

# Mitteilung für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen 399/2018

Gesundheitspolitik

Stuttgart, 06.11.2018  
AZ.: 1400-00, 3022, 3651-43,  
9104  
Teresa Leidinger  
Telefon 0711 25777-61  
leidinger@bwkg.de  
Manuela Schäfer-Möslang  
Telefon 0711 25777-18  
schaefer@bwkg.de

---

## Gesetzgebungsverfahren zum Personalpflege-Stärkungsgesetz (PpSG) und aktuelles Vorgehen der Krankenkassen

- **Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Nachweisanforderung der DAK zur Vorhaltung aller vier Therapiebereiche und Anwesenheit bei der wöchentlichen Teambesprechung**
- **Neurologische Komplexbehandlung: Aufforderung der SVLFG eine Verjährungsverzichtserklärung abzugeben**
- **Angekündigte Verrechnungen der AOK Baden-Württemberg**

[vorab als eilige Mitteilung versandt]

**Die DAK fordert Krankenhäuser aktuell auf, Nachweise zum OPS-Kode 8-550 hinsichtlich der Vorhaltung aller vier Therapiebereiche und der Anwesenheit dieser bei der wöchentlichen Teambesprechung zu erbringen. Die SVLFG fordert Krankenhäuser auf, Verjährungsverzichtserklärungen abzugeben. Betroffene Krankenhäuser sollten derzeit keine Erklärungen gegenüber den Krankenkassen abgeben. Die AOK Baden-Württemberg hat angekündigt, ihre Rückforderungsansprüche aufzurechnen.**

Mit BWKG-Mitteilungen 370/2018 und 386/2018 wurde zuletzt über das Gesetzgebungsverfahren zum Personalpflege-Stärkungsgesetz (PpSG) und die darin vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der geplanten Verjährungsverkürzung von vier auf zwei Jahren für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser sowie die Erstattungsansprüche der Krankenkassen berichtet. Das Gesetzgebungsverfahren ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Nun sind erneute Änderungsanträge bekannt geworden. Der Änderungsantrag 12a Übergangsregelung zur Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen (vgl. Anlage 1) sieht eine gesetzliche Ausschlussfrist für die Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 01.01.2017 entstanden sind, vor. Diese Ansprüche müssen bis zum Tag der 2./3. Lesung, von den Krankenkassen gerichtlich geltend gemacht worden sein. Eine spätere Geltendmachung soll ausgeschlossen sein. Die 2./3. Lesung im Bundestag ist für den 09.11.2018 vorgesehen. **Die BWKG-Geschäftsstelle weist ausdrücklich darauf hin, dass derzeit noch nicht feststeht, ob der Änderungsantrag 12a auch tatsächlich durch den Gesetzgeber verabschiedet wird. Das laufende Gesetzgebungsverfahren und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Verjährung von Ansprüchen führen zu großen Ungewissheiten auch bei den Krankenkassen.**

### **1. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Nachweisanforderung der DAK zur Vorhaltung aller vier Therapiebereiche und Anwesenheit bei der wöchentlichen Teambesprechung bei der geriatrischen frührehabilitative Komplexbehandlung**

Mit BWKG-Mitteilung 212/2018 wurde zuletzt über die Rechtsprechung des Bundessozialgericht (BSG) und die Anforderungen zur Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) informiert. Mit Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 19/17 R entschied das BSG, dass die geriatrische Komplexbehandlung nur abrechenbar ist, wenn alle vier im OPS genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) von dem Krankenhaus vorgehalten werden und Vertreter der Therapiebereiche an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen. Darüber hinaus erweitert das BSG den Kreis der Berufsgruppen, die dem geriatrischen Team anzugehören haben, um den Sozialdienst, obwohl diese Berufsgruppe nicht vom Wortlaut des OPS-Kodes 8-550 erfasst ist. Die Teilnahme aller Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung ist entsprechend zu dokumentieren.

Auf Grund des o.g. BSG-Urteils fordert die DAK Krankenhäuser aktuell auf, aussagekräftige Nachweise zum OPS-Kode 8-550 hinsichtlich der Vorhaltung aller vier Therapiebereiche und der Anwesenheit aller im OPS genannter Berufsgruppen bei der wöchentlichen Teambesprechung zu erbringen (vgl. Anlage 2). Die DAK definiert die Berufsgruppen der geriatrischen Komplexbehandlung dabei wie folgt: Behandlungsleitung, Pflegefachkraft, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, (Neuro-)Psychologie und Sozialdienst. Die Krankenhäuser werden gebeten für alle seit 2014 abgerechneten Fälle entsprechende Nachweise zu erbringen. Die DAK verweist darauf, dass sie sich die Durchführung von Einzelfallprüfungen vorbehält. Sollten keine Nachweise erbracht werden, droht die DAK entsprechende Rückforderungen an.

