L 5 KR 154/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 1249/15
Datum
29.11.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 154/18
Datum
20.09.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 90/18 B
Datum
30.07.2019
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB als unzulässig verworfen
Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 29.11.2017 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin für die Behandlung der Frau H in der Zeit vom 19.09.2011 bis 05.10.2011 EUR 897,07 zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Diskontzinssatz seit Rechtshängigkeit zurückzuzahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf EUR 897,07 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer stationären Behandlung, konkret die Abrechnungsvoraussetzungen für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

Die am 00.00.1952 geborene und bei der Klägerin gegen Krankheit versicherte H (im Folgenden: die Versicherte) wurde im Alter von 59 Jahren im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Aufenthalt im T-Klinikum S (dort: Abteilung für Allgemeine Viszeral- und minimal invasive Chirurgie) zur weiteren geriatrischen Frührehabilitation in das von der Beklagten getragene T Krankenhaus S1 (hier: Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation) verlegt und dort in der Zeit vom 19.09.2011 bis 05.10.2011 stationär behandelt. Die Entlassung erfolgte in eine Anschlussheilbehandlung in der Niederrheinklinik Bad O.

Im (vorläufigen) Entlassungsbericht (vom 13.12.2011) an den behandelnden Arzt der Versicherten wird eine Mobilitätseinschränkung mit verzögerter Rekonvaleszenz bei Z.n. einer schweren biliären Pankreatitis mit septischer Peritonitis bei Colon transversum-Perforation, retroperitonealer Abszessbildung und intraperitonealer Besiedlung von Candida und Colibakterien, ein Z.n. multiplen chirurgischen und gastroenterologischen Interventionen, sowie ein kardiovaskuläres Risikoprofil bei kompensierter Herzinsuffizienz und linksventrikulärer Hypertrophie, ein chronisches Schmerzsyndrom bei Polyarthrose und hochgradiger Osteoporose, eine mittelgradige Depression, Schilddrüsenunterfunktion, Anämie und ein Z.n. Leberzysten beschrieben. Die Zielsetzung der Frührehabilitation sei gerichtet gewesen auf "Mobilisation, ADL-Kompetenz, allgemeine Roborierung und Kraftaufbau, Einstellung der Kardiaka bei vorbekannter arterieller Hypertonie".

Die Beklagte stellte der Klägerin für die Behandlung am 07.10.2011 insgesamt EUR 5.112,20 in Rechnung unter Zugrundelegung der diagnosebezogene Fallgruppe, sog. DRG (Diagnosis Related Groups), G52Z ("Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane") und des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)-Kodes 8-550.1 ("Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten").

Die Klägerin beglich die Rechnung; eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde nicht eingeleitet.

Mit Schreiben vom 12.11.2015 bat die Klägerin unter anderem im Behandlungsfall der Versicherten um Stornierung der Abrechnung und korrigierte Entlassungs- und Rechnungsdaten. Zur Begründung verwies sie auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23.06.2015 (B 1 KR 21/14 R), wonach Voraussetzung für die Kodierung und Abrechnung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ein Mindestalter von 60 Jahren sei, darunter sei ein entsprechender Behandlungsbedarf nicht anzuerkennen.

Mit ihrer am 23.12.2015 vor dem Sozialgericht Köln (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Rückzahlungsbegehren im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs unter Verweis auf die höchstrichterliche Rechtsprechung weiter verfolgt. Bei der unter 60 Jahre

