

## L 9 KR 462/17

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Neuruppin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 33 KR 417/15  
Datum  
25.09.2017  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 9 KR 462/17  
Datum  
26.08.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 31/20 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Einem Erstattungsanspruch einer Krankenkasse aus Anlass einer Krankenhausvergütung kann der Einwand unzulässiger Rechtsausübung ([§ 242 BGB](#)) entgegenstehen, wenn die Vergütung langjähriger Verwaltungspraxis entsprach und erst auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundessozialgerichts zu Kodierungsfragen rückwirkend für Zeiten vor der Entscheidung Erstattungsansprüche begründet werden. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 25. September 2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin der Klinik H, einem in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommenen Krankenhauses der Regelversorgung, u.a. mit einer Abteilung der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie einer Gemeinschaftsstation Geriatrie-Gerontopsychiatrie. Die Abteilung für Neurologie ist u.a. auf die Behandlung des Schlaganfalls spezialisiert. Zu ihr gehört eine zertifizierte Spezialabteilung für Schlaganfall-Patienten (Stroke Unit).

Die Klinik H behandelte in der Zeit vom 31. Januar 2010 bis zum 22. Februar 2010 die bei der Beklagten Versicherte B (geboren am 15. März 1950). Diese hatte einen Insult (Schlaganfall) erlitten und wurde zunächst am 31. Januar 2010 in der neurologischen Abteilung behandelt (Aufnahmediagnose: Mediainfarkt rechts mit Hemiparese links). Am 5. Februar 2010 wurde sie auf die geriatrische Abteilung zur weiteren Mobilisierung und zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung verlegt.

Mit Rechnung vom 1. März 2010 berechnete die Klägerin die DRG B44A gemäß dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2010 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und kodierte OPS - Operationen- und Prozedurenschlüssel (2010) - 8-550.1, d.h., Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten und einen Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von 10.875,71 Euro.

Die Beklagte veranlasste eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK) u.a. zu der Frage, ob die DRG und die übermittelten OPS zutreffen und ob der Inhalt der Leistung erbracht worden ist. Der MDK kam zum Ergebnis, zutreffend sei die DRG B70D (= Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 27 Std., MDK-Gutachten vom 20. Dezember 2010). Auf den Einspruch der Klinik erstellte der MDK am 23. Juni 2011 ein weiteres Gutachten nach Aktenlage. Dieses kam zum Ergebnis, dass der Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung bereits ab dem 5. Februar plausibel sei. Die Mindestkriterien des OPS-Kodes 8-550.1 könnten bestätigt werden. Die Beklagte überwies, beruhend auf dem Votum des MDK, den Rechnungsbetrag am 15. Juli 2011 und auch die von der Klägerin in Rechnung gestellte Aufwandspauschale ([§ 275c Abs. 1 SGB V](#)).

Unter Berufung auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. Juni 2015 ([B 1 KR 21/14 R](#)) forderte die Beklagte am 22. September 2015 von der Klägerin die Kosten für den OPS-Kode 8.550 aus der Behandlung der Versicherten A in Höhe von 5.548,52 Euro zurück. Die Versicherte habe zum Zeitpunkt der Behandlung durch das Klinikum der Klägerin das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet gehabt. Der genannte Rechnungsbetrag werde von der Beklagten beim nächsten Rechnungslauf verrechnet. Am 5. Oktober 2015 verrechnete die

Beklagte den gesamten Rechnungsbetrag für die stationäre Behandlung der Versicherten (10.875,71 Euro) mit anderen unstreitigen Vergütungsforderungen der Klägerin. Am 6. Oktober 2015 zahlte sie dann einen Betrag von Höhe von 5.327,18 Euro auf den Rechnungsbetrag für den stationären Aufenthalt der Versicherten A.

