

## **B 1 KR 21/20 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 2154/15  
Datum  
23.01.2018  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 25/18  
Datum  
28.05.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 21/20 R  
Datum  
17.12.2020  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Für die Kodierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist regelmäßig ein Alter von 70 Jahren erforderlich, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben (Bestätigung von BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 21/14 R](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 46).

2. Ist eine Klassifikation nicht so präzise formuliert, dass ihre Bedeutung bei fehlender Definition oder normativer Bezugnahme auch nicht aus einem medizinisch-wissenschaftlichen Begriffsverständnis für den jeweiligen Fachkreis ohne Weiteres ersichtlich ist, ist der Kern des verwandten Begriffs maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergibt.

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 28. Mai 2020 und des Sozialgerichts Hamburg vom 23. Januar 2018 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2236,50 Euro zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten in allen Rechtszügen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2236,50 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Beklagte ist Trägerin eines Krankenhauses, das nach [§ 108 SGB V](#) zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Dort wurde in der Zeit vom 8.2. bis 1.3.2011 der bei der klagenden Krankenkasse versicherte, am 7.2.1956 geborene E (im Folgenden: Versicherter E) vollstationär behandelt. Die Beklagte stellte der Klägerin am 4.3.2011 für diese Behandlung einen Betrag von 6305,07 Euro in Rechnung. Dem lag die Fallpauschale (Diagnosis Related Group <DRG>) K44Z (*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*) auf Grundlage der Kodierung insbesondere der Hauptdiagnose ICD-10 E11.75 (*nicht primär insulinabhängiger Diabetes Mellitus Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet*), und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550.1 (*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*) zugrunde. Die Klägerin bezahlte die Rechnung zunächst in voller Höhe und beanstandete sie nicht.

3

Mit Urteil vom 23.6.2015 ([B 1 KR 21/14 R](#)) entschied der 1. Senat des BSG, dass für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen ein

Mindestalter der Versicherten von 60 Jahren erforderlich sei. Daraufhin bat die Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom 14.12.2015 um eine Rechnungskorrektur, weil diese den OPS 8-550.1 fehlerhaft kodiert habe. Der Versicherte E sei zum Zeitpunkt der Behandlung noch keine 60 Jahre alt gewesen. Die Beklagte lehnte eine Neuberechnung ab.

4

Die dagegen am 23.12.2015 erhobene, auf Zahlung von 2236,50 Euro gerichtete Klage hat das SG abgewiesen. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Klägerin auf Reduzierung der bereits gezahlten Krankenhausrechnung scheiterte daran, dass die Prüfung erst etwa viereinhalb Jahre nach Rechnungslegung und vollständigem Rechnungsausgleich eingeleitet worden sei. Zu diesem Zeitpunkt sei ein möglicher Erstattungsanspruch wegen überzahlter Krankenhausvergütung bereits verwirkt gewesen (*Urteil vom 23.1.2018*).

5

Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Zwar sei die Forderung nicht verwirkt. Die Beklagte habe jedoch zu Recht die DRG K44Z abgerechnet und dabei insbesondere zutreffend die Prozedur 8-550.1 nach dem OPS 2011 kodiert. Die Klägerin könne dagegen nicht mit Erfolg einwenden, eine geriatrische Behandlung des seinerzeit nur 55-jährigen Versicherten sei schon wegen seines Alters ausgeschlossen. Der Senat folge der Entscheidung des BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 21/14 R](#) - nicht, weil OPS 8-550.1 ein Mindestalter für die Abrechnung einer geriatrischen Behandlung nicht vorgebe (*Urteil vom 28.5.2020*).

6

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [§ 39 Abs 1 Satz 3](#), [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#), [§ 17b Abs 1 Satz 10 KHG](#), [§ 7 Satz 1 Nr 1](#), [§ 9 Abs 1 Nr 1 KHEntg iVm OPS \(2011\) 8-550.1](#). Das Patientenalter des Versicherten E von unter 60 Jahren schließe eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung aus. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch sei auch nicht verwirkt. Nach einem den Zinsanspruch betreffenden Teil-Unterwerfungsvergleich

beantragt die Klägerin,

die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 28. Mai 2020 und des Sozialgerichts Hamburg vom 23. Januar 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2236,50 Euro zu zahlen.