alten Versicherten komme nur eine Vergütung ohne die streitige Komplexbehandlung in Betracht. Das Rückwirkungsverbot greife nicht, das BSG habe 2015 auch über einen Fall aus 2005 geurteilt, bei dem die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung allein wegen einer Subsumtion unter den Einzelfall verneint worden sei. Richtigerweise anzuwenden sei die DRG G64A ("Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC"). Die Differenz zu der von der Beklagten vorgenommenen Abrechnung belaufe sich auf einen Betrag von EUR 897,07, den sie folglich rechtsgrundlos geleistet habe.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie EUR 897,07 nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, der geltend gemachte Vergütungsanspruch stehe ihr in voller Höhe zu. Die von der Klägerin zitierte Rechtsprechung aus 2015 entfalte keine Rückwirkung auf den vorliegenden in der Vergangenheit liegenden, abgeschlossenen Sachverhalt. Darüber hinaus gehe sie davon aus, dass das Erfordernis eines starren Mindestalters von 60 Jahren gegen die die streng am Wortlaut orientierte Auslegung von Abrechnungsvorschriften verstoße. Der OPS-Kode stelle nicht auf ein konkretes Mindestalter, sondern allein auf die geriatrietypische Multimorbidität ab. Diese sei bei der Versicherten aufgrund der Befundlage jedoch ohne weiteres zu bejahen gewesen. Das geriatrische Basisassessment habe pathologische Werte aufgewiesen, welche die Durchführung der streitigen frührehabilitativen Komplexbehandlung medizinisch erfordert hätten. Für sie völlig überraschend habe die Klägerin die Rückforderung mehr als vier Jahre nach dem stationären Behandlungsfall und lediglich aufgrund der ihr "in den Schoß gefallenen" Rechtsprechung des 1. Senates betrieben.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens nach Aktenlage durch den Chefarzt der Klinik für Geriatrie des St. N-Hospitals in L, Prof. Dr. T, Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie, Ernährungsmedizin, Physikalische Therapie und Klinische Geriatrie:

In seinem Gutachten vom 08.02.2017 hat dieser ausgeführt, auf Basis der vorliegenden Patientenakte sei festzustellen, dass es sich um eine multimorbide Patientin mit typischen geriatrischen Syndromen handele. Als Diagnosen der Multimorbidität aufzulisten seien: arterielle Hypertonie, Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Hypothyreose, normozytäre normochrome Anämie, kompensierte Herzinsuffizienz, Malnutrition (Gewichtsverlust von 30 kg), Osteoporose, Chronisches Schmerzsyndrom linkes Sprunggelenk, Polyarthritis, V.a. stattgehabte Borreliose, Z.n. Osteomyelitis, Z.n. Gallenblasenentfernung, Z.n. Blinddarmentfernung, Z.n. Gebärmutterentfernung, Leberzysten. Aus den geriatrischen Assessments bei Aufnahme der Patientin ließen sich ein mittelgradiges Autonomiedefizit (Barthel-Index: 65 Punkte), ein lokomotorisches Defizit (Timed-Up-And-Go-Test: 22 sec) mit Neigung zur Sturzgefahr (Tinetti-Gesamtscore: 20 Punkte) sowie ein nutritives Defizit mit Mangelernährung (MNA-Score: 7 Punkte) ableiten. Die verzögerte Rekonvaleszenz, substitutionspflichtige Osteoporose und