

L 11 KR 472/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 2472/16
Datum
19.06.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 472/17
Datum
29.09.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 19. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

Auf die Widerklage der Beklagten wird die Klägerin verurteilt, an die Beklagte 2.262,97 Euro zu zahlen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens tragen die Klägerin und die Beklagte jeweils zur Hälfte.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch auf Krankenhausvergütung. Umstritten ist hierbei die Frage der Berechnungsfähigkeit des Zusatzentgeltes ZE 130.02 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen) in Höhe von 2.262,97 Euro.

Die am 00.00.1941 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte L (nachfolgend: Versicherte) wurde im Zeitraum vom 7. April 2015 bis zum 12. Mai 2015 in dem von der Klägerin getragenen und nach [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen R Krankenhaus A vollstationär behandelt. Die Versicherte befand sich vom 7. April 2015 bis zum 9. April 2015 auf der Stroke Unit des Krankenhauses, danach in der neurologischen Klinik (Fachabteilung 2800) und ab dem 18. April bis zur Entlassung in die Kurzzeitpflege in der Klinik für Geriatrie (Fachabteilung 0200).

Für die stationäre Behandlung berechnete die Klägerin unter Zugrundelegung der DRG B44A (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) einen Gesamtbetrag von 14.101,17 Euro (Rechnung vom 20. Mai 2015; Rechnungsnummer 01). Hierbei brachte sie auch das Zusatzentgelt ZE 130.02 in Höhe von 2.262,97 Euro wegen einer hochaufwendigen Pflege von Erwachsenen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 9-200.7 in Ansatz.

Am 22. Mai 2015 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung des Behandlungsfalles. Die Voraussetzungen des OPS 9-200.7 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte; Berechnung nach dem Pflegekomplexmaßnahmen-score <PKMS>) sowie des OPS 8-981.0 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden) seien zweifelhaft. Am 22. Mai 2015 zeigte sie der Klägerin die „Krankenhausfallprüfung“ an (Prüfanzeige vom 22. Mai 2015). Anschließend beglich die Beklagte die Rechnung im Juni 2015.

Herr U, MDK Westfalen-Lippe, gelangte in seinem Gutachten vom 11. November 2015 zu dem Ergebnis, dass die Prozeduren 9-200.7 und 8-981.0 zu streichen seien. Zudem sei das Zusatzentgelt ZE 130.02 nicht belegt.

Mit Schreiben vom 3. Dezember 2015 erklärte die Beklagte, dass nach der Beurteilung des MDK die DRG B44C korrekt sei. Hieraus resultiere ein Erstattungsanspruch in Höhe von 5.573,25 Euro. Die Abrechnung der Klägerin sei „entsprechend des ... Gutachtens korrigiert und verrechnet worden.“ Unter dem 4. Dezember 2015 ließ die Beklagte der Klägerin eine Zahlungsmitteilung zukommen, mit der sie die Aufrechnung des Erstattungsanspruchs gegen andere Vergütungsforderungen der Klägerin durchgeführt haben will.

Die Klägerin hielt der Verrechnung entgegen, es seien Leistungen dokumentiert, die in der Addition 180 Punkte ergäben. Daher seien die

Voraussetzungen zur Annahme des OPS-Kodes 9-200.7 erfüllt und der Anspruch auf ein Zusatzentgelt nach ZE 130.02 begründet (Schreiben vom 13. Januar 2016).

Mit Schreiben vom 26. Januar 2016 erklärte die Beklagte, die nach § 8 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) mitgeteilte Leistungsentscheidung beende das Prüfverfahren; ein „Widerspruchsverfahren“ sei nicht vorgesehen.