**Die BWKG-Geschäftsstelle empfiehlt, der Aufforderung der DAK aus folgenden Gründen derzeit nicht nachzukommen und keine Nachweise zu erbringen:**

- Es ist fraglich, ob die o.g. Rechtsprechung des BSG überhaupt Rückwirkung entfaltet, also auf in der Vergangenheit liegende und damals einvernehmlich abgerechnete Fallkonstellationen anwendbar ist.
- **Ab dem Jahr 2016 hätte die DAK auch bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gemäß § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V innerhalb der 6-wöchigen Prüfungseinleitungsfrist eine MDK-Einzelfallprüfungen durchführen müssen, wenn sie Zweifel an der Korrektheit der abgerechneten Fälle gehabt hätte.** Da die 6-Wochenfrist zwischenzeitlich verstrichen ist, ist eine Überprüfung der Abrechnungsfälle ausgeschlossen.
- **Im Hinblick auf die Anforderung der Nachweiserbringung der Anwesenheit aller Berufsgruppen in der wöchentlichen Teambesprechung ist äußerst zweifelhaft, ob die Krankenkassen überhaupt Einblick in die medizinische Dokumentation nehmen dürfen.** Medizinische Sachverhalte dürfen ausschließlich dem MDK zugänglich gemacht werden
- **Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Abrechnungsfälle, die bereits in der Vergangenheit durch den MDK überprüft wurden, nicht erneut überprüfbar sind. Diese Sachverhalte sind abgeschlossen.**
- **Eine Rückforderung von in der Vergangenheit einvernehmlich gezahlten Vergütungen ist treuwidrig.** Krankenhäuser und Krankenkassen stehen in dauerhaften Vertragsbeziehungen und sind

auf eine professionelle und vertrauensvolle Zusammenarbeit angewiesen. Die Aufforderung zur Nachweiserbringung der Vorhaltung aller vier Therapiebereiche, sowie der Nachweis der Anwesenheit aller Berufsgruppen an den wöchentlichen Teambesprechungen ab dem Jahr 2014 dient allein der Vorbereitung etwaiger Rückforderungen/Verrechnungen durch die DAK.

Zwischenzeitlich wurde die Version des OPS für 2019 veröffentlicht. Hinsichtlich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergeben sich folgende Änderungen:

#### **8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**

- Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung, mit Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogener Dokumentation ~~bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele~~ ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Aus Sicht der BWKG-Geschäftsstelle wird durch diese Änderungen allerdings nicht klargestellt, dass es zur Erfüllung des OPS ausreichend ist, wenn zwei der vier genannten Therapiebereiche vorgehalten werden. Auch verlangt der OPS nach wie vor die Teilnahme aller Berufsgruppen an der Teambesprechung unabhängig davon, ob diese auch tatsächlich an der Behandlung beteiligt sind. Durch die Änderung wird lediglich klargestellt, dass die Dokumentation auf die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen zu beschränken, ausreichend ist. Für die Abrechenbarkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung müssen demnach auch im Jahr 2019 alle vier Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen. Um nachweisen zu können, dass die Teilnahme erfolgt ist, bedarf es auch einer entsprechenden Dokumentation der Anwesenheit.

#### **2. Neurologische Komplexbehandlung: Aufforderung der SVLFG, eine Verjährungsverzichtserklärung abzugeben**

Die SVLFG bietet Krankenhäusern vor dem Hintergrund des derzeit noch ungewissen Ausgangs des Gesetzgebungsverfahrens zum PpSG an, einen zeitlich befristeten Verjährungsverzicht hinsichtlich potentieller Rückforderungsansprüche von neurologischen Komplexbehandlungen abzuschließen (vgl. Anlage 3). Mit dem Abschluss eines Verjährungsverzichts kann grundsätzlich sichergestellt werden, dass Rückforderungen nicht gerichtlich geltend gemacht werden oder die Krankenkassen ihren Rückforderungsanspruch verrechnen und dem Krankenhaus damit Liquidität entzogen wird. Sollte jedoch der o.g. Änderungsantrag 12a in dieser Form durch den Gesetzgeber beschlossen werden, ist anzunehmen, dass der Verjährungsverzicht gegenstandslos werden würde. **Angesichts des offenen Ausgangs des Gesetzgebungsverfahrens ist der Abschluss eines Verjährungsverzichts aus Sicht der BWKG-Geschäftsstelle derzeit nicht geboten, sondern zunächst der Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens abzuwarten.**