Polypharmazie ergänzten das klinische Bild. Nach Abschluss der geriatrischen Frührehabilitation habe sich die Patientin in nahezu allen zu Beginn eingeschränkten geriatrischen Modalitäten verbessert (Barthel-Index: 95 Punkte; Timed-Up-And-Go-Test: 14 sec; Tinetti-Test: 25 Punkte), so dass die Verlegung zur Anschlussheilbehandlung möglich gewesen sei. Nach seiner Einschätzung habe in der Synopsis die notwendige Spezifikation für eine akutgeriatrische Komplexbehandlung vorgelegen, da zu bejahen gewesen sei: - ein akutmedizinischer Handlungsbedarf mit einer Hauptdiagnose, - aus der Hauptdiagnose sich direkt ableitende geriatrische Syndrome (Autonomie-/Lokomotions-/Nutritionsdefzit), - weitere relevante Multimorbidität, - funktioneller Beübungsbedarf (physio- und ergotherapeutische Maßnahmen), - aktivierende Pflege und schließlich - Ernährungstherapie. Einschränkend bliebe zu erwähnen, dass die Patientin sich mit 59 Jahren im 60. Lebensjahr befunden habe. Bei Verblindung der Patientin - also der völligen Unkenntnis des Alters - sei nach der Aktenlage am ehesten von einer geriatrischen Patientin auszugehen. Das bloße Abstellen auf das Alter für die Definition eines geriatrischen Patienten ohne individuelle Prüfung werde dem geriatrischen Alltag in keiner Weise gerecht und genüge nicht den medizinischen Fachstandards in diesem Bereich. Zwar könne man in einem ersten Schritt Altersklassen unterteilen, müsse dann jedoch den Fokus auf die geriatrietypische Multimorbidität und die funktionellen Einschränkungen anhand der geriatrischen Merkmalkomplexe richten. Jeder Praktiker wisse, dass bspw. ein 55-jähriger Amputationspatient mit langjährigem Diabetes und dialysepflichtiger Niereninsuffizienz sowie Wundkomplikationen biologisch "älter" sein könne als ein 85jähriger mit Knieprothese, der außer einem Bluthochdruck keine weitere Nebenerkrankung aufweise. Entsprechend werde nach den Abgrenzungskriterien der Geriatrie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., Version 1.3. vom 29.02.2004, der geriatrische Patient definiert durch die geriatrietypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter), wobei die geriatrietypische Multimorbidität Vorrang vor dem kalendarischen Alter habe. Frührehabilitation sei allgemein indiziert, wenn ein Patient sowohl einen kurativen akut-medizinischen als auch einen rehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweise. Nach seiner Einschätzung fände die Fallpauschale nach DRG G52Z aufgrund der OPS-Kodierung 8-550.1 Anwendung, da die Patientin unter einer Erkrankung der Verdauungsorgane gelitten habe und diesbezüglich noch post operationem akut-medizinischer Handlungsbedarf gegeben gewesen sei bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen einer geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Die Klägerin ist dem Begutachtungsergebnis (mit Schreiben vom 28.03.2017) entgegengetreten: Es bleibe dabei, dass unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG vom 23.06.2015 bei unter 60-jährigen Patienten nur eine Vergütung ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in Betracht komme.