Am 14. Dezember 2016 hat die Klägerin zum Sozialgericht (SG) Dortmund Klage erhoben und den Anspruch auf Zahlung des Zusatzentgeltes von 2.262,97 Euro weiterverfolgt. Die Verrechnung sei unzulässig. Die Beklagte habe lediglich ihre Leistungsentscheidung nach § 8 PrüfV mitgeteilt, allerdings nicht ordnungsgemäß die Aufrechnung erklärt. Hierzu habe es insbesondere an der ordnungsgemäßen Benennung des Leistungsanspruchs gefehlt. Schon deshalb sei die Beklagte zur Zahlung verpflichtet. Die Beklagte könne sich dabei nicht auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) berufen, da sich diese nicht auf die PrüfV beziehe. Diese sehe aber eine konkrete Bezeichnung vor. Eine Schlechterstellung liege nicht vor, weil ein Ausschluss der Aufrechnung nicht gegeben sei.

Darüber hinaus habe sie das streitige Zusatzentgelt in Höhe von 2.262,97 Euro abrechnen dürfen, da der OPS 9-200.7 entgegen der Ansicht des MDK erfüllt sei. Im Leistungsbereich „Körperpflege“ seien die erforderlichen Handzeichen vorhanden; der Erschwerisfaktor eines Body-Mass-Indexes (BMI) von über 35 liege vor. Dieser Erschwerisfaktor sei durch verschiedene Einträge in der Patientendokumentation belegt. Auch die Voraussetzungen des Leistungsbereichs „Bewegen/Sicherheit“ seien erfüllt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.262,97 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 9. Dezember 2015 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Aufrechnung sei ordnungsgemäß erfolgt. Dies ergebe sich aus der Entscheidung des BSG vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#). Sie habe die Klägerin mit Schreiben vom 3. Dezember 2015 informiert und am 4. Dezember 2015 eine Zahlungsmittteilung übersandt, aus der sämtliche relevanten Daten ersichtlich seien.

Zudem verhalte sich die Klägerin widersprüchlich, da sie nur eine Teilforderung einklage. So lasse sie die Aufrechnung der zu Unrecht berechneten Prozeduren unbeanstandet und mache mit der Klage die Unwirksamkeit der Aufrechnung geltend. Dieses Vorgehen sei offenkundig widersprüchlich. Überdies sei die Abrechnung der Klägerin auch nach ihrem eigenen Vortrag falsch; sie habe die Voraussetzungen zur Abrechnung des OPS 9-200.7 aus den von dem MDK dargelegten Gründen nicht nachgewiesen.

Mit Urteil vom 19. Juni 2017 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin einen Betrag von 2.262,97 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 9. Dezember 2015 zu zahlen. Die Forderung der Klägerin sei nicht durch Aufrechnung erloschen, da dieser das Aufrechnungsverbot nach § 15 Abs. 4 Satz 1 Landesvertrag (LV NRW) entgegenstehe. Eine Aufrechnungsbefugnis folge auch nicht aus § 9 PrüfV, da Leistungsanspruch und Erstattungsanspruch nicht genau benannt worden seien (Verweis auf § 9 Satz 2 PrüfV).

Gegen das ihr am 14. Juli 2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 17. Juli 2017 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen eingelegt. Das SG habe der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die erfolgte Aufrechnung sei wirksam. Eine Aufrechnungsbefugnis folge aus § 9 PrüfV. Entgegen der Auffassung des SG sei eine Aufrechnung mittels Zahlungsavis auch unter Geltung des § 9 PrüfV zulässig. Dass die Aufrechnungserklärung nicht zu beanstanden sei, ergebe sich auch aus der Entscheidung des BSG vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 19. Juni 2017 zu ändern und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

die Klägerin im Wege der Widerklage zu verurteilen, ihr einen Betrag von 2.262,97 Euro aus Anlass des Behandlungsfalles L vom 7. April 2015 bis zum 12. Mai 2015 (Rechnungsnummer: 01 vom 20. Mai 2015) zu erstatten.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und die hilfsweise erhobene Widerklage abzuweisen.