7

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

9

Die zulässige Revision der klagenden Krankenkasse ist begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen und das LSG die dagegen gerichtete Berufung zurückgewiesen. Die auf Erstattung des ohne Rechtsgrund an das beklagte Krankenhaus gezahlten Betrages von 2236,50 Euro gerichtete echte Leistungsklage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse gemäß [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig (*stRspr*; vgl zB BSG vom 30.6.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12 mwN\). Sie ist auch begründet \(\*dazu 1.\*\). Einwendungen und Einreden gegen den Anspruch greifen nicht durch \(\*dazu 2.\*\).](#)

10

1. Das Krankenhaus konnte für die Behandlung des Versicherten E Vergütung lediglich nach Maßgabe der DRG K60B (4068,47 Euro) beanspruchen und nicht nach Maßgabe der abgerechneten und bezahlten DRG K44Z (6305,07 Euro). Daraus ergibt sich bei Berücksichtigung in nicht eingeklagten 0,10 Euro ein Erstattungsanspruch in Höhe von 2236,50 Euro (*zum Erstattungsanspruch vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 11 mwN](#); BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, RdNr 10*).

11

Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die unstrittig erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten E zu, den [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#), [§§ 7 f KHEntg](#) und [§ 17b KHG](#) als selbstverständlich voraussetzen und konkretisieren (*stRspr*; vgl zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 mwN](#); BSG vom 19.3.2020 - [B 1 KR 22/18 R](#) - *juris RdNr 11 mwN*).

12

Die Voraussetzungen des OPS 8-550.1, der die höher vergütete DRG K44Z ansteuert, lagen jedoch nicht vor (*hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des OPS vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3752, in*

Kraft getreten am 1.1.2011; zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Groupierungsvorgangs und zur Rechtsqualität des OPS vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 ff; BSG vom 19.6.2018 - [B 1 KR 39/17 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 13, 17). Denn der Versicherte E war im konkreten Fall aufgrund seines Alters von seinerzeit nur 55 Jahren nicht geriatrisch frührehabilitativ zu behandeln.

13

Die Kodierung des OPS (2011) 8-550 setzt nach der Rspr des Senats eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung voraus, für die neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben zu fordern ist (so BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 21/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 20). Hieran hält der Senat in Anwendung der maßgeblichen Auslegungsgrundsätze fest.

14

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 16/19 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, juris RdNr 17, jeweils mwN).

15

a) Alle OPS (2011) 8-550, die sich im Weiteren nur anhand der Behandlungsdauer und der Anzahl der therapeutischen Einheiten unterscheiden, sind überschrieben als "geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen". Sie formulieren nach dem einleitenden "Hinweis" als Exklusivum die "Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.), Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.) und die Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)" und setzen als eines der Mindestmerkmale eine "Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich)" voraus.

16

Schon anhand des Wortlauts der konkreten OPS-Bezeichnung selbst, aber auch aus der Definition der Behandlungsleistung des geriatrischen Behandlungsteams folgt, dass es um eine geriatrische Behandlung der Patienten geht. Wann jedoch eine geriatrische Behandlung vorliegt, wird für den Bereich der Krankenhausvergütung nach wie vor weder durch den OPS noch an anderer Stelle durch normative Vorgaben ausdrücklich definiert (vgl zum 2005 geltenden Recht schon ausführlich BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 21/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 17). Aus der Begriffswahl "geriatrisch" folgt aber zwingend, dass das Alter des Patienten maßstabsbildend ist. Konkretere Angaben dazu, wer im Sinne der OPS (2011) 8-550 alt ist, ist jedoch dem OPS nicht zu entnehmen. Dies ergibt sich auch nicht anhand eines vom OPS ausdrücklich oder implizit in Bezug genommenen, normativ determinierten Begriffsverständnisses (dazu b) oder anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs (dazu c). Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (dazu d). Der Lösungsansatz des LSG verwendet dagegen einen vom OPS-Wortlaut nicht gedeckten eigenständigen Maßstab (dazu e).