Am 21. Dezember 2015 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Neuruppin auf Zahlung des Differenzbetrags von 5.548,52 Euro erhoben. Die Voraussetzungen des Abrechnungs-Kodes (OPS) 8-550.1 seien erfüllt. Es bestehe keine Legimitation dafür, vom Wortlaut des o.g. Kodes, der gerade keine altersmäßige Begrenzung enthalte, abzuweichen. Insofern bestehe für das BSG keine Rechtsgrundlage, über den Rahmen, den das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit dem OPS-Kode herausgebe, hinauszugehen. Es fehle dem Gericht hierfür schlicht die Legitimation. Außerdem seien verfassungsrechtliche und einfachrechtliche Bedenken dagegen angezeigt, diese Judikatur auf Behandlungsfälle vier Jahre rückwirkend vor der Entscheidung des BSG anzuwenden. Unabhängig davon sei neben dem kalendarischen Alter auch das biologische Alter der Patienten maßgebend. Das Sozialgericht hat ein Gutachten nach Aktenlage bei dem Chefarzt der Abteilung für Neurologie des Klinikums Niedersachsen Privatdozent Dr. H.J. S eingeholt. Dieser hat das Gutachten am 20. Januar 2017 erstattet. Wegen der Einzelheiten wird auf das schriftliche Gutachten Bezug genommen.

Mit Urteil vom 25. September 2017 hat das Sozialgericht – im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung – die Beklagte verurteilt, den streitigen Betrag nebst Zinsen an die Klägerin zu zahlen. Die Beklagte habe nicht wirksam aufgerechnet, weil ihr kein Erstattungsanspruch aus der Bezahlung für die stationäre Behandlung der Versicherten A zur Verfügung gestanden habe. Die Klägerin hätte einen Anspruch auf die volle Vergütung der Rechnung gehabt. Die für die Behandlung abzurechnende DRG-Position B44A ergebe sich zutreffend aus der Prozedur 8-550.1 nach dem OPS-Kode (2010) und der Hauptdiagnose I63.5. Insbesondere sei der OPS-Kode zu Recht verschlüsselt worden. Dies ergebe sich sowohl aus dem MDK-Gutachten vom 23. Juni 2011 als auch dem Gutachten von Prof. Dr. S. Der Gerichtsgutachter habe zwar offen gelassen, ob angesichts des Alters der Versicherten A eine Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung möglich sei. Dies beruhe aber darauf, dass er das für eine Rechtsfrage halte. In medizinischer Hinsicht komme er zu dem Ergebnis, dass die Anforderungen, die im OPS-Verzeichnis an die tatsächliche Behandlung gestellt seien, erfüllt seien. Der Abrechnung der OPS-Prozedur stehe auch nicht das zum Zeitpunkt der Behandlung bestehende Lebensalter der Versicherten von erst 59 Jahren und 10,5 Monaten entgegen. Die Kodierrichtlinien und der OPS-Katalog sähen eine Altersbeschränkung der für die Kodierung der geriatrischen Komplexbehandlung vorgehaltenen Abrechnungsziffern nicht vor. Eine starre Untergrenze in Gestalt des 60. Lebensjahres ergebe sich daraus nicht. Dem BSG sei zu folgen, soweit es betone, dass sich aus der Rechtsordnung wie auch aus den Regelwerken für den Bereich "Klinische Geriatrie" und den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern für die geriatrische Behandlung keine exakten Grenzwerte und keine genaue Altersgrenze ergäben. Maßgebend sei – so zutreffend das BSG – der medizinisch-wissenschaftliche Sprachgebrauch. Danach sei eine altersunabhängige Zuordnung von Patienten zur Geriatrie ausgeschlossen. Auch die Kammer gehe davon aus, dass gemäß dem Wortlaut des medizinischen Begriffs der Geriatrie die Abrechnungsfähigkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ein gewisses Lebensalter voraussetze, das bei etwa 60 Jahren liege und zusätzlich eine altersbedingte Multimorbidität voraussetze. Soweit das Bundessozialgericht allerdings zu dem weiteren Schluss gelangt sei, dass unterhalb eines Alters von 60 Lebensjahren von einem spezifisch geriatrischen Bedarf keine Rede sein könne, folge dem die Kammer nicht. Eine starre untere Altersgrenze ergebe sich nicht. Allein, dass tatsächlich die geriatrisch behandelten Patienten in der Regel mindestens das 65., häufig auch das 80. Lebensjahr überschritten, bedeute nicht, dass aus dem Wort "Geriatrie" eine strenge Altersgrenze abgeleitet werden könne. Es sei vielmehr nach dem medizinischen Fachverständnis auf das durch die individuellen Erkrankungen geprägte biologische Alter abzustellen. Gemäß den Abgrenzungskriterien der gemeinsamen 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. werde ein geriatrischer Patient definiert durch eine geriatrietypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter). Es habe dabei aber ausdrücklich die geriatrietypische Multimorbidität Vorrang vor dem kalendarischen Alter. Einem Verständnis i.S. einer Stichtagsregelung vermöge sich die Kammer trotz der erkennbaren Vorteile, die eine solche Vereinfachung in der Anwendung mit sich bringe, mangels entsprechender Regelungen in den Abrechnungsvorschriften nicht anzuschließen. Möglichen Abgrenzungsschwierigkeiten könne bei einem Verständnis, welches nicht auf einen Stichtag abhebe, dadurch begegnet werden, indem der OPS-Kode im lernenden System für die Zukunft fortgeschrieben werde. Die Versicherte A habe die für die Abrechnungsfähigkeit des OPS-Kodes 8-550.1 erforderliche altersspezifische Multimorbidität aufgewiesen. Dies ergebe sich aus dem gerichtlichen Gutachten des Priv. Doz. Dr. S. Ihr biologisches Alter sei nach Einschätzung des Gutachters das einer 70-jährigen gewesen. Die Aufrechnung scheitere aber auch aus anderen Gründen, denn die Rechnungskürzung sei zu spät erfolgt und einredebehaftet (i.S. von § 390 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB). Zwar sei die regelmäßige Verjährungsfrist von vier Jahren zum Zeitpunkt der Aufrechnung noch nicht abgelaufen gewesen. Der Erstattungsanspruch könne frühestens mit der erstmaligen Auszahlung entstehen. Die Rechnung der Klägerin sei im Juli 2011 bezahlt worden. Die erst im Oktober 2015 erklärte Aufrechnung sei jedoch verwirkt. Dies werde nicht allein durch die Überweisung des Rechnungsbetrags und das anschließende Nichtstun hervorgerufen. Die Beklagte habe aber ein vertrauensschutzbegründendes Verhalten gezeigt. Sie habe nach Prüfung des streitigen OPS-Kodes durch den MDK im Jahr 2010 und dem Widerspruch der Klägerin die Rechnung beglichen, weil sie dem MDK gefolgt sei. Mit dem vorbehaltlosen Ausgleich der Rechnung habe die Klägerin davon ausgehen können, dass die Beklagte eine Prüfung der Rechnung unter dem Aspekt der zutreffenden Kodierung abgeschlossen habe und keine erneuten Beanstandungen vornehmen werde. Die dennoch nach Ablauf von mehr als vier Jahren erfolgte neue Prüfung und Verrechnung widerspreche dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB).