Die Klägerin verteidigt die angefochtene Entscheidung. Die Aufrechnung sei nach § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW verboten. Hiernach komme nämlich eine Verrechnung nur bei Beanstandungen rechnerischer Art in Betracht sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhe. Die PrüfV finde keine Anwendung, da im vorliegenden Fall gerade keine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) durchgeführt worden sei, sondern eine sachlich-rechnerische Prüfung der Rechnung. Bei einer solchen greife die PrüfV nicht. Selbst wenn von der Anwendbarkeit der PrüfV ausgegangen werde, fehle es jedenfalls an einer ordnungsgemäßen Aufrechnungserklärung i.S.d. § 9 PrüfV, da Leistungs- und Erstattungsanspruch nicht genau bezeichnet worden seien.

Am 9. November 2018 hat die Beklagte für den Fall, dass der Senat von einer Unzulässigkeit der Aufrechnung ausgehe, hilfsweise Widerklage mit dem Begehren erhoben, die Klägerin zur Zahlung von 2.262,97 Euro zu verurteilen. Zur Begründung verweist sie auf ihr Vorbringen zu dem geltend gemachten Erstattungsanspruch.

Die Klägerin tritt der hilfsweise erhobenen Widerklage aus den Gründen der Klageschrift entgegen. Unter Vorlage der Patientenakte trägt sie

vor, dass der BMI der Versicherten 41,5 betragen habe. Zugleich hat sie eine durch den PKMS-Beauftragten des Krankenhauses, Herrn D, erstellte Berechnung des PKMS übersandt. Diese kommt für den Aufenthalt der Versicherten zu insgesamt 153 Aufwandspunkten (Stroke Unit, 7. April 2015 bis 9. April 2015: keine berücksichtigungsfähigen Aufwandspunkte; neurologische Klinik, 9. April 2015 bis 17. April: 21 Aufwandspunkte; geriatrische Klinik, 18. April 2015 bis 12. Mai 2015: 132 Aufwandspunkte).

Im Leistungsbereich A (Körperpflege) seien die Pflegeinterventionen A3 (Therapeutische Ganzkörperpflege nach dem Bobath-Konzept; in der neurologischen Klinik bis 17. April 2015) und A4 (Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich; in der geriatrischen Klinik ab 18. April 2015) durchgeführt worden. Die Körperpflege sei vollständig durch Pflegekräfte übernommen worden. Lediglich für den 14. und 15. April 2015 (Neurologie) und für den 23. April 2015 sowie 12. Mai 2015 (Geriatric) lasse sich eine Übernahme bzw. Hilfe bei der Ganzkörperwaschung durch zwei Personen nicht feststellen. Auch habe der erforderliche Grund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) und als Erschwernisfaktor ein BMI von mindestens 35 kg/m² vorgelegen. Es ergäben sich aus der Pflegeintervention A3 18 und aus der Pflegeintervention A4 72 Aufwandspunkte (insgesamt 90 Aufwandspunkte).

Im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) sei anhand der Pflegeplanungen und Lagerungspläne die Pflegeintervention D2 (Mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen [ohne Mikrolagerung]) in der neurologischen und geriatrischen Klinik an verschiedenen Tagen mit insgesamt 63 Punkten belegt.

Die Beklagte ist bei ihrer Auffassung verblieben (Schriftsatz vom 26. August 2020).

Sodann hat der Senat ein schriftliches Sachverständigengutachten eingeholt. Diplom-Pflegewirt M, B, hat sein Gutachten nach Aktenlage am 10. November 2020 erstattet und Folgendes mitgeteilt:

Nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen ergäben sich insgesamt drei berücksichtigungsfähige Aufwandspunkte. Diese folgten daraus, dass in der neurologischen Klinik am 12. April 2015 die Voraussetzungen der Pflegeintervention D2 (mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen <ohne Mikrolagerung> in Kombination mit dem erforderlichen Grund G1 (Abwehrverhalten/Widerstände beim Lagern/Mobilisieren) vorgelegen hätten. Im Lagerungsplan sei vermerkt, dass die Versicherte die Lagerung (verbal) verweigere.

Im Übrigen seien keine Aufwandspunkte zu berücksichtigen.