17

b) Geriatrie ist in einem allgemeinen Begriffsverständnis die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen (vgl Wikipedia, unter "<https://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>"; vgl griechisch γέρων <geron>, Substantiv: der Alte, der Greis, Adjektiv: bejahrt, betagt, <https://www.gottwein.de/GrWk/Gr01.php?qu=%CE%B3%CE%AD%CF%81%CF%89%CE%BD&ab=Hui>; beide abgerufen am 16.12.2020). Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie eV (DGG) übersetzt den Begriff der Geriatrie daher auch mit "Altersmedizin" (vgl die Ausführungen zu "Was ist Geriatrie" der Internetseite der DGG, abrufbar unter <https://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html>, abgerufen am 16.12.2020; so im Übrigen auch Wikipedia, <https://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>).

18

Für das Krankenhausvergütungsrecht gibt es aber - nach wie vor und so auch im hier maßgeblichen Abrechnungszeitraum 2011 - keine normative Festlegung auf die Eingrenzung geriatrischer Behandlung (vgl anders im vertragsärztlichen Bereich die Vereinbarung nach [§ 118a SGB V \[Geriatrische Institutsambulanzen - GIA\] idF aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß § 118a SGB V vom 15.7.2015, dort § 2; dazu noch später](#)). OPS (2011) 8-550 setzt den Begriff der Geriatrie voraus, ohne ihn zu konkretisieren.

19

Soweit dort auf die Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung "Klinische Geriatrie" abgestellt wird, können auch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern maßstabsbildend herangezogen werden, die jedoch ebenfalls keine Konkretisierung des Geriatriebegriffs enthalten: Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie umfasst nach der Muster-Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer in der 2011 maßgeblichen Fassung "in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit". Weiterbildungsinhalt ist ua der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters. Entsprechend sind auch die landesrechtlichen Weiterbildungsordnungen ausgestaltet (vgl nur die Regelungen der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.2.2005, hier in der maßgeblichen Fassung vom 1.9.2008). Entsprechendes gilt im Übrigen auch mit Blick auf die Weiterbildungsordnungen derjenigen Bundesländer, die mittlerweile einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingerichtet haben.

20

Systematisch lässt sich OPS (2011) 8-550 darüber hinaus entnehmen, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung von den anderen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (insbesondere der neurologisch-neurochirurgisch bedingten Frührehabilitation) abzugrenzen ist. Daraus lässt sich jedoch unmittelbar ebenfalls nur ableiten, dass die Komplexbehandlung nach Maßgabe von OPS (2011) 8-550 altersbedingt erfolgen muss, ohne im Weiteren Abgrenzungskriterien vorzugeben (vgl. *entsprechend schon BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 16*). Konkretisierungen lassen sich im Übrigen weder der FPV entnehmen, noch ergibt sich anhand des 2011 geltenden ICD-10-GM-Katalogs eine Eingrenzung geriatrischer Behandlungsfälle. Schließlich legt auch das landesrechtliche Krankenhausplanungsrecht für das hier maßgebliche Jahr 2011 keine präzisen, bundeseinheitlichen Vorgaben für begründende Grenzen zugrunde.