#### **3. Angekündigte Verrechnungen der AOK Baden-Württemberg**

Die BWKG-Geschäftsstelle wurde aus dem Mitgliedsbereich darüber informiert, dass die AOK Baden-Württemberg umfängliche Verrechnungen angekündigt hat. Es ist davon auszugehen, dass dies eine

Reaktion auf den Änderungsantrag 12a darstellt. **Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg müssen sich nun auf vermehrte Verrechnungstätigkeiten bzw. Klageerhebungen aller Krankenkassen einstellen.** Die Rechtmäßigkeit des Vorgehens der Krankenkasse kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden. Es ist zunächst das weitere Gesetzgebungsverfahren abzuwarten. Die BWKG-Geschäftsstelle wird per BWKG-Mitteilung über das weitere Verfahren informieren.

3 Anlagen

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)38.4**

**06.11.2018**

## **Änderungsantrag 12a**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG)

BT-Drs. 19/4453

Zu Artikel 7 Nummer 20 -neu - (§ 325 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangsregelung zur  
Verjährungsfrist für die  
Ansprüche von Kranken-  
häusern und Krankenkassen)

Dem Artikel 7 wird nach Nummer 19 neu folgende Nummer 20 angefügt:

18. Folgender § 325 wird angefügt:

„§ 325

Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Kranken-  
häusern und Krankenkassen

Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten  
Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, und bis  
zum [einfügen: Tag der 2./3. Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes] nicht gerichtlich  
geltend gemacht wurden.“

Begründung:

Die Regelung enthält eine gesetzliche Ausschlussfrist für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, die aber bis zum Tag der zweiten und dritten Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Die Regelung zielt auf die Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens, der mit der rückwirkenden Einführung der verkürzten Verjährungsfrist beabsichtigt ist. Verhindert werden soll, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die Verjährung vermeintlicher Rückzahlungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen. Vor diesem Hintergrund wird die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekündigt haben, ausgeschlossen. Rückzahlungsansprüche, die nach dem 1. Januar 2017 entstanden sind, können nach der Einführung der zweijährigen Verjährungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden.

ÄD					Cont.
PDL					Buha.
TD	02. Nov. 2018				EDV
WA					PA
Allg. Verw.	bearb.	b.R.	z.K.	z.A.	Q.M.



DAK-Gesundheit, Postfach 40 03 09, 70403 Stuttgart

Gesetzliche Krankenversicherung  
Fachzentrum Stationäre Leistungen  
Stuttgart  
*Postanschrift* DAK-Gesundheit  
Postfach 40 03 09  
70403 Stuttgart  
*Telekontakt* Telefon:  
Telefax:  
E-Mail:  
*Internet* www.dak.de  
*persönlicher Kontakt* Unterländer Str. 77  
70435 Stuttgart  
*IK* 101567600

*unser Zeichen*  
*Datum* 29.10.2018

## BSG Urteil B 1 KR 19/17 R – OPS 8-550

Sehr geehrte Damen und Herren

das Urteil des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17 R) möchten wir zum Anlass nehmen, Ihnen unsere Auffassung hinsichtlich der Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS 8-550 – frührehabilitative Komplexbehandlung - mitzuteilen.

Aus der Formulierung des OPS geht hervor, dass eine Abrechnung nur dann gerechtfertigt ist, wenn alle vier der geforderten Therapiebereiche auch tatsächlich vorgehalten werden. Ebenso ist geregelt, dass alle im OPS geforderten Berufsgruppen<sup>1</sup> bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein müssen.

Wir fordern Sie hiermit auf, uns einen aussagefähigen Nachweis darüber zu erbringen, dass Sie alle vier Therapiebereiche seit 2014 vorhalten. Ebenso bitten wir Sie um Nachweis, dass in sämtlichen mit der DAK abgerechneten Fällen seit 2014, alle Berufsgruppen bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend waren. Wir behalten uns Einzelfallprüfungen vor.

Sollten Sie uns bis zum 29.11.2018 keinen Nachweis erbringen, behalten wir uns das Recht zur Rückforderung der zu Unrecht vergüteten Beträge vor.

Freundliche Grüße



Gesundheit  
Fachzentrum stationäre Leistungen

<sup>1</sup> Berufsgruppen = Behandlungsleitung, Pflegefachkraft, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, (Neuro-)Psychologie und Sozialdienst

**Landwirtschaftliche Krankenkasse**  
in der  
**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



SVLFG - Abrechnung Leistungserbringer - 34105 Kassel

Geschäftsbereich Abrechnung Leistungserbringer  
Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Ansprechpartner  
Telefon  
Telefax  
E-Mail

Datum 29.10.2018

**Geltendmachung von Erstattungsforderungen  
nach Streichung der (anderen) neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS-Kode 8-891.- und 8-98b.-)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundessozialgericht (BSG) hat mit den Urteilen vom 19.06.2018 (Az: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R) über eine Strukturvoraussetzung des OPS-Verzeichnisses zur neurologischen Komplexbehandlung entschieden. Die geforderte halbstündige Transportentfernung für den unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen, zu gefäßchirurgischen oder interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen sei regelhaft jederzeit einzuhalten. Dieser Zeitraum beginne mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern und ende mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Patienten. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat zwischenzeitlich klargestellt, dass die Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und -ende die Zeit ist, die der Patient im Transportmittel verbringt.