Die Beklagte hat gegen das ihr am 16. Oktober 2017 zugestellte Urteil am 9. November 2017 Berufung eingelegt. Das BSG habe in der Entscheidung vom 23. Juni 2015 ([B 1 KR 26/14 R](#)) ausgeführt, dass unterhalb eines Alters von 60 Jahren von einem spezifisch geriatrischen Bedarf bei Patienten keine Rede sein könne. Außerdem liege hinsichtlich des streitigen Erstattungsanspruchs keine Verwirkung vor. Als ergänzende Regelung zur gesetzlich bestimmten Verjährung passe das Rechtsinstitut nicht. Es fehlten die für die Verwirkung konstitutiven besonderen Umstände, konkret ein vertrauensbegründendes Verhalten der Beklagten. Dieses liege nicht im bloßen Zeitablauf. Ein Krankenhaus könne nicht darauf vertrauen, dass die Krankenkasse innerhalb der Verjährung rechtsgrundlos geleistete Krankenhausvergütung nicht zurückfordern werde. Daran ändere der Umstand nichts, dass die Beklagte bis zur Entscheidung des BSG vom 23. Juni 2015 ([B 1 KR 21/14 R](#)) geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung auch bei Versicherten akzeptiert habe, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hätten. Vor Eintritt der Verjährung sei die Beklagte nicht gehindert, ihre Rechtseinschätzung zu ändern. Außerdem seien Vorkehrungen der Klägerin nicht erkennbar, die diese im Vertrauen auf ein Verhalten der Beklagten getroffen hätte, so dass durch die späte Geltendmachung des Erstattungsanspruchs kein für sie unzumutbarer Nachteil entstehe. Der MDK habe in seinem Gutachten aus 2011 lediglich festgestellt, dass die formalen Kriterien des OPS-Kode 8-550.1 erfüllt seien. Er habe gerade nicht festgestellt, dass die Notwendigkeit einer geriatrischen Komplexbehandlung vorgelegen habe.