Mit Urteil vom 29.11.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Rückforderung der Klägerin auf Basis des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs sei nicht berechtigt. Die Beklagte habe die Behandlung der Versicherten zutreffend nach der DRG G52Z abgerechnet. Die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-550.1 seien erfüllt, da es sich um eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gehandelt habe. Dies sei durch die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen belegt, auf die Bezug genommen werde. Soweit die höchstrichterliche Rechtsprechung ein Mindestalter von 60 Jahren postuliere, sei dies nicht "im Sinne einer absolute Grenzziehung" zu verstehen. Zu berücksichtigen sei vielmehr, dass die Klägerin die typische geriatrische Multimorbidität aufgewiesen und sich auch bereits auf der Schwelle zum 60. Lebensjahr befunden habe.

Die Klägerin hat gegen das Urteil am 12.03.2018 Berufung eingelegt. Die Klageabweisung sei unter Verstoß gegen die Grundsätze des BSG (a.a.O.) zur Abrechenbarkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und damit zu Unrecht erfolgt. Wortlaut und Intention der höchstrichterlichen Rechtsprechung könnten nur so verstanden werden, dass es sich um eine absolute Altersgrenze handele. So heiße es klar im Leitsatz "Eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist nur für Patienten ab Vollendung des 60. Lebensjahres vorgesehen". Nur die erhöhte Altersgrenze von 70 Jahren, ab der nach der Rechtsprechung bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen "regelmäßig" von einer geriatrischen Komplexbehandlung ausgegangen werden könne, dürfe im Einzelfall unterschritten werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 29.11.2017 zu ändern und nach dem Klageantrag zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das erstinstanzliche Urteil sei rechtsfehlerfrei ergangen. Den dortigen Ausführungen dazu, dass die Ausführungen des BSG zum Mindestalter von 60 Jahren nicht als absolute Altersgrenze verstanden werden könnten, einschließlich der durch Sachverständigengutachten unterlegten Begründung, schließe sie sich vollumfänglich an. Jedenfalls unter Vertrauensschutzgesichtspunkten ließe sich eine starre Altersgrenze nicht rückwirkend anwenden. Die Klägerin stütze sich - im Rahmen eines Musteranschreibens - rein controllingorientiert auf die höchstrichterliche Rechtsprechung, ohne sich mit den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen und den Fachstandards der geriatrischen Medizin auseinanderzusetzen. Sie habe weder den MDK eingeschaltet, noch ansonsten die abschließend geregelten Wege der Abrechnungsprüfung eingehalten und individuelle Aufklärung betrieben. Ein solches Vorgehen könne nicht zu einer Verweigerung der Vergütung für eine erbrachte Krankenhausbehandlung führen. Sie verweise diesbezüglich auf die Rechtsprechung des Bayerischen Landessozialgerichts (Bayerisches LSG, Urteil vom 16.01.2018, L 5 KR 403/14; Beschluss vom 12.07.2017, L 20 KR 133/17 NZB). Im Übrigen habe die Klägerin in mehreren Verfahren die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung auch unterhalb des 60. Lebensjahres des Versicherten als abrechnungsfähige Leistung bestätigt und in Kenntnis der von der Beklagten zutreffend mitgeteilten - die Multimorbidität der Versicherten belegenden - Haupt- und Nebendiagnosen vorbehaltlos vergütet. Schließlich sei die Geltendmachung der Rückforderung mehr als vier Jahre nach dem Behandlungsfall rechtsmissbräuchlich.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die Krankenakte der Versicherten und die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet.

Das SG hat die als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässige Klage (st. Rspr. vgl. etwa BSG, Urteil v. 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 m.w.N.). zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin hat Anspruch auf Rückzahlung von EUR 897,07 zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Diskontsatz (heute: Basiszins) seit Rechtshängigkeit gegen die Beklagte.

Rechtsgrundlage des Rückzahlungsbegehrens der Klägerin ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der bei der hier gegebenen öffentlich-rechtlich Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger (vgl. BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 10) an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) tritt (vgl. BSGE 109, 36 m.w.N.). Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht worden oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind.

Diese Anforderungen liegen vor. Die Beklagte hat die stationäre Behandlung der Versicherten H in der Zeit vom 19.09.2011 bis 05.10.2011 zu Unrecht aufgrund des OPS-Kodes 8-550.1 und der daraus folgenden Verschlüsselung der DRG G52Z abgerechnet und von der Klägerin vergütet bekommen.

Der Anspruch der Beklagten auf Vergütung der Krankenhauskosten aus der stationären Behandlung der Versicherten folgt aus § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sowie Anlage 1 des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2011 sowie dem ab dem 1.1.1997 in Nordrhein-Westfalen geltenden Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 6.12.1996 (im Folgenden: Sicherstellungsvertrag (SiV)). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, st. Rsprg., vgl. nur Urteil vom 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R, juris), wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i. S. d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung.

Die Erforderlichkeit und medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Streitig ist allein die Wahl des richtigen OPS-Kodes und der infolgedessen angesteuerten DRG.

Nach § 7 S. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG), hier der FPV 2011. Der in Anlage 1 zur FPV 2011 enthaltene Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Kode gemäß der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter

Gesundheitsprobleme (German Modification (ICD-10-GM)) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S. 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2011) beschlossen. Aus diesen Kodes wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 18.09.2008, B 3 KR 15/07 R, juris).

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben hat die Beklagte keinen Anspruch auf die Vergütung der DRG G52Z. Diese setzt voraus, dass eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane zu kodieren ist. Der streitige OPS-Code 8-550.1 fordert mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten im Rahmen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Bereits die Anforderung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist zur Überzeugung des Senates nicht erfüllt, da die Versicherte nicht als geriatrische Patientin im Sinne der Abrechnungsvorschriften einzustufen ist. Sie unterschreitet die Altersgrenze von 60 Jahren, die als untere Grenze im Sinne einer Mindestgrenze im Rahmen der Definition des geriatrischen Patienten zu verlangen ist.