Für den Leistungsbereich A (Körperpflege) könne weder in der neurologischen noch in der geriatrischen Klinik eine hochaufwendige Pflege festgestellt werden.

Für die neurologische Klinik ergebe sich Folgendes: Zwar werde im Pflegeüberleitungsbogen vom 17. April 2015 die Unselbstständigkeit der Versicherten beim Aufstehen, Gehen, An- und Ausziehen, Waschen, Duschen, Baden, Toilette aufsuchen und Nachtstuhl benutzen aufgeführt. Auch werde in der Pflegeplanung die Körperpflege im Bett als Übernahme attestiert. Allerdings fänden sich weder hier noch im Pflegebericht Hinweise darauf, dass die Körperpflege mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich hätte durchgeführt werden müssen. Die Versicherte habe unzweifelhaft pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege benötigt. Aus den wenigen mit zwei Personen durchgeführten Lagerungen ergebe sich aber, dass die Versicherte im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützt habe und eine Pflegeperson ausreichend gewesen sei. Der Grund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen mit den Kennzeichen: fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen) könne anhand der pflegerischen Unterlagen nicht nachvollzogen werden. Der Erschwernisfaktor „BMI von mindestens 35 kg/m²“ liege zwar vor, reiche jedoch allein nicht aus.

Auch für die geriatrische Klinik könne nicht festgestellt werden, dass für die Körperpflege durchgängig pflegefachlich zwei Personen erforderlich gewesen seien. Zwar werde in der Pflegeplanung die Körperpflege im Bett als Übernahme mit zwei Personen attestiert. Allerdings erschließe sich aus den pflegerischen Unterlagen nicht, warum die Versicherte unmittelbar nach ihrer Verlegung aus der neurologischen in die geriatrische Klinik Hilfestellung von zwei Pflegepersonen bei der Körperpflege benötigt habe. Aus den Pflegeberichten und der Teamvisite ergebe sich, dass sich die Versicherte am 28. April 2015 nach der Lagerung immer wieder auf den Rücken gedreht habe. Am 30. April 2015 sei ein überwiegendes Liegen dokumentiert, es seien aber auch Gehübungen erfolgt, die Versicherte habe Sitzgleichgewicht gehabt und sich aktiv-assistierend auf die Bettkante gesetzt; sie sei mit Hilfestellung in den Stand gekommen. Am 7. Mai 2015 habe die Versicherte ausweislich der Teamvisite die Körperpflege des Oberkörpers selbst bewältigen können. An diesem und am Folgetag (8. Mai 2015) sei zudem die Lagerung durch eine Person erfolgt. Es sei festzustellen, dass die Pflegeplanung nicht deckungsgleich mit dem Pflegebericht und den Teamvisiten sei. Unstreitig habe die Versicherte Hilfestellung bei der Körperpflege benötigt; ob dies mit zwei Personen pflegefachlich stattgefunden habe, werde bezweifelt. Zudem bestünden keine Hinweise darauf, dass für die Körperpflege zwei Personen pflegefachlich erforderlich gewesen seien. Die Versicherte sei trotz Adipositas im Bett nicht unbeweglich gewesen, habe sich bewegt und an die Bettkante gesetzt. Im Nachtdienst sei die Versicherte durchgängig von nur einer Pflegeperson versorgt worden. Der Grund G5 könne – bis auf den allein nicht ausreichenden BMI von mindestens 35 kg/m² – nicht nachvollzogen werden.

Im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) komme eine Berücksichtigung weiterer Aufwandspunkte nicht in Betracht. Für eine Anerkennung der Pflegeintervention D5 (Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl. <keine Mikrolagerungen> und eine weitere zusätzliche Aktivität) sei eine mindestens 2x tägliche Mobilisation in den Rollstuhl erforderlich, was nicht erfolgt sei (lediglich einmalige Mobilisation an einzelnen Tagen). Der Grund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) sei nicht nachgewiesen.