Der 1. Senat des LSG Berlin-Brandenburg habe die Auffassung der Beklagten in einem vergleichbaren Sachverhalt bestätigt ([L 1 KR 115/17](#)), gegen das Urteil sei Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt ([B 1 KR 58/20 B](#)). Über eine weitere Nichtzulassungsbeschwerde zu dem Thema habe das BSG bereits entschieden und sie am 30. Juli 2019 als unzulässig verworfen ([B 1 KR 90/18 B](#)). Auch dadurch sehe sie sich in ihrer Auffassung bestätigt.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 25. September 2017 aufzuheben und die Klage der Klägerin abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Sozialgericht sei aufgrund eines medizinischen Sachverständigengutachtens zu dem Ergebnis gelangt, dass die medizinischen Voraussetzungen der rehabilitativen Komplexbehandlung vorgelegen hätten. Allein der Hinweis auf das Judikat des BSG sei nicht weiterführend, weil stets der konkrete Behandlungsfall zu beurteilen sei. Der besondere geriatrische Bedarf sei bei der Patientin gegeben gewesen. Außerdem sei die Entscheidung des BSG in mehrfacher Hinsicht nicht nachvollziehbar. Eine starre Altersgrenze widerspreche der modernen Auffassung des Menschen, dessen Erkrankungen und Beeinträchtigungen sich nicht in ein kalendarisches Korsett pressen ließen. Die Definition der tatbestandlichen OPS-Voraussetzungen falle nicht in die Zuständigkeit des BSG, zumal der streitige Kode bis dato nicht geändert oder weiter konkretisiert worden sei. Außerdem habe das Sozialgericht zutreffend die Voraussetzungen der Verwirkung bejaht, denn die von der Beklagten veranlasste Kodierprüfung setze der Verrechnung mehrere Jahre später enge Grenzen. Die Beklagte habe außerdem keine Aufrechnungserklärung abgegeben.

Der Senat hat die Patientenakte beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten nimmt der Senat im Übrigen auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs und der Gerichtsakte Bezug.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat zu Recht der Klage der Klägerin stattgegeben. Die Klägerin hat noch einen offenen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte.

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im bestehenden Gleichordnungsverhältnis zur Beklagten zulässig. Sie ist begründet, weil der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlung in Höhe von 5.548,52 Euro nicht erloschen ist. Die Beklagte hat in dieser Höhe nicht wirksam mit einem Erstattungsanspruch aus der Abrechnung der Behandlung der Versicherten aufgerechnet hat.

1. Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anfang Oktober 2015 Anspruch auf die abgerechnete Vergütung weiterer 10.875,71 Euro hatte. Eine nähere Prüfung dieser Ansprüche erübrigt sich (zu diesem Vorgehen vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017, [B 1 KR 19/17 R](#) Rn. 7, juris).

2. Dieser (andere) Vergütungsanspruch ist in Höhe eines Betrags von 5.327,18 Euro durch Erfüllung erloschen, nämlich durch die Zahlung am 6. Oktober 2015 ([§ 362 Abs. 1 BGB](#)). Zwar hat die Beklagte bereits am 5. Oktober 2015 eine Aufrechnung in Höhe des gesamten offenen Vergütungsanspruchs – 10.875,71 Euro – mit einem Erstattungsanspruch erklärt. In Höhe von 5.327,18 Euro konnte sie damit aber bereits deshalb keine wirksame Aufrechnung herbeiführen, weil sie nach ihrem eigenen Dafürhalten und entsprechend ihrer Ankündigung vom 22. September 2015 in dieser Höhe keinen Erstattungsanspruch aus der Zahlung für die stationäre Behandlung der Versicherten A erlangt haben konnte. Im Hinblick auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung der Versicherten hat sie eine im Jahr 2011 erfolgte rechtsgrundlose Zahlung in Höhe von 5.548,52 Euro vorgetragen und die Aufrechnung in dieser Höhe auch nachvollziehbar angekündigt. Ausgehend davon erfolgte die Zahlung im Jahr 2011 im Übrigen, d.h. in Höhe von 5.327,18 Euro, dagegen unstreitig zu Recht. Die Aufrechnungserklärung vom 6. Oktober 2015 ging in dieser Höhe somit ins Leere.