21

Der Blick in die vertragsärztlichen Vergütungsregelungen führt ebenfalls nicht weiter. Dabei bleibt dahingestellt, ob und inwieweit überhaupt die unterschiedlichen Regelungskreise in diesem Zusammenhang eine gegenseitige Maßstabsbildung erlauben (vgl. zur *grundsätzlich bereichsspezifischen Ausgestaltung der Regelungen zB BSG vom 29.6.2017 - B 3 KR 16/16 R - BSGE 123, 268 = SozR 4-2500 § 129 Nr 12, RdNr 18*). Denn der für das vorliegende Abrechnungsjahr 2011 relevante Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthielt ohnehin nur in 03240 (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) eine einzelne Ausgestaltung geriatrischer Behandlung. Dieser waren jedoch keinerlei definitorische Ansätze, sondern nur Behandlungsformen zu entnehmen. Soweit mittlerweile sowohl für die hausärztliche ambulante Behandlung als auch für die hinzugetretenen geriatrischen Institutsambulanzen nach [§ 118a SGB V](#) (GIA) Eingrenzungskriterien für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen Behandlung existieren, sind diese für den hier maßgeblichen Abrechnungszeitraum nicht relevant. Zudem sind sie nicht einheitlich konzipiert. Die Vereinbarung nach [§ 118a SGB V](#) zur GIA (*idF aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes vom 15.7.2015*) gibt in "§ 2 Patientengruppe" vor, dass nur Patienten in Betracht kommen, die "aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben (...) und die die folgenden Kriterien erfüllen: 1. ein höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) und 2. geriatritypische Morbidität (...)." Dagegen ist die Definition in Ziffer "3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung" EBM weiter gefasst. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 ist danach, dass Patienten entweder ein "Höheres Lebensalter" (ab vollendetem 70. Lebensjahr) (haben) und "geriatritypische Morbidität (...) und/oder (...) einen Pflegegrad" aufweisen, oder - "auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben" - an bestimmten Krankheiten (Demenz, Alzheimer, Parkinson) erkrankt sind. Schon aufgrund ihrer unterschiedlichen Ansätze könnte aus diesen Vorgaben kein Maßstab für das Krankenhausvergütungsrecht gewonnen werden. Vor allem aber wird deutlich, dass der Begriff der Geriatrie in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlichen Definitionen zugänglich ist und solche definitorischen Vorgaben auch geschaffen worden sind, an denen es für den Bereich der Krankenhausvergütung aber gerade fehlt.

22

c) Der mangels normativer definitorischer Vorgaben maßgebliche Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne ihres medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauchs zu verstehen sind (vgl. *BSG vom 19.7.2012 - B 1 KR 65/11 B - SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 18; BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 18*), führt ebenfalls nicht zu einem klaren Maßstab.

23

Der vom DIMDI herausgegebene OPS ist dadurch charakterisiert, dass er Operationen und Prozeduren unter Verwendung medizinischer Begriffe definiert und strukturiert. Die Inkorporierung dieser Klassifikation in die Vergütungsvorschriften bedeutet, dass den medizinischen Begriffen des OPS der Sinngehalt zukommt, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird. Anderes gilt nur, soweit die Vertragsparteien etwas anderes ausdrücklich bestimmen, was hier nicht erfolgt ist. Dieser den Regelungsgehalt determinierende Sprachgebrauch kann wie eine Tatsache als Vorfrage für die Auslegung im gerichtlichen Verfahren durch Beweiserhebung ermittelt werden (vgl. *BSG vom 19.7.2012 - B 1 KR 65/11 B - SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 18; BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 18*).

24

Eine klare medizinisch-wissenschaftliche Übereinkunft darüber, an welches Verständnis vom Alter eine geriatrische Behandlung gebunden ist, ist von vornherein nicht erkennbar. Nach der WHO ist Geriatrie der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten "beim älteren Menschen" beschäftigt (vgl. *WHO, Health of the Elderly, 1989*). Die DGG, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie eV (DGGG) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Einrichtungen (BAG) haben 2007 gemeinsam eine Definition des geriatrischen Patienten ausgearbeitet, die auf eine "geriatritypische Multimorbidität" und "ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter)" oder "auf ein Alter größer oder gleich 80 Jahren" und eine "alterstypisch erhöhte Vulnerabilität" abstellt (vgl. *die Ausführungen zu "Was ist Geriatrie" der Internetseite der DGG, <https://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html>, abgerufen am 16.12.2020; vgl. dazu auch "Was ist Geriatrie" der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 1991*). Einen etwas anderen Schwerpunkt setzt die Definition der Geriatric Medicine Section der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS; vgl. *die am 3.5.2008 in Malta formulierte und am 6.9.2008 in Kopenhagen konsentierete* Definition: [http://www.uemseriaticmedicine.org/documents/important\\_documents/geriatric\\_medicine\\_definition\\_english\\_and\\_french.pdf](http://www.uemseriaticmedicine.org/documents/important_documents/geriatric_medicine_definition_english_and_french.pdf); abgerufen am 16.12.2020). Danach ist Geriatrie die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Hauptziel der Behandlung sei die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Die geriatrische Medizin sei zwar nicht spezifisch altersdefiniert; sie konzentriere sich jedoch auf typische bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten seien über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitierten, seien in der Regel 80-jährig und älter. Anhand dieser Definitionen wird ein Altersbezug deutlich, ohne diesen jedoch hinreichend zu konkretisieren (vgl. insbesondere die UEMS: "nicht spezifisch altersdefiniert").