Für die geriatrische Klinik ergebe sich, dass zwar die Voraussetzungen der Pflegeintervention D2 (mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen <ohne Mikrolagerung>) bis auf den 4. sowie 7. bis 11. Mai 2015 vorgelegen hätten. Allerdings sei für diese Zeit kein Pflegegrund nachgewiesen. Insbesondere sei der Grund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) nicht nachgewiesen. Zwar sei der erforderliche Erschwernisfaktor eines BMI von mindestens 35 kg/m² gegeben. Es erschließe sich aber nicht, warum die Versicherte unmittelbar nach ihrer Verlegung Hilfestellung von zwei Pflegepersonen bei der Lagerung/Körperpflege benötigt habe. Hier gelte das bereits Ausgeführte. Zu verweisen sei auf das Gelingen des aktiv-assistiven Hinsetzens an der Bettkante, das vorhandene Sitzgleichgewicht, den Transfer in den Stand mithilfe des Unterarmgehewagens und einer Hilfsperson sowie das Gelingen der Gangschule auf Zimmerebene über maximal vier Schritte nach vorn. Ein Abwehrverhalten (Grund G1) sei nur in der Neurologischen Klinik dokumentiert. Extreme Schmerzzustände (Grund G4) seien nicht dokumentiert. Auch eine andere Pflegeintervention könne nicht festgestellt werden.

Den Ausführungen der Klägerin sei zu entgegen, dass zwar in der Pflegeplanung zwei Handzeichen hinterlegt seien. Allerdings sei nicht nachvollziehbar, dass die Körperpflege – bis auf den 25. April 2015 – tatsächlich von zwei Pflegekräften übernommen wurde und dies erforderlich war.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 11. Januar 2021 gegen das Gutachten eingewandt, dass dieses nicht schlüssig sei und auf die übersandte Stellungnahme des PKMS-Beauftragten des Krankenhauses D vom 5. Januar 2021 verwiesen. Es seien 180 Aufwandspunkte anzusetzen. Das abgerechnete Zusatzentgelt erfordere aber lediglich 130 Aufwandspunkte. Ein Zusatzentgelt in geringerer Höhe ergebe sich bei Annahme von 43 Aufwandspunkten.

Sie verbleibe bei ihrer Auffassung, dass für den Leistungsbereich A kumuliert 90 Aufwandspunkte anzusetzen seien. In der Zeit vom 10. bis zum 17. April 2015 sei in der neurologischen Klinik als Pflegeintervention A3 eine Therapeutische Ganzkörperpflege nach dem Bobath-Konzept erfolgt. Als Pflegegrund sei diesbezüglich G1 (Abwehrverhalten) anzuerkennen. Dies sei dokumentiert. Der Sachverständige gehe darauf nicht ein.

In der Zeit ab dem 18. April 2015 sei zunächst in der neurologischen Klinik und dann (ab dem 23. April 2015) in der geriatrischen Klinik die Pflegeintervention A4 (Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich) erfolgt, wobei als Pflegegrund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) anzuerkennen sei. Die Zweifel des Sachverständigen seien nicht nachvollziehbar. Es sei zwar zuzugestehen, dass die Dokumentation im Pflegebericht insoweit verbesserungswürdig sei, als sich nicht dargestellt finde, dass die Körperpflege mit zwei Pflegepersonen habe durchgeführt werden müssen. Allerdings habe bereits das Körpergewicht bei Aufnahme von 115 Kilogramm dazu geführt, dass die Körperpflege keinesfalls pflegefachlich mit einer Person habe erfolgen können oder erfolgt sei. Schon aus Gründen der Sicherheit der Pflegeperson müsse bei diesem Gewicht eine Pflege mit zwei Pflegepersonen durchgeführt werden. Eine Mithilfe der Versicherten sei, anders als der Sachverständige meine, nicht vorhanden gewesen. Die Versicherte sei nach dem Pflegeplan nicht in der Lage gewesen, hinreichend allein Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen (Verweis auf den Pflegeplan). Zudem hätten zusätzlich noch Lagerungshilfsmittel zum Einsatz gebracht werden müssen (Verweise auf die Pflegepläne). Die Einschränkungen der Versicherten würden zudem durch ein Testergebnis von 10 Punkten nach dem Barthel-Index belegt (Verweis auf den Testbericht vom 18. April 2015). Danach sei die Versicherte faktisch nicht aus dem Bett transferiert worden und habe sich nicht vor Ort selbstständig waschen können. Im Teambesprechungsprotokoll vom 22. April 2015 werde folgerichtig vermerkt, dass eine komplette Übernahme der Pflege erfolge. Erst ab dem 7. Mai 2015 habe die Versicherte den Oberkörper selbst versorgen können, weshalb nur noch eine Pflegeperson erforderlich gewesen sei.