3. In Höhe des (weiteren) Betrags von 5.548,52 Euro ist der Vergütungsanspruch nicht durch Aufrechnung erloschen.

a. Die Beklagte hat die Aufrechnung mit einer Erstattungsforderung in dieser Höhe zwar am 5. Oktober 2015 wirksam erklärt. Die Erklärung erfolgt als empfangsbedürftige einseitige Willenserklärung nach [§ 388 Abs. 1 BGB](#) gegenüber dem anderen Teil und muss hinreichend bestimmt die Haupt- und Gegenforderung bezeichnen. Sie muss aber nicht ausdrücklich abgegeben werden, es genügt, wenn der Aufrechnungswille (ggf. durch Auslegung zu ermitteln) erkennbar ist. Die Beklagte hat zunächst angekündigt, mit welcher Forderung sie aufrechnen wird und im Rahmen der Ausgabe-Sammelanzahlung mit der Auflistung der Rechnungsnummern und Rechnungsdaten hinreichend deutlich die laufenden Vergütungsforderungen bezeichnet, gegen die sie mit dem Rechnungsbetrag aus der Rechnung vom 1. März 2010 aufrechnete (zur Maßgeblichkeit des Zahlungsvertrags Sammelrechnung, vgl. BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 9/16 R](#), Rn. 29/30, juris).

b. Die Aufrechnungserklärung brachte die Vergütungsforderung der Klägerin in Höhe von 5.548,52 Euro deshalb nicht zum Erlöschen, weil der Anspruch der Beklagten, mit dem sie die Aufrechnung begründete, jedenfalls einredebehaftet ist. Dies steht einer wirksamen Aufrechnung entgegen ([§ 390 BGB](#)). Das hat das Sozialgericht zutreffend erkannt. Es spricht einiges dafür, dass die Beklagte Inhaberin eines Erstattungsanspruchs in der bezeichneten Höhe ist.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem gemäß § 108 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass die Behandlung erforderlich und wirtschaftlich ist. Diese

Voraussetzungen waren dem Grunde nach erfüllt. Die Versicherte A wurde über die Rettungsstelle der Klinik wegen eines Mediainsultes rechts bei cerebraler Mikroangiopathie in die Klinik stationär aufgenommen. Dass die stationäre Aufnahme und Versorgung an sich erforderlich und wirtschaftlich war, stellt der MDK nicht in Abrede. Dies ergibt sich auch aus den Feststellungen des erstinstanzlichen Gutachters Priv. Doz. Dr. S (vgl. Gutachten vom 9. Januar 2017, S. 9 und 16).

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (in der Fassung vom 26. März 2007) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der Fassung vom 17. März 2009). Der Anspruch wird durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPVen) und von der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) zertifizierte Gruppierungsprogramme (§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2010) konkretisiert.

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, neben den Kodierrichtlinien und der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) zudem die Klassifikation des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen OPS (hier in der Version 2010). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind.

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen einschließlich der hierzu vereinbarten Anwendungsregeln sind wegen ihrer Funktion, die zahlreichen Behandlungsfälle routinemäßig abzuwickeln, im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017, [B 1 KR 19/17 R](#) Rn. 31/32, juris).