Der für die DRG und OPS verwendete Begriff der "geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung" ist weder im Fallpauschalenkatalog noch im OPS 2011 näher definiert. Es finden sich im OPS lediglich als Hinweis gelistete Mindestmerkmale (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 19.12.2017, B 1 KR 19/17 R, juris) zu den Behandlungsmodalitäten (u.a. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung überwiegend in der geriatrischen Einheit; standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn etc.). Eine genaue Altersgrenze der betroffenen Patienten ist rechtlich hingegen nicht fixiert. Das landesrechtliche Krankenhausplanungsrecht und die hieran anknüpfenden Versorgungsverträge der Krankenhäuser legen ebenfalls keine präzisen, bundeseinheitliche Vorgaben begründende Grenzen zugrunde, soweit sie überhaupt "geriatrische Betten" vorsehen. Nach der Rechtsprechung des BSG vom 23.06.2015 (B 1 KR 21/14 R, juris, Rn. 16 ff.) erwächst hieraus jedoch gerade der legitime Bedarf, im Rahmen des OPS qualitative Strukturvorgaben zu regeln. Dem Grunde nach definiere und strukturiere der OPS Operationen und Prozeduren unter Verwendung medizinischer Begriffe mit dem Sinngehalt, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird (vgl. BSG, Beschluss vom 19.07.2012, B 1 KR 65/11 B, SozR 4-1500 § 160a Nr. 32 Rn. 18 m.w.N.). Nach diesem Maßstab aber komme dem Alter der Patienten für die Abgrenzung geriatrischer von sonstiger frührehabilitativer Komplexbehandlung entscheidende Bedeutung zu. Geriatrie befasse sich mit den Alterungsprozessen und den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekten der Erkrankungen alter Menschen (vgl. z.B. Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung, Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V., Hans Peter Meier-Baumgartner, 2. Auflage 1998, S 12). Geriatrie sei die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Eine altersunabhängige Zuordnung von Patienten zur Geriatrie sei damit ausgeschlossen. Die zwingend an das Alter anknüpfende Grenzziehung müsse die bestehenden Abstufungen der Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen, die die Notwendigkeit des Einsatzes des Instrumentariums der Geriatrie bedingten. Nach diesen Kriterien sei für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren zu fordern, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben. Die Geriatrische Medizin behandle nach ihrem Selbstverständnis nämlich die speziellen Erkrankungen alter Patientinnen und Patienten, die häufig älter als 65 Jahre und multimorbide seien. Die Mehrzahl der Patienten, die von Geriatrischer Medizin profitiere, gehöre der Altersgruppe der über 80-Jährigen an. Sie sehe Geriatrische Patienten definiert insbesondere durch geriatrietypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (meist über 70 Jahre), wobei die geriatrietypische Multimorbidität hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen sei (vgl. DGG unter "http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html"). Die Klägerin verweise zutreffend auf die "Abgrenzungskriterien Geriatrie" (M. Borchelt ua, VERSION V1.3, gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., basierend auf den Ergebnissen der Konsensus-Konferenz vom 15.01.2003 in Essen und der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover; Stand: 29.02.2004, im Folgenden: Geriatrische Fachgesellschaften). Danach widme sich die Geriatrie Patienten mit geriatrietypischer Multimorbidität, die überwiegend 70 Jahre alt oder älter seien (vgl. ebenda, S. 5, Übersicht 1). In Einklang damit fordere etwa der Bundesverband Geriatrie in einer Stellungnahme zu einem Gesetzgebungsverfahren zum Ausbau der Geriatrischen Versorgung in Niedersachsen (6.3.2012, LT-Drucks. 16/4037), bei der stationären Aufnahme von über 80-jährigen Patienten bzw. Patienten die älter als 70 Jahre sind und bei denen mehrere Erkrankungen oder Einschränkungen (frailty) vermutet werden, einen entsprechenden geriatrischen Bedarf zu identifizieren. Unterhalb eines Alters der Patienten von 60 Jahren könne dagegen danach von einem spezifisch geriatrischen Bedarf keine Rede sein.

