

Berlin, Juni 2018

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie (BV Geriatrie), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) zum Urteil des Bundessozialgerichts B 1 KR 19/17 R

I. Hintergrund Urteil Bundessozialgericht:

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat in einer Entscheidung vom 19.12.2017 umfangreich zu der Frage Stellung genommen, ob den Krankenkassen im sozialgerichtlichen Verfahren über die Abrechnung der Vergütung stationärer Heilbehandlungen ein Akteneinsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen zusteht. Dieses wird vom BSG u.a. mit dem Hinweis auf das in Art. 103 GG verankerte Recht auf „rechtliches Gehör“ bejaht. Einschränkungen des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung müssten im überwiegenden Allgemeininteresse hingenommen werden. In diesem Fall würde das öffentliche Interesse an einer korrekten Abrechnung als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut die Interessen des Einzelnen überwiegen.

Darüber hinaus hat der 1. Senat des BSG in diesem Urteil auch die Anforderungen an die gesamte Durchführung der Teambesprechung sowie deren Dokumentation im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) nach OPS 8-550 formuliert.

Der Bundesverband Geriatrie, die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) nehmen zu den Ausführungen des BSG zu den Anforderungen an die Teambesprechung und den daraus resultierenden Auswirkungen, insbesondere im Hinblick auf das Prüfverhalten der Krankenkassen, wie folgt Stellung:

II. Anforderungen an Teambesprechung und deren Dokumentation

Das BSG hat im entschiedenen Fall festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Kodierung des OPS 8-550.1 wegen unzureichender Dokumentation nicht vorlagen.

In der schriftlichen Urteilsbegründung hat das BSG seine Erwartungen an die Durchführung der Teambesprechung und deren Dokumentation dargestellt. Zu dokumentieren seien demnach *„konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung.“*

Beteiligung aller Berufsgruppen

Nach Ansicht des BSG müssen **alle** Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen. Dies umfasse auch die Berufsgruppen, die bislang nicht am Patienten tätig geworden sind. Auch Vertreter dieser Berufsgruppen sollen ihren *„Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen.“* Dies wird zum einen an der Formulierung des OPS „... unter Beteiligung aller Berufsgruppen ...“ festgemacht; zum anderen sei dies dem hervorgehobenen Teamgedanken des OPS 8-550 geschuldet.

Der 1. Senat des BSG hat die zu beteiligenden Berufsgruppen explizit benannt. Zu dem aus verschiedenen Berufsgruppen bestehendem Team würden die Ärzte, die vier benannten Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst gehören. Alle diese Berufsgruppen – und nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche – haben Inhalte zur Teambesprechung beizusteuern.

Der zum Zeitpunkt des entschiedenen Falles geltenden OPS 8-550 Version 2009 führt in den Hinweisen zu den Mindestmerkmalen im Hinblick auf die Teambesprechung folgenden Wortlaut: *„Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele“*.

Die Beteiligung aller Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung ist als Mindestmerkmal seit 2006 in dieser OPS-Ziffer enthalten und entspricht einem wesentlichen Grundelement des Fachbereichs Geriatrie. Der umfassende geriatrische Behandlungsansatz zielt auf eine generalistische Erfassung und einen fachübergreifenden Zugang zu den Problemen alter Menschen ab. Dabei kommt dem interdisziplinären Team eine besondere Bedeutung zu. Dieses ist kennzeichnend für die Geriatrie und unterscheidet diese auch von anderen medizinischen Fächern. Aus diesem Grund ist auch die Beteiligung aller Professionen an einer gemeinsamen Besprechung zur umfassenden Beurteilung des Behandlungsbedarfs des geriatrischen Patienten sinnvoll, da so auch bislang nicht erkannte Funktionseinschränkungen von den jeweils entsprechend spezialisierten Therapeuten erkannt und angesprochen werden können. Anderenfalls stellt sich die Frage der sinnvollen Abgrenzung der geriatricspezifischen Frührehabilitation von einer bloßen Frühmobilisation. Insoweit hat das Gericht auf ein Kernelement der Geriatrie abgestellt und dieses bestätigt.

Auch zu den vom BSG aufgezählten Berufsgruppen des geriatrischen Teams enthält der Wortlaut des OPS 8-550 keine genauen Angaben dahingehend, welche Berufsgruppen dem Team angehören. Insbesondere die Forderung der Beteiligung des Sozialdienstes ist beachtlich, da diese Berufsgruppe im Wortlaut des OPS 8-550 an keiner Stelle genannt wird.