25

d) In einer solchen Konstellation ist es vornehmlich Aufgabe des DIMDI, bzw jetzt des BfArM, Klassifikationen, die funktionsbedingt einen hohen fachsprachlichen Grad aufweisen müssen, so präzise zu formulieren, dass ihre Bedeutung für den jeweiligen Fachkreis ohne Weiteres ersichtlich ist. Daneben bleibt es den Vertragsparteien unbenommen, auch jenseits des § 19 KHG Auslegungsprobleme vertraglich verbindlich zu regeln, wenn der Klassifikationsgeber diesen Anforderungen nicht entsprochen hat.

26

Solange es daran aber fehlt und sich wie hier kein eindeutiges fachliches Verständnis des verwendeten Wortes ermitteln lässt, ist der Begriffskern des Wortes maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergibt. Dies gebietet der Vorrang der engen Wortlautauslegung. Der Senat verbleibt unter diesem Gesichtspunkt bei seiner Rechtsauffassung, dass die geriatrische Behandlung eine Altersuntergrenze von mindestens 60 Jahren zwingend voraussetzt. Ihrem Begriffskern nach kann eine "Altersbehandlung" ("*geron*": *der Alte, der Greis, bejahrt, betagt, s oben*) nur Personen betreffen, die in einem gesamtgesellschaftlichen Konsens als "alt" angesehen werden können. Dies gilt frühestens für jemanden, der das "letzte Drittel" seines Lebens beginnt (*vgl mit diesem Konsens auch die Vereinten Nationen, Problems of the Elderly and the Aged, Dokument A 35/129, 1980*). Unter der Mindestgrenze von 60 Jahren ist nach einem einfachen Wortkernverständnis von einer "Altersbehandlung" demgegenüber nicht auszugehen.

27

Dass diese Grenze insgesamt einen zutreffenden Maßstab bildet, wird nicht zuletzt dadurch belegt, dass bis jetzt eine dieses Normverständnis ändernde Definition weder durch das DIMDI formuliert noch durch die Vertragsparteien vereinbart worden ist. Sie entspricht einem allgemeinen Verständnis von Alter, das zugleich eine rechtssicher zu handhabende Abgrenzung im Vergütungskontext schafft. Angesichts neuerer Definitionen zB in § 2 der Vereinbarung nach [§ 118a SGB V](#) (*s zuvor*) wird im Übrigen deutlich, dass die Anknüpfung an das Alter von mindestens 60 Jahren nicht zu eng gefasst ist.

28

e) Demgegenüber ist die vom LSG vorgeschlagene Einbeziehung eines auch "vorgealterten" Menschen nicht im eigentlichen Wortkern des "alten Menschen" angelegt. Auch das LSG geht im Ergebnis nämlich nicht davon aus, dass einschränkungslos alle Personen unter eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung fallen, wenn das Krankenhaus sie infolge Multimorbidität geriatrisch behandelt hat. Das LSG stellt vielmehr einen eigenen - freihändig festgesetzten - Maßstab der Voralterung auf. Gerade dieser Maßstab führte aber nicht zum Wegfall notwendiger Konkretisierungen, sondern zöge das Bedürfnis nach weiteren Kriterien nach sich, die noch weniger in einem einfachen Wortverständnis angelegt sind. Es wäre dann insbesondere zu klären, auf welches Alter die "Voralterung" zu beziehen wäre, wie geriatrische zu anderen frührehabilitativen Komplexbehandlungen abzugrenzen sind, ob man die Voralterung an spezifischen Krankheitsbildern festmachen muss und ob im Ergebnis nicht doch auch unter Einbeziehung starker Voralterung eine irgendwie festzulegende Altersgrenze erforderlich ist, um beispielsweise infolge Drogenkonsums stark vorgealterte Jugendliche oder junge Erwachsene von der Behandlung auszuschließen. Solche Folgefragen wären freischöpfend zu beantworten, ohne dass sich hierfür Maßstäbe aus dem OPS ergäben (*vgl mit diesem Einwand unklarer Folgefragen auch BSG vom 27.10.2020 - [B 1 KR 12/20 R](#) - "Verlegung", zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).