Der Senat hält diese Auslegung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung für überzeugend, weil sie unmittelbar aus dem fachspezifischen Begriff der Geriatrie hergeleitet ist. (vgl. bereits Urteil vom 22.02.2018, L 5 KR 537/17 unter www.sozialgerichtsbarkeit.de). Sie hat sich entsprechend in der Praxis durchgesetzt und wird bspw. sowohl von den Auslegungshinweisen der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550 * Version 2018 als auch von den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 02.01.2018 (S. 6) zu Grunde gelegt.

Das Argument der Beklagten, die Mindestaltersgrenze verstoße gegen die streng am Wortlaut orientierte Auslegung von Abrechnungsvorschriften verfängt dagegen nicht, weil der Wortlaut insoweit gerade keine Vorgaben macht, über die sich die Abgrenzung mittels Mindestaltersgrenze hinwegsetzte. Im Gegenteil, wie bereits dargelegt, hat das BSG (a.a.O.) überzeugend ausgeführt, warum der Begriff "geriatrisch" die Altersgrenze sogar zwingend zur Abgrenzung von sonstigen Komplexbehandlungen erfordert.

Zur Überzeugung des Senates ist das durch die Abrechnungsvorschriften vorgegebene Merkmal "geriatrisch" unterhalb der Schwelle des 60. Lebensjahres daher keiner individuellen Beweiswürdigung durch Sachverständigengutachten zugänglich. Nur der Vollständigkeit halber sei daher darauf hingewiesen, dass sich das Gutachten in der Darlegung einer allgemeinen geriatrietypischen Multimorbidität erschöpft und die Patientin bei Ausblendung des Alters lediglich "am ehesten" als geriatrisch einstuft. Nach den Grundsätzen des BSG (a.a.O.) muss indes zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr und daher selbst bei Erreichen des Mindestalters (und dies wäre damit erst recht darunter zu verlangen) zusätzlich noch eine besonders ausgeprägte Multimorbidität im Sinne von zusätzlichen plausibilisierenden Angaben vorliegen, da das unkritische geratrietypische Alter über 65, regelmäßig hingegen bei 70 und deutlich darüber hinaus liegt.

Die hier vertretene und im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung stehende Auslegung stellt auch keine gegen das

Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz [GG]) verstoßende unzulässige Rückwirkung dar. Zwar gestattet es das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) grundsätzlich, die Anforderungen zur Rückwirkung von Gesetzen auch auf Rechtsprechung zu übertragen (vgl. nur BVerfG, Beschluss vom 16.05.2011, 2 BvR 1230/10, juris). Jedoch kommt eine dem Gesetz gleichkommende vergleichbare Bindungswirkung allenfalls in Betracht, wenn es sich um eine ständige höchstrichterliche Rechtsprechung handelt, die durch eine neue Rechtsprechung aufgegeben wird (BVerfG a.a.O.). Davon kann hier keine Rede sein. Vielmehr wird der in dem OPS 8-550 verwandte Begriff der "geriatrischen rehabilitativen Komplexbehandlung", der in der Rechtsordnung gerade nicht definiert ist, höchstrichterlich nach allgemeinen, anerkannten Grundsätzen ausgelegt. Für diese - naturgemäß immer in der Vergangenheit liegende Sachverhalte betreffende - Auslegungsaufgabe der Rechtsprechung kann das Verbot der echten Rückwirkung aber nicht gelten. Eine gefestigte anderslautende (höchstrichterliche) Rechtsprechung lag gerade nicht vor (so bereits ausdrücklich der erkennende Senat in seiner Entscheidung vom 22.02.2018, a.a.O.).