Entgegen dem Wortlaut der zum Zeitpunkt des entschiedenen Falles geltenden OPS Version 2009 verlangt das BSG auch die Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung. Das BSG weist der Behandlungsleitung zudem auch die Übernahme von Moderation und Gesamtverantwortung und damit eine überragende Bedeutung zu. Dies war in der damals geltenden Version weder im Wortlaut des OPS noch sonst gefordert. Ebenso ist auch in der aktuellen Version des OPS 8-550 (2018) mitnichten die Moderation bzw. Übernahme der Gesamtverantwortung für die Teambesprechung durch die fachärztliche Behandlungsleitung festgeschrieben.

Dokumentationsanforderungen

Aus der Dokumentation der Teambesprechung muss laut BSG-Urteil hervorgehen, wer jeweils als Vertreter der entsprechenden Berufsgruppe an der wöchentlichen Teambesprechung teilnahm und wer sie leitete. Der fachärztlichen Behandlungsleitung komme hier die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Zudem müssen alle Berufsgruppen einzeln aufgeführt werden. Die im OPS genannten verschiedenen Therapiebereiche müssten entsprechend den Vorgaben des OPS auseinandergelassen und einzeln aufgeführt werden. Die diskursive Beteiligung der bislang nicht am Patienten tätig gewordenen Berufsgruppen an der Teambesprechung muss aus der Dokumentation erkennbar sein.

Ferner ist *„eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen“* erforderlich. Allgemeine Formulierungen oder die Bezeichnung bloßer Globalziele (z.B. Steigerung der Selbständigkeit, Mobilität) sind dafür nicht ausreichend.

Die Dokumentation kann jedoch ausgerichtet am professionellen Horizont der Therapeuten knapp und abgekürzt erfolgen. Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle sind nach den Feststellungen des BSG durch den Wortlaut des OPS 8-550 nicht ausgeschlossen.

Auch hier ist festzustellen, dass vom Wortlaut des OPS 8-550 eine solches vom BSG aufgestelltes überbordendes Dokumentationserfordernis nicht gefordert wird. Der Wortlaut verlangt lediglich eine wochenbezogene Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Die vom BSG geforderte *„konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs“* geht damit weit über den Wortlaut des OPS 8-550 hinaus.

III. Berechnung Therapieeinheiten

Das BSG hat darüber hinaus klargestellt, dass bei der Berechnung der Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten bei evt. simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern die Mitarbeiterminuten nicht aufsummiert werden dürfen.

Somit ist klargestellt, dass auch dann nur eine Therapieeinheit angegeben werden kann, wenn gleichzeitig mehrere Therapeuten (ggf. auch aus verschiedenen Therapiebereichen) eine Behandlung erbringen.

IV. Auswirkungen

Die Entscheidung des BSG hat große Auswirkungen auf die Abrechenbarkeit der in den Einrichtungen durchgeführten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Zunächst bietet das Urteil den geriatrischen Einrichtungen Anlass, die bisherigen Abläufe und Dokumentation der Teambesprechung zu prüfen. Insbesondere die Art und Weise der Sicherstellung der Teilnahme aller Berufsgruppen an den Teambesprechungen ist in den Einrichtungen zu hinterfragen und ggf. anzupassen.

So nachvollziehbar dieses Urteil des BSG dahingehend ist, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Kernelement der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung u.a. in der Teambesprechung ihren Ausdruck findet, darf aber auch nicht verkannt werden, dass es in Folge der formulierten Dokumentationsanforderungen zu einer erneuten Ausweitung der Prüfpraxis seitens der Kostenträger kommen wird. Einige Kassen haben bereits angekündigt, für nichtverjäherte geriatrische Behandlungsfälle eine sachlich-rechnerische Prüfung durch den MDK zu veranlassen, mit dem Ziel, fehlerhafte Teambesprechungsprotokolle zu finden und damit Rückforderungsansprüche zu begründen. Die Einrichtungen sehen sich unmittelbar mit rückwirkenden Prüfungen und Rückzahlungsforderungen konfrontiert.

Auch die Ausweitung und Übertragung des Urteils auf die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung nach OPS 8-98a ist sachfremd und somit abzulehnen. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie des MDK Nord hat hierzu in seinen aktualisierten Auslegungshinweisen zu OPS 8-98a die Behandlung auf Basis einer regelmäßigen Teambesprechung gefordert und für die Anforderungen an diese Teambesprechung auf das BSG-Urteil verwiesen (Stand: 15.05.2018).