Die Klägerin durfte unter Zugrundlegung dieser Maßstäbe die Prozedur OPS 8-550.1 nicht kodieren, die zusammen mit der kodierten Hauptdiagnose ICD-10-GM I63.5 (Hirnfarkt) sowie den weiteren kodierten Nebendiagnosen, u.a. ICD-10-GM G46.0 (Arteria-cerebri-media-Syndrom), die Fallpauschale DRG B44A ansteuert.

aa. Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 23. Juni 2015 ([B 1 KR 21/14 R](#)) ist der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der stationären Behandlung der Versicherten A im Jahre 2010 in Höhe eines Teilrechnungsbetrags von 5.548,52 Euro bereits deshalb nicht entstanden, weil die Versicherte seinerzeit das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Die frühgeriatrische rehabilitative Komplexbehandlung setzt mit dem Begriff der "Geriatric" voraus, dass die behandelte Patientin zwingend das 60. Lebensjahr vollendet haben muss (so BSG, Urteil vom 23. Juni 2015, [B 1 KR 21/14 R](#) Rn. 17 ff., insbesondere Rn. 20, juris). Da die Versicherte A das 60. Lebensjahr – wenn auch knapp – während der stationären Behandlung im Jahr 2010 noch nicht erreicht hatte, sondern noch 59 Jahre alt war, genügte ihre Behandlung gemäß der o.g. Rechtsprechung bereits deshalb nicht den Anforderungen des OPS-Kodes 8-550.1 (BSG, aaO, Rn. 20).

bb. Selbst wenn zugunsten der Klägerin davon ausgegangen wird, dass auch ein Alter von nahezu 60 Jahren bei einem entsprechenden multimorbiden Krankheitsbild eine frühgeriatrische rehabilitative Komplexbehandlung i.S. des OPS-Kodes rechtfertigen kann, bestand kein Vergütungsanspruch, denn die Klägerin dokumentierte das für die Prozedur Erforderliche über die Behandlung der Versicherten nicht hinreichend. Die Kodierung von OPS 8-550.1 erfordert (in der Version 2010) nach dem vor die Klammer gezogenen vierstelligen Code 8-550 die Erfüllung u.a. folgender "Mindestmerkmale":

-Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatric" erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.

-Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität).

-Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).

-Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

-Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.

-Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Für die Kodierung von OPS 8-550.1 sind außerdem mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten notwendig.

Zu dokumentieren sind, ausgehend von diesen Bestimmungen, 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. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Die Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen unter dokumentiert fachärztlicher Behandlungsleitung. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle einzelnen Teammitglieder an der

wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Es muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzertierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählen die Ärzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihren Berufsgruppen zu bezeichnen. Denn OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Code ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet. Die Team-Abstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Der OPS fordert bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergibt und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf besteht (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) –, [BSGE 125, 91](#)-104, Rn. 34 – 36, juris).

Die Dokumentation gehört bereits nach dem Wortlaut der OPS-Ziffer neben der Komplexbehandlung selbst zum Inhalt der Leistung. Liegt sie nicht vor, kann sie auch später nicht nachgeholt werden, indem nachträglich z.B. im Klage- oder Berufungsverfahren noch behauptet wird, wer an der jeweiligen Teamsitzung teilgenommen haben soll. Der Senat hat bereits zur Dokumentation der vergleichbaren OPS-Ziffer der multimodalen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson (OPS-Ziffer 8.97d) ausgeführt:

"Selbst wenn das Regelwerk in Gestalt der OPS-Ziffer 8-97d ausdrücklich weder das Führen eines Protokolls noch das Abzeichnen eines Teambesprechungsprotokolls durch alle anwesenden Teammitglieder verlangt, muss doch irgendwie deutlich werden, ob eine Teambesprechung unter Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte) stattgefunden hat. Erforderlich ist zumindest eine nach Therapierichtungen differenzierende kurze und stichpunktartige Zusammenstellung der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele, um den Voraussetzungen der OPS-Ziffer 8-97d zu genügen (vgl. insoweit auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 14. Dezember 2016, [L 5 KR 4875/14](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 40 [geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung])." (Urteil des Senats vom 14. Juni 2017 – [L 9 KR 203/14](#) –, Rn. 39, juris)