Seien Sie versichert, dass uns die aktuell geführten Diskussionen auf Bundes- und Landesebene sowie die gesundheitspolitische Brisanz der Auswirkungen der BSG-Rechtsprechung hinreichend bekannt sind. Die Urteile des BSG greifen in das Vergütungsgefüge ein und haben das Potential die Vergütung für die Versorgung von Schlaganfallpatienten erheblich einzuschränken. Die Versorgungssituation steht in Gefahr.

Nach den uns vorliegenden Informationen kann Ihr Haus unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung den unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen, zu gefäßchirurgischen oder interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen zu Ihrem Kooperationspartner auch bei Nutzung des schnellstmöglichen Transportmittels im geforderten zeitlichen Rahmen nicht erfüllen, weshalb die Strukturvoraussetzung bei den Komplexbehandlungen 8-981 und 8-98b grundsätzlich nicht vorliegen würden. Die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlungen wird deshalb nicht zu akzeptieren sein. Sollte unsere Einschätzung zum unmittelbaren Zugang zu den in Rede stehenden Behandlungsmaßnahmen nicht korrekt sein, bitten wir um Mitteilung.

Unter Streichung des OPS-Kodes für neurologischen Komplexbehandlungen auch für die Vergangenheit ergeben sich für uns Rückzahlungsansprüche. Die betroffenen Fälle aus dem Jahr 2014 entnehmen Sie bitte der beiliegenden Anlage.

Postanschrift  
SVLFG  
Abrechnung Leistungserbringer  
34105 Kassel

Besucheranschrift  
SVLFG  
Vogelrainstr. 25  
70199 Stuttgart  
<http://www.SVLFG.de>

Servicezeiten  
Mo - Do: 08:00 - 16:00 Uhr  
Fr: 08:00 - 13:00 Uhr  
und nach Vereinbarung  
Telefon-Nr.: 0561 785-0

Konto LKK  
Bundesbank  
IBAN: DE12 5000 0000 0050 0015 08  
BIC: MARKDEF1500  
IK: 109908712

HU9000140V002 / u408372

## Befristeter Verzicht auf die Erhebung der Einrede der Verjährung

hiermit wird bevollmächtigt und stellvertretend für

gegenüber der

**Landwirtschaftlichen Krankenkasse in der Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau, Weißensteinstr. 70-72, 34131 Kassel  
(Krankenkasse)**

der Verzicht auf die Erhebung der Einrede der Verjährung hinsichtlich von Rückforderungs-  
ansprüchen wegen der strittigen Kodierung des OPS-Kodes

- 8-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und
- 8-98b - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlagfalls

erklärt. Die Erklärung gilt für die von der Krankenkasse benannten Einzelfälle.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit den Urteilen vom 19.06.2018 (Az: B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R) über eine Strukturvoraussetzung des OPS-Verzeichnisses zur neurologischen Komplexbehandlung entschieden. Nach Auffassung der Krankenkasse wird unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung der unmittelbare Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen, zu gefäßchirurgischen oder interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen zum Kooperationspartner auch bei Nutzung des schnellstmöglichen Transportmittels im geforderten zeitlichen Rahmen nicht erfüllt. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat zwischenzeitlich klargestellt, dass die Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und -ende die Zeit ist, die der Patient im Transportmittel verbringt.

Derzeit ist noch nicht rechtssicher, ob die Rechtsprechung rückwirkende Anwendung finden kann und Krankenkassen berechtigt sind, entsprechende Rückforderungsansprüche geltend zu machen. Aufgrund des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum PpSG und der noch aktuell geführten Diskussionen auf Bundes- und Landesebene verzichtet die Krankenkasse für die Dauer des Verzichts auf die Einrede der Verjährung auf die finanzwirksame Durchsetzung der Rückzahlungsansprüche.

Die Parteien gehen davon aus, dass eine abschließende Klärung über das Bestehen und die Umsetzung von Rückforderungsansprüchen bis spätestens 31.03.2019 möglich ist.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
Weißensteinstr. 70-72  
34131 Kassel  
*U. B.*  
\_\_\_\_\_  
Krankenkasse