Der OPS 8-98a verlangt in keinsten Weise eine Teambesprechung. Die zum OPS 8-550 erfolgten Ausführungen des BSG sind auf diese Behandlung nicht übertragbar. Der OPS 8-98a fordert lediglich eine teamintegrierte Behandlung. In welcher Form diese ausgestaltet wird, ist nicht festgelegt. Zudem basiert die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung auf einem Tagesbezug, so dass eine wochenbezogene Dokumentation diesem Grundsatz nicht gerecht werden kann.

V. Fazit

Das BSG hat hier die Grundlagen und die Besonderheiten der Geriatrie und der geriatrischen Behandlungskonzepte erkannt und seiner Entscheidung zugrunde gelegt. Die Beteiligung aller Therapiebereiche an den Teamsitzungen ist grundsätzlich fachlich-inhaltlich sinnvoll und für die konzertierte Therapieentscheidung notwendig. Nur so kann sichergestellt werden, dass der die Geriatrie kennzeichnende interdisziplinäre Behandlungsansatz auch umgesetzt werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist die Sichtweise des BSG zur verpflichtenden Teilnahme aller Berufsgruppen an der Teamsitzung grundsätzlich sachlich inhaltlich nachvollziehbar.

Dennoch ist zu hinterfragen, ob tatsächlich in jedem Einzelfall immer alle Berufsgruppen für die gesamte Dauer der Teambesprechung anwesend sein müssen. Dies gilt vor allem hinsichtlich des bekannten Fachkräftemangels.

Zudem war die Beteiligung an der Teambesprechung von Vertretern der Therapiebereiche, die nicht aktiv in die Behandlung einbezogen waren, bisher von Seiten der Kostenträger als nicht notwendig angesehen worden. Auch seitens des MDK wurde in den „Auslegungshinweisen der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550*“ lediglich gefordert, dass aus der Dokumentation „die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen erkennbar sein“ müssten.

Die nun vom BSG geforderte Dokumentationstiefe war in dieser Form bislang weder durch die Krankenkassen und ihrer Prüfdienste noch durch gerichtliche Entscheidungen gefordert und führt zu einer immensen Belastung der Krankenhäuser. Etablierte und gebilligte Dokumentationsformen müssen angepasst werden, wobei jedoch immer Unsicherheiten verbleiben werden, ob und inwieweit die Teamdokumentation zukünftigen Rechnungsprüfungen standhalten werden. Unter dem Aspekt des immer wieder betonten Willens zum Bürokratieabbau dürften diese umfassenden Anforderungen an die Dokumentation der Teambesprechungen ebenso keinen Beitrag leisten!

Umso deutlicher ist daher das jetzt auf die Entscheidung folgende Verhalten einzelner Krankenkassen zu verurteilen, eine bislang nicht in Frage gestellte Durchführung und Dokumentation der Teambesprechung nun rückwirkend in Zweifel zu ziehen.

Soweit die Leistung durch die Einrichtungen ordnungsgemäß erbracht wurde, haben die Krankenkassen die Rechnungen bislang bezahlt. Kassenseitig bestand in diesen Fällen offensichtlich keine Veranlassung, die Inhalte und Ausführlichkeit der Dokumentation der Teambesprechung anzuzweifeln. Nunmehr auf der Grundlage dieser BSG Entscheidung Rückzahlungsansprüche wegen angeblich nicht eingehaltener Dokumentationsanforderungen geltend zu machen, widerspricht dem Grundsatz von Treu und Glauben, der auch im Sozialrecht Gültigkeit hat. Es ist zu befürchten, dass erbrachte Leistungen mit Verweis auf eine unzureichende Dokumentation der Teambesprechungen im Nachgang durch die Kostenträger nicht beglichen werden.

Dieses Vorgehen erhält durch die allein auf Kostenträgerseite bestehende Möglichkeit zur Aufrechnung streitiger Forderungen mit nichtstreitigen Forderungen eine weitere

Brisanz. Es drängt sich hier der Eindruck eines Missverhältnisses zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern hinsichtlich der Durchsetzung von Forderungen auf.

Können sich die Leistungserbringer prospektiv auf diese Anforderungen einstellen, ist dies retrospektiv nicht möglich. Die unmittelbar nach der Veröffentlichung der Urteilsbegründung von einigen Kostenträgern angekündigte umfassende Prüfung abgeschlossener Behandlungsfälle ist eine nicht hinnehmbare Praxis.

Kostenträgern, die diese Prüfpraxis sowohl retrospektiv als auch prospektiv sehr intensiv nutzen wollen, könnte unterstellt werden, dass sie eine Leistungsvorenthaltung für ihre Versicherten billigend in Kauf nehmen.

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: 030/339 88 76 – 10
www.bv-geriatrie.de