Ausgehend davon werden die von OPS 8-550 an die wochenbezogene Dokumentation gestellten Anforderungen durch die in der Patientenakte vorhandene wochenbezogene Dokumentation der Klägerin (Klägerisches Formular: "Teambesprechung") nicht erfüllt. In dieser werden nicht bei jeder wöchentlichen Teambesprechung alle Berufsgruppen aufgeführt. So fehlt für den 11. und 18. Februar 2010 jeweils der Therapiebereich Psychologie, am 11. Februar 2010 zusätzlich auch noch die Logopädie (S. 16/17 der Patientenakte). Auch werden wochenbezogene Behandlungsziele nicht konsequent genannt, Therapieansätze und -erfolge werden eher pauschal aufgeführt. Der Ist-Zustand wird am 11. Februar 2010 wie auch am 18. Februar 2010 nur partiell beschrieben. Unter dem Bereich "Sozialarbeit" ist in der ersten Woche (ab dem 11. Februar 2010) lediglich aufgenommen "Verlauf abwarten", in der darauffolgenden Teambesprechung am 18. Februar 2010 dann der Hinweis "Patientin lehnt AHB ab" (Seite 16/17 der Patientenakte).

Im Hinblick auf den Leistungscharakter der Dokumentation (dazu oben) konnte diese im Hinblick auf die Anwesenheit aller Therapiebereiche in den Teamsitzungen nicht im Berufungsverfahren noch durch Benennung quasi nachgeholt werden (so im Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 11. Juni 2018).

cc. Letztlich muss der Senat im vorliegenden Fall weder entscheiden, ob er der Rechtsprechung des BSG zu der starren Altersgrenze als zwingende Voraussetzung für die rechtmäßige Abrechnung des OPS-Kodes 8-550.1 unterschiedslos folgt noch, ob von der strengen Pflicht zur Dokumentation der teilnehmenden Berufsgruppen in der Teambesprechung im Einzelfall abgewichen werden könnte. Denn einer Erstattungsforderung der Beklagten steht hier ausnahmsweise der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen ([§ 242 BGB](#)). Krankenhausträger und Krankenkassen sind durch den öffentlich-rechtlichen Rechtsrahmen des gesamten Leistungserbringerrechts einerseits zur Herstellung des jeweils maßgeblichen rechtmäßigen Zustandes verpflichtet. Andererseits sind sie aber auch zu einer engen Kooperation im Sinne einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und gegenseitigen Rücksichtnahme im Interesse der zu versorgenden GKV-Versicherten verpflichtet (BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 15/19 R](#) – Terminbericht Nr. 28/20). Dies führt dazu, dass die Klägerin darauf vertrauen durfte, dass die Beklagte im Herbst 2015 – unter Berufung auf die zuvor ergangene Entscheidung des BSG aus demselben Jahr – ihre bereits 2011 entstandene Erstattungsforderung nicht mehr geltend macht.

Die Klägerin durfte darauf vertrauen, dass die Beklagte die Prüfung der Abrechnung des Behandlungsfalles im Jahr 2011 bereits abgeschlossen hatte. Sie musste nicht damit rechnen, dass die Beklagte im Nachgang der Entscheidung des BSG vom 23. Juni 2015 zur Auslegung des OPS-Kodes 8-550 ihre 2011 erfolgte Zahlung an die Klägerin erneut prüfen würde. Das Vertrauen wird in dem Dauerrechtsverhältnis der Beteiligten durch zweierlei begründet: zum einen hat die Beklagte bereits 2010 eine Kodierprüfung für den Behandlungsfall veranlasst. Diese endete mit dem MDK-Gutachten vom 23. Juni 2011. In der Folge dieses positiven Votums des MDK beglich die Beklagte auf den Einspruch der Klinik hin den Gesamtrechnungsbetrag und auch die Aufwandspauschale gemäß [§ 275c Abs. 1 SGB V](#). Zwar kann allein die schlichte (vorbehaltlose) Zahlung in der Rechtsbeziehung Krankenhaus – Krankenkasse kein Vertrauen dergestalt begründen, dass die Krankenkasse nicht noch weitere Prüfungen der Leistung oder der Abrechnung veranlasst und dann im Rahmen der Verjährungsfrist Erstattungsforderungen geltend macht (so BSG, Beschluss vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 90/18 B](#) – Rn. 9 für das bloße Zuwarten). Die Beklagte hat aber eine Zahlung nach Einspruch des Krankenhauses und nach Einholung eines MDK-Gutachtens zur Frage, ob die Kodierung und insbesondere die übermittelten OPS zutreffen, geleistet. Ferner hat sie mit der Zahlung auf die Rechnung auch die Aufwandspauschale gemäß [§ 275c SGB V](#) an das Krankenhaus gezahlt. Diese Zahlung wird fällig, falls die Prüfung des MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Zahlt die Krankenkasse nach Einschaltung des MDK und nachfolgender vollständiger Zahlung des Rechnungsbetrags einer Krankenhausbehandlung auch die Aufwandspauschale, begründet das bei dem Krankenhaus das Vertrauen, dass die (Kodier-)Prüfung damit (endgültig) abgeschlossen ist. Die Klägerin konnte somit den berechtigten Eindruck gewinnen, für die Beklagte sei nunmehr – Mitte 2011 – der Abrechnungsvorgang betreffend die Kodierung abgeschlossen. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob die Klägerin (oder die Klinik) konkret das MDK-Gutachten vom 23. Juni 2011 mit der dort niedergelegten Auffassung auch seinerzeit zur Kenntnis erhielt. Der Verwaltungsakte lässt sich nicht entnehmen, ob das Gutachten der Klägerin oder dem Krankenhaus zeitnah übersandt wurde. Das Vertrauen der Klägerin wurde schließlich auch dadurch begründet, dass die Beklagte – auch nach eigenem Bekunden – bis zur