29

2. Einwendungen und Einreden gegen den daher bestehenden Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Krankenkasse leistete nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld (*dazu a*). Ihr kann nicht das prüfrechtliche Beschleunigungsgebot (*dazu b*) entgegengehalten werden. Ihre Forderung war auch weder verjährt (*dazu c*) noch stand ihr der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen (*dazu d*). Schließlich folgt auch aus landesrechtlichen Regelungen nichts anderes (*dazu e*).

30

a) Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen. Unabhängig davon, ob diese Vorschrift im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen überhaupt anwendbar ist (*vgl dazu zuletzt BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - juris RdNr 31, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*), fehlte es hier ohnehin an den erforderlichen Voraussetzungen. Die Krankenkasse zahlte die Krankenhausvergütung nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld.

31

b) Auch [§ 275 Abs 1c SGB V](#) (*idF des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-WSG> vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#); "prüfrechtliches Beschleunigungsgebot"*) steht der Geltendmachung einer Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages nicht entgegen. Die Regelung findet hier keine Anwendung, weil es sich um eine sachlich-rechnerische Prüfung der Richtigkeit der Krankenhausabrechnung handelt, die einem eigenen Prüfreime unterliegt und nicht von [§ 275 Abs 1c SGB V](#) erfasst ist (*stRspr; vgl BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - juris RdNr 11 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; grundlegend in der Begründung: BSG vom 25.10.2016 - [B 1 KR 22/16 R](#) - [BSGE 122, 87](#) = SozR 4-2500 § 301 Nr 7*). Die Krankenkasse durfte daher die Krankenhausbehandlung eines nur 55-jährigen neu bewerten. Ungeachtet dessen handelt es sich bei dem Geburtsdatum des Versicherten E nicht um ein Datum, das sich allein aus den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergibt. Insoweit greift die Ausschlussfrist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) ohnehin nicht ein.

32

c) Das Krankenhaus kann dem Anspruch der Krankenkasse auch nicht die Verjährung der Erstattungsforderung entgegenhalten. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterlag nach Maßgabe

des im konkreten Behandlungsfall noch gültigen Rechts einer vierjährigen Verjährung (*stRspr*; vgl zB BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 39; BSG vom 28.2.2007 - [B 3 KR 12/06 R - BSGE 98, 142](#) = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25; zur Verjährung des Vergütungsanspruchs vgl ausführlich BSG vom 21.4.2015 - [B 1 KR 11/15 R](#) - SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 11 ff). Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung, die bereits im Augenblick der Überzahlung entstanden ist (vgl zB BSG vom 21.4.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - SozR 4-7610 § 242 Nr 8 RdNr 15; BSG vom 1.8.1991 - [6 RKa 9/89 - BSGE 69, 158, 163](#) = SozR 3-1300 § 113 Nr 1), begann nach Ablauf des Jahres 2011 ([§ 45 Abs 1 SGB I](#)). Die Krankenkasse hat am 23.12.2015 vor Eintritt der Verjährung Klage erhoben ([§ 90 SGG](#)) und hierdurch den Eintritt der Verjährung der Forderung gehemmt ([§ 45 Abs 2 SGB I analog iVm § 204 Abs 1 Nr 1 BGB](#)). Die mittlerweile geltende verkürzte Verjährungsfrist von zwei Jahren nach Maßgabe von [§ 109 Abs 5 SGB V](#) (*idF* durch Art 7 Nr 8a Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals <Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG> vom 11.12.2018, [BGBl I 2394](#), mWv 1.1.2019) findet vorliegend keine Anwendung. Die Krankenkasse hat die vor dem 1.1.2017 entstandene Forderung bis zum 9.11.2018 (vgl [§ 325 SGB V](#)) gerichtlich geltend gemacht, nämlich am 23.12.2015 (vgl *entsprechend* BSG vom 9.4.2019 - [B 1 KR 5/19 R - BSGE 128, 65](#) = SozR 4-2500 § 129a Nr 2, RdNr 38).

