht die oben angesprochene Grenzziehung.

Die Frührehabilitation als allgemeine Krankenhausleistung kann und darf nur solange erbracht werden, wie eine Akutbehandlung erforderlich ist.[8] Frührehabilitative Leistungen im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V können daher vom Krankenhaus nur als integraler Bestandteil einer stationären Akutbehandlung innerhalb der für die Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer erbracht werden.[9] Die für die Akutbehandlung erforderliche Verweildauer ist abhängig vom akutstationären Behandlungsbedarf. Nur solange dieser besteht, kann Frührehabilitation erbracht werden. Dies ergibt sich auch aus einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Oktober 2004, welches einen Abstimmungsprozess zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Bundesländern zur Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation zusammenfasste.[10] Danach sei die Frührehabilitation im Unterschied zur (weiterführenden) Rehabilitation dadurch gekennzeichnet, dass bei vordringlich bestehendem akutstationärem Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf bestehe, die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein könne und die Rehabilitationsprognose oftmals unsicher sei. Die Leistungen der Frührehabilitation

[6] *Wahl* in jurisPK-SGB V, § 39 Rn. 50.
[7] *Wahl* ebenda, Rn. 57.
[8] *Wahl* ebenda.
[9] BGH, Urt. v. 18.11.2010, Az: III ZR 239/09, Rn. 20
[10] Abrufbar unter www.dkgev.de/pdf/556.pdf.

dürften als Teil der Krankenhausleistungen nur solange erbracht werden, wie eine Krankenhausbehandlung erforderlich sei. Sei diese nicht mehr erforderlich, seien gegebenenfalls noch notwendige ambulante oder stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen. Auch hier lässt der Gesetzgeber erkennen, dass er diese beiden Versorgungszweige voneinander getrennt wissen will.

## 2. Praktisch überflüssige Norm

Diese Trennung wird nun vom BSG faktisch aufgehoben. Es sieht in den Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch Leistungen der Frührehabilitation. Wie dargelegt, ergibt sich die Trennung dieser beiden Leistungsformen aber aus dem Gesetz. Zudem wurde sie über die Jahre weder von Krankenhäusern noch von den Krankenkassen infrage gestellt. Deshalb wurden konsequenterweise (vermeintliche) Angaben zur medizinischen Rehabilitation nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V seit Einführung des DRG-Systems weder vom Krankenhaus übermittelt, noch von den Krankenkassen eingefordert. Diese Untätigkeit zeigt die praktische Relevanz dieser Norm. Es bestand offensichtlich kein Bedarf an der Übermittlung solcher Angaben. Dies hatte zur Folge, dass die Krankenhäuser softwaretechnisch nicht in der Lage waren, Angaben nach der Nr. 8 des § 301 Abs. 1 S. 1 SGB V zu übermitteln und Krankenkassen nicht in der Lage waren, diese Daten zu empfangen. Diese Jahre andauernde Untätigkeit der an der Übermittlung beteiligten Akteure spricht für die Sinnlosigkeit der Anwendung dieser Norm. 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 jedoch überlebt. Dass der § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V dann keinen Sinn mehr ergibt (so die Vorinstanz – SG Magdeburg[11]) darf aber nicht dazu führen, dass die Norm künstlich am Leben erhalten wird. Der fehlende Anwendungsbereich dieser Norm kann nicht als Versäumnis der Leistungserbringer gewertet werden, die von ihr geforderten Angaben zu übermitteln. Es ist vielmehr ein Versäumnis des Gesetzgebers, der es jahrelang – nämlich seit der Einführung der Frührehabilitation im Akutbereich – unterlassen hat, den § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V an die veränderten Verhältnisse anzupassen.

Dies ist umso bedauerlicher, weil die Übermittlung der geforderten Angaben keinen Mehrwert bietet. Ein Krankenhaus, welches die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erbringt, liefert die für die Abrechnung relevanten Daten ohnehin durch die Übermittlung des OPS 8-550. Zudem haben die Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V keinen Einfluss auf den Groupierungsvorgang.[12] Durch die Übermittlung dieser Angaben wird keine andere DRG[13] angesteuert. Somit ändert sich auch nicht der Rechnungsbetrag. Die Rechnung dürfte daher nicht unvollständig sein, da sie die für den Eintritt der Fälligkeit erforderlichen Voraussetzungen erfüllt.

[11] SG Magdeburg, Urt. v. 30.07.2013, Az: S 45 KR 89/11 WA.

[12] Gemäß § 1 Abs. 6 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) sind zur Einstufung in die jeweils abzurechnenden Fallpauschalen (sog. DRGs) Programme (Grouper) einzusetzen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) zertifiziert sind. Durch die Eingabe relevanter Daten, wird eine DRG angesteuert, die die Grundlage für die vom Krankenhaus gestellte Rechnung ist.

[13] Fallpauschale.

## VI. Fazit

Das BSG hat mit seiner hier in Rede stehenden Rechtsprechung versucht, dem § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V einen Anwendungsbereich zu geben. Die Folge ist ein erhöhter Verwaltungsaufwand, der in seiner konkreten Ausgestaltung unklar ist und in keinem Verhältnis zu seinem Nutzen steht. Zudem entsteht durch die oben beschriebene Verwässerung der Grenze zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsbehandlung eine nicht zu unterschätzende Rechtsunsicherheit, die alle Formen der Frührehabilitation betreffen dürfte. Da eine Änderung der Rechtsprechung des BSG nicht zu erwarten ist, kann diese Rechtsunsicherheit nur vom Gesetzgeber oder den Selbstverwaltungspartnern beseitigt werden.

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