Entscheidung des BSG vom Juni 2015 in allen Fällen der Kodierung der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung die Zahlung der Vergütung nicht von der Erreichung eines Mindestalters der Patienten abhängig gemacht hatte. Auch auf diese langjährige Verwaltungspraxis konnte die Klägerin vertrauen. Einer Erstattungsforderung, die 2015, vier Jahre später, geltend gemacht wird, steht in diesem Rechtsverhältnis mithin der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen.

Soweit das BSG noch in dem Beschluss vom 30. Juli 2019 ([B 1 KR 90/18 B](#)) der Auffassung war, die Frage, unter welchen Voraussetzungen Einwendungen und Einreden gegen Erstattungsforderungen von Krankenkassen begründet seien, sei "geklärt", so bezog es sich dabei speziell auf das Rechtsinstitut der Verwirkung (als einer Ausprägung von [§ 242 BGB](#)). Darum geht es vorliegend aber nicht, sondern um eine Einrede eigener Art aus einem Rechts- und Vertrauensverhältnis, begründet in [§ 242 BGB](#). Darüber hinaus unterscheidet sich der vorliegende Fall dadurch, dass sich das Verhalten der Beklagten gerade nicht in einem schlichten Nichtstun erschöpfte. Der Fall gleicht vielmehr demjenigen, in dem das BSG die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen seitens der Krankenkassen, die rückwirkend im Hinblick auf eine geänderte BSG-Rechtsprechung erhoben wurden, unter Berufung auf [§ 242 BGB](#) eingeschränkt hat. So hatte das BSG erstmals in seiner Rechtsprechung vom 1. Juli 2014 ausgeführt, dass Krankenkassen Aufwandspauschalen i.S. des [§ 275c SGB V](#) an den Krankenhausträger nur bei Auffälligkeitsprüfungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung (Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung) zu zahlen hätten, nicht aber in Fällen der Prüfung sachlich-rechnerischer Richtigkeit der Abrechnung (BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) -, [BSGE 116, 165-172 Rn. 21 ff](#)). Die Krankenkassen sind aber mit Erstattungsansprüchen für solche rechtsgrundlos gezahlten Aufwandspauschalen ausgeschlossen, die sie für Zeiträume vor einer möglichen Rezeption des BSG-Urteils geleistet haben (BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - [B 1 KR 15/19](#) - Terminbericht Nr. 28/20). Schließt der Vertrauensschutz, den eine langjährige Zahlungspraxis der Krankenkassen für die Aufwandspauschalen begründet, die Rückerstattung aus, so gilt dies erst recht für die Hauptleistung, die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung. So liegt der Fall hier.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision im Hinblick auf die grundsätzliche Bedeutung der Sache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2020-10-05