33

d) Der Forderung stand nicht der Einwand unzulässiger Rechtsausübung ([§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm dem in [§ 242 BGB](#) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben) entgegen.

34

aa) Zu Recht hat das LSG entschieden, dass der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht verwirkt ist. Krankenkassen haben grundsätzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der Verjährungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht, gezahlter Vergütungen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen (hier noch vierjährigen) Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl BSG vom 12.11.2013 - [B 1 KR 56/12 R](#) - SozR 4-2500 § 264 Nr 4 RdNr 15-16; BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN; BSG vom 1.7.2014 - [B 1 KR 2/13 R - juris RdNr 18](#)). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor.

35

Die vorbehaltlose Zahlung nach Rechnungstellung stellt keine solche Ausnahmekonstellation dar. Nach der unangegriffenen Feststellung des LSG ([§ 163 SGG](#)) traf die Krankenkasse eine sofortige Zahlungsverpflichtung, weil nach § 12 des am 1.1.2003 in Kraft getretenen Vertrags "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" vom 19.12.2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft eV und unter anderem der AOK Hamburg, einer Rechtsvorgängerin der klagenden Krankenkasse (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#) <KHBV>), Krankenhausrechnungen mit dem Vorliegen aller Daten nach [§ 301 SGB V](#) innerhalb einer Frist von 15 Arbeitstagen zu zahlen sind, ohne dass auch später mögliche Beanstandungen aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Zahlungsverpflichtung hätten ([§ 11 Abs 2 Satz 4 des Vertrags nach § 112 SGB V](#)). Das LSG hat weiter festgestellt, dass Sachverhalte, die die Krankenkasse vorübergehend berechtigten, die Zahlung zu verweigern ([§ 11 Abs 2 Satz 6 des Vertrags nach § 112 SGB V](#)), nicht vorlagen.

36

Auch der bloße Zeitablauf stellt kein die Verwirkung begründendes Verhalten dar. Der Umstand, dass die Krankenkasse bis kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet hat, genügt deshalb nicht. Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf (*stRspr*; vgl nur BSG vom 21.4.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - SozR 4-7610 § 242 Nr 8 RdNr 19; BSG vom 23.6.2015 - [B 1 KR 26/14 R - BSGE 119, 150](#) = SozR 4-5560 § 17c Nr 3, RdNr 48-49). Dafür gibt der vorliegende Sachverhalt jedoch keine Anhaltspunkte her. Das LSG hat im Übrigen zutreffend darauf hingewiesen, dass frühere Rspr des 3. Senats des BSG nicht mehr relevant ist, weil dieser für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser nicht mehr zuständig ist (vgl BSG vom 21.4.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - SozR 4-7610 § 242 Nr 8 RdNr 20).

37

bb) Der Einwand unzulässiger Rechtsausübung kommt auch unter sonstigen, nicht im Verhalten der klagenden Krankenkasse wurzelnden Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht in Betracht (vgl mit diesem Gesichtspunkt BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, *juris RdNr 21*). Ein Vertrauen des Krankenhauses in die richtige Kodierung der DRG (2011) K44Z konnte sich nicht bilden, weil es weder eine langjährige gemeinsame Praxis von Krankenhäusern und Krankenkassen zur Kodierung und Anerkennung des OPS (2011) 8-550 auch bei unter 60-jährigen gab, noch eine solche Praxis durch höchstrichterliche Rspr gebilligt worden war.