Unabhängig von der Unterschreitung der Altersgrenze ist die geriatrietypische frührehabilitative Komplexbehandlung auch deswegen nicht zu kodieren, weil die Versicherte nicht aufgrund einer geriatrietypischen Hauptdiagnose behandelt wurde. Die Notwendigkeit einer geriatrischen Hauptdiagnose folgt aus dem Wortlaut der OPS, der sich ansonsten auf eine (allgemeine oder sonstige) frührehabilitative Komplexbehandlung beschränken müsste. Entsprechend hat auch das BSG in seiner Entscheidung vom 23.06.2015 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Geriatrie die "speziellen Erkrankungen" älterer Menschen behandelt. Die (chronische) Pankreatitis zählt aber nicht zu von den Geriatrischen Fachgesellschaften in den "Abgrenzungskriterien Geriatrie" festgelegten geriatrietypischen Hauptdiagnosen wie etwa der akute Schlaganfall, die hüftgelenksnahe Fraktur, dekompensierte Herzinsuffizienz oder Pneumonie (vgl. Übersicht 2, Bl. 5), zu der nach der Einschätzung der Fachgesellschaften die geriatrietypische Multimorbidität ausdrücklich "hinzutreten" muss, d.h. also, die als Grundvoraussetzung gegeben sein muss. Im Falle der DRG G52Z ließe sich hiergegen zwar einwenden, dass diese eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ausdrücklich vorsieht. Folgt man - entgegen der Auffassung des Senates - diesem Einwand, bleibt es jedoch dabei, dass dann zumindest das Mindestalter erreicht sein muss, was letztlich wiederum nur Berechtigung und Sinnhaftigkeit der Altersgrenze unterstreicht. Denn Multimorbidität allein (ohne geriatriespezifische Hauptdiagnose und - bzw. wenigstens - oder geriatriespezifisches Mindestalter), und dies postuliert die Klägerin im Ergebnis, vermag zur Überzeugung des Senates den Anwendungsbereich einer speziell geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in keinem Fall zu eröffnen.

Der geltend gemachte Anspruch ist auch nicht verjährt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger unterliegt der kurzen vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung (st. Rspr., vgl. z.B. BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 8, Rn. 39; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr. 1, Rn. 25). Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung begann damit erst nach Ablauf des Jahres 2011, so dass diese am 23.12.2015 noch von der Beklagten geltend gemacht werden konnte. Die Verjährung beginnt gemäß § 45 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 71/12, Rn. 15, juris; Guckelberger, Die Verjährung im Öffentlichen Recht, 2004, S. 374 f), die hier nach unbestrittenem Sachverhalt unmittelbar nach Rechnungslegung im Oktober 2011 erfolgte.

Der innerhalb der Verjährungsfrist geltend gemachte Erstattungsanspruch ist schließlich auch nicht verwirkt. Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (st. Rspr., vgl. BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 8, Rn. 37; BSGE 109, 22 = SozR 4-2400 § 7 Nr. 14, Rn. 36; BSG SozR 4-2400 § 24 Nr. 5 Rn. 31; BSG SozR 4-2600 § 243 Nr. 4 Rn. 36; BSG SozR 4-4200 § 37 Nr. 1 Rn. 17; BSG SozR 3-2400 § 4 Nr. 5 S. 13). Aus dem Umstand, dass die Klägerin die Rechnung ohne Erklärung eines Vorbehalts zahlte, ergibt sich kein die Verwirkung auslösendes Verhalten. Denn § 15 Abs. 1 S.1 SiV schreibt ein Begleichen der Rechnung innerhalb von 15 Kalendertagen vor. Auch sonstige die Verwirkung auslösende Umstände sind nicht ersichtlich. Soweit die Klägerin vor der klaren Definition durch das BSG in Einzelfällen eine frührehabilitative Komplexbehandlung auch unterhalb der Mindestaltersgrenze anerkannt hat, lässt sich hieraus keine Vertrauensgrundlage ableiten, da jenseits der wie bereits dargelegt nicht überschrittenen bzw. einschlägigen Grenzen der unzulässigen Rückwirkung das Risiko einer Auslegung der Abrechnungsvorschriften entgegen der eigenen Rechtsauffassung zu den allgemeinen Lebensrisiken zählt. Im Falle des Begriffs der "Geriatrie" geht der Senat sogar davon aus, dass überwiegend damit zu rechnen war, dass der Altersfrage entscheidende Bedeutung zukommt. Bei einer gerade 59 Jahre alten Patientin kann niemand darauf vertrauen, dass sie - ohne weiteres - als geriatrische Patientin eingestuft wird. Soweit die Klägerin auch nach der Entscheidung des BSG vom 23.06.2015 (a.a.O.) in Einzelfällen (z.B. bei vorheriger Kostenübernahmeerklärung) eine frührehabilitative Komplexbehandlung unterhalb der Mindestaltersgrenze anerkannt hat, ändert dies nichts, da zwischen den Beteiligten unstreitig ist, dass die Klägerin dies in wenigstens vier weiteren Fällen verweigert.