38

Im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sind Leistungen im Grundsatz so zu fordern und zu gewähren, wie es der materiellen Rechtslage nach der Auslegung durch die höchstrichterliche Rspr des BSG entspricht. Dieser Grundsatz strikter Maßgeblichkeit der materiellen Rechtslage kann ausnahmsweise durch Grundsätze des Vertrauensschutzes modifiziert werden. Die Rechtsordnung sanktioniert widersprüchliches Verhalten eines Beteiligten nicht grundsätzlich mit einem automatischen Rechtsverlust. Widersprüchliches Verhalten ist erst dann rechtsmissbräuchlich, wenn für den anderen Teil ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist oder wenn andere besondere Umstände die Rechtsausübung als treuwidrig erscheinen lassen (vgl BSG vom 19.4.2016 - [B 1 KR 33/15 R - BSGE 121, 101](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 57, RdNr 20 mwN). Dies kann auch im Verhältnis von Krankenhausträgern und Krankenkassen auftreten, da diese allgemein durch [§ 4 Abs 3 SGB V](#) und besonders durch den dauerhaften Vertragsrahmen des Leistungserbringungssystems in der Grundsituation vertrauensvoller Zusammenarbeit und gegenseitiger Rücksichtnahme im Interesse der zu versorgenden GKV-Versicherten zu einer engen professionellen Kooperation verpflichtet sind (vgl BSG vom 8.9.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 20; BSG vom 18.7.2013 - [B 3 KR 22/12 R](#) - SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 25). In diesem Rahmen sind beide Seiten rechtlich verpflichtet und auch

faktisch gezwungen, sich bei der konkretisierenden Umsetzung gesetzlicher und untergesetzlicher Normen einschließlich der Normenverträge miteinander abzustimmen. Der Schutz des Vertrauens von Krankenkassen und Krankenhäusern in von ihnen dabei eingeübte Verfahrensweisen ist dabei umso stärker, je länger und einvernehmlicher die Verfahrensweisen praktiziert werden, je bedeutsamer sie sind, und wenn sie zugleich bereits über längere Zeit eine höchstrichterliche Billigung erfahren haben (vgl BSG vom 16.7.2020 - [B 1 KR 15/19 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, juris RdNr 21).

39

Ein schutzwürdiges Vertrauen des Krankenhauses dahingehend, dass auch für Patienten unter 60 Jahren der OPS 8-550 kodiert werden kann, bestand nicht. Ein solches Vertrauen hatte sich für Abrechnungsstreitigkeiten zu dieser Frage nicht gebildet (aA LSG Berlin-Brandenburg vom 26.8.2020 - [L 9 KR 462/17](#) - juris RdNr 46; dazu anhängig [B 1 KR 31/20 R](#)). Die Entscheidung des BSG vom 23.6.2015 ([B 1 KR 21/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 46), in der das BSG erstmals entschieden hat, dass die Kodierung des OPS 8-550 einen mindestens 60-jährigen Patienten voraussetzt, ist die erste Entscheidung, die zu den Voraussetzungen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergangen ist. Sie ist darüber hinaus auch die erste höchstrichterliche Entscheidung, die sich überhaupt mit dem Begriff der geriatrischen Behandlung auseinandersetzt. Eine Abkehr von gefestigter, anders lautender und daher ggf vertrauensbildender höchstrichterlicher Rspr liegt daher nicht vor. Unabhängig davon enthielten bereits die ersten Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Auslegung des Begriffs "geriatrisch" im OPS 8-550 (Version 2005) die Einschränkung, dass für die Anwendung einer geriatrischen Komplexbehandlung in der Regel ein Alter von 70 Jahren, zumindest jedoch ein Alter von 60 Jahren erforderlich sei. Auch wenn nicht alle Krankenkassen diese Auslegungshilfe offenbar berücksichtigt haben, zeigt dies doch, dass die Frage nach einem Mindestalter zur Kodierung der OPS 8-550 frühzeitig adressiert und aufgeworfen war.

40

e) Der Krankenkasse ist schließlich auch landesvertraglich nicht verwehrt, diesen Anspruch geltend zu machen. Insbesondere folgt dies nicht aus der Regelung in § 11 Abs 2 Satz 1 des Vertrags nach [§ 112 SGB V](#) vom 19.12.2002 (KHBV), wonach Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung (nur) innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden können, nachdem die in [§ 301 SGB V](#) vorgeschriebenen Daten der Krankenkasse zugeleitet worden sind. Die Zahlungsregelung des § 11 Abs 2 KHBV ist nämlich nichtig (vgl BSG vom 19.11.2019 - [B 1 KR 10/19 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 9).

41

3. Die Kostenentscheidung, die auch den Teilunterwerfungsvergleich hinsichtlich der zunächst geltend gemachten Zinsforderung einbezieht, folgt dem Ergebnis in der Sache und ergibt sich aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 155 Abs 1 Satz 3 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2021-12-15