Wenn die Beklagte dem Rückzahlungsbegehren schließlich unter dem Schlagwort der "controlling-orientierten Systemprüfung" entgegentreten will, überzeugt dies ebenfalls nicht. Nach den aktuellen Kriterien der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. nur BSG, Urteil vom 23.05.2017, B 1 KR 24/16 R, juris) handelt es sich vorliegend um eine Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, die gerade nicht dem Prüfregime des § 275 Abs.1 und Abs. 1 c SGB V unterliegt (vgl. Urteil vom 23.05.2017, a.a.O., v.a. Rn. 30), so dass die Einschaltung des MDK gerade nicht zwingende Voraussetzung für den Rückforderungsanspruch war. Abgesehen davon ist für die Beantwortung der Frage nach der Einhaltung einer (noch dazu starren) Altersgrenze keine medizinische Ermittlung erforderlich. Einen solchen Fall hat auch die von der Beklagten angeführte Rechtsprechung des LSG Bayern (Urteil vom 16.01.2018, L 5 KR 403/14; Beschluss vom 12.07.2017, L 20 KR 133/17 NZB, vgl. Bl. 136 ff. und 149 ff. GA) nicht beschieden, dort wurde der Einwand der schematischen Prüfung vielmehr gerade der Nachforderung nicht entscheidungsrelevanter weiterer Unterlagen durch die Krankenkasse entgegengehalten. Dass das Ergebnis der auf Basis des Geburtsdatums und des Aufnahmedatums ohne weiteres durchzuführenden Prüfung der Einhaltung der Altersgrenze der Beklagten nicht gefällt, macht diese Prüfung nicht zu einer (juristisch vorwerfbar) schematischen.

Die Erstattung der damit als ohne Rechtsgrund gezahlt zu qualifizierenden Krankenhausvergütung ist auch nicht in entsprechender Anwendung des § 814 BGB ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete u.a. nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (vgl. BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17, Rn. 30; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 47; zustimmend Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 109 Rn. 194). Daran fehlt es in dem vorliegenden Fall. Denn die Klägerin zahlte 2011 nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld. Da es zu diesem Zeitpunkt keine gefestigte Rechtsprechung zu der Auslegung des Begriffs der "geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung" gab, könnte man zu dem von der Beklagten gewünschten Ergebnis nur gelangen, wenn es zwischen den Beteiligten eine ständige Praxis oder Vereinbarung dahingehend gab, das kalendarische Alter zu Grunde zu legen. Dies war ersichtlich gerade nicht der Fall.

Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass bei Verneinung der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung nur die DRG G64A "Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane mit äußerst schweren CC" zum Tragen kommt mit der Folge, dass EUR 897,07 zu viel geleistet wurden.

Der (allein geltend gemachte) Anspruch auf Prozesszinsen folgt aus entsprechender Anwendung des § 15 Abs. 1 S. 3 SiV i.V.m. §§ 291, 288 Abs. 1 S. 1 BGB (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009, B 1 KR 8/09 R, juris, m.w.N.). Danach ergeben sich Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Diskontsatz (heute Basiszinssatz) der Deutschen Bundesbank ab dem Tag der Rechtshängigkeit (23.12.2015).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für eine Zulassung der Revision nach Maßgabe des § 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren ist gemäß § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1 und Abs. 3, 47 Abs. 1 des Gerichtskostengesetzes (GKG) in Höhe der mit der Berufung zurückgeforderten Behandlungskosten festzusetzen.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2019-08-28