Es sei tatsächlich mit zwei Pflegepersonen gearbeitet worden. Allerdings sei dies nicht relevant für die Pflegeintervention A4. Denn diese setze lediglich voraus, dass zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich seien. Das ergebe sich schon aus dem Wortlaut. Zudem ergebe sich aus dem Vergleich mit der Pflegeintervention D2, dass der PKMS unterscheide zwischen der pflegefachlichen Erforderlichkeit, zwei Pflegepersonen einzusetzen, und der tatsächlichen Vornahme durch zwei Pflegepersonen. Aus diesem Grund komme es nicht darauf an, dass die tatsächliche Durchführung der Pflege mit zwei Pflegepersonen besser hätte dokumentiert werden können. Im Übrigen ließen die Ausführungen des Sachverständigen jede Auseinandersetzung mit der Frage vermissen, was bei der Versicherten pflegefachlich erforderlich gewesen wäre.

Hinsichtlich des Leistungsbereichs D ergebe sich aus den Ausführungen des Sachverständigen, dass an 19 Tagen mindestens 8 x eine Umlagerung mit zwei Pflegepersonen durchgeführt worden sei, woraus sich bereits 57 Aufwandspunkte ergäben (19 Tage x 3 Aufwandspunkte) und damit nur unwesentlich weniger als nach Berechnung des PKMS-Beauftragten D (63 Aufwandspunkte). Beide Berechnungen stimmten an insgesamt 18 Tagen überein, woraus jedenfalls ein Zusatzentgelt in Höhe von 1.091,70 Euro folge. Nicht nachvollziehbar sei die Annahme des Sachverständigen, dass der Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen (Pflegegrund G5), nicht plausibel sei. Er setze sich nicht hinreichend mit den Fähigkeiten der Versicherten auseinander und lasse die Feststellungen der Pflegepersonen außer Acht.

Der Berichterstatter hat die Streitsache mit den Beteiligten am 13. Januar 2021 erörtert. Wegen der Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Das Gericht hat daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen eingeholt, die dieser am 26. Januar 2021 erstattet und Folgendes mitgeteilt hat:

Hinsichtlich des Leistungsbereichs A sei die Pflegeintervention A3 (therapeutische Ganzkörperpflege) nicht nachgewiesen. Die Klägerin beziehe sich darauf, dass am 17. April 2015 die Anwendung des Bobath-Konzepts geplant worden sei. Dieses sei jedoch ein Rehabilitationskonzept zur Behandlung von Patienten mit zentralen Lähmungen (z. B. nach Insult, Multipler Sklerose, Enzephalitis, Morbus Parkinson). Allerdings seien im Arztbrief von Lähmungen (Paresen) weder bei Aufnahme noch während des gesamten Aufenthaltes berichtet. Bei diesem medizinischen Befund sei eine Pflege nach dem Bobath-Konzept überhaupt nicht angezeigt, welches bei Hirnschädigung (z.B. Schlaganfall) zur Anwendung komme (Verweis auf Pflege Heute, 2017, S. 1111). Die Versicherte habe wahrscheinlich eine TIA (transitorische ischämische Attacke) erlitten, ohne dass ein Schlaganfall in der bildgebenden Diagnostik habe nachgewiesen werden können. Eine Pflege nach dem Bobath-Konzept sei nicht indiziert gewesen. Sie finde sich aus diesem Grund auch nicht im Pflegebericht. Zudem fordere die PKMS 2015 unter A3 eine zusätzliche Dokumentation, die hier nicht vorhanden sei. Der Pflegegrund G1 (Abwehrverhalten) sei nur an wenigen Tagen dokumentiert und habe nicht täglich vorgelegen. Der Pflegegrund G5 sei weiterhin nicht anzuerkennen. Auch bei einem Körpergewicht von 115 kg könne eine Ganzkörperwaschung durchaus von einer Pflegeperson bewältigt werden. Dies sei vor allem bei Mithilfe der Versicherten anzunehmen, was hier der Fall gewesen sei. Die Versicherte sei nicht immobil gewesen. Sie sei nur bei der Nahrungsaufnahme versorgt worden mit einem Schnabelbecher. Dies sei bei einer funktionellen linksseitigen Armschwäche und medizinisch nicht erklärbarem Würgen und Erbrechen nicht verwunderlich. Auch das Verwenden von Lagerungshilfsmitteln sei nicht erstaunlich, da die Versicherte bettlägerig gewesen sei und zur Dekubitusprophylaxe habe gelagert werden müssen. Der von der Klägerin angeführte Barthel-Index habe bei Aufnahme in der Stroke-Unit bei 40 gelegen (hilfebefürftig), in der Geriatrie am 18. April 2015 bei 10 Punkten (weitgehend pflegeabhängig) und am 12. Mai 2015 bei 30 Punkten (weitgehend pflegeabhängig). In der Neurologie sei die Versicherte aufgrund der längeren Bettlägerigkeit immobilisiert worden. Dies bedeute aber nicht, dass sie im Sinne des PKMS schwerstpflegebedürftig gewesen sei. Sie habe lediglich einen höheren Pflegeaufwand gehabt.

Im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) könne nach wie vor der Pflegegrund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett

durchzuführen) nicht festgestellt werden. Die Versicherte sei nicht immobil gewesen. Die Argumentation der Klägerin sei nicht nachvollziehbar. Sie stütze sich darauf, dass die Versicherte bewegungslos, wie gelähmt, im Bett gelegen und keine Eigenbewegung durchgeführt habe. Das ergebe sich nicht aus den Arzt- und Pflegeberichten. Es habe Phasen gegeben, die eine Versorgung mit zwei Personen erfordern hätten. Diese Versorgung sei jedoch nicht immer eine Intervention im Sinne des PKMS gewesen. Ein Körpergewicht von 115 kg erfordere nicht zwingend den Einsatz von zwei Pflegekräften. Dies wäre nur notwendig, wenn auch der Pflegegrund G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) vorliege, was vorliegend aber nicht der Fall gewesen sei. Wenn aus Gründen der Dekubitusprophylaxe gelagert würde, sei dies kein berücksichtigungsfähiger Pflegegrund.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 10. Februar 2021 gegen die ergänzende Stellungnahme eingewandt, dass diese nicht nachvollziehbar sei. Der Sachverständige gehe nicht darauf ein, dass durch Handzeichen dokumentiert sei, dass zwei Pflegepersonen in der Körperpflege tätig geworden seien. Dass die Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich sei, verneine der Sachverständige mit dem Hinweis darauf, dass auch bei einem Körpergewicht von 115 kg die Pflege von einer Pflegeperson vorgenommen werden könne. Das sei mangels Auseinandersetzung mit dem Begriff der pflegefachlichen Erforderlichkeit nicht überzeugend. Auch die Annahme des Sachverständigen, dass die Versicherte mobil gewesen sei, überzeuge nicht. Aus der Patientenakte ergebe sich das nicht, der Sachverständige behaupte dies nur. Zudem räume er selbst ein, dass eine funktionelle linksseitige Armschwäche bestanden habe und die Lagerung mit Lagerungshilfsmitteln erforderlich gewesen sei. Auch sei die Erforderlichkeit der Dekubitusprophylaxe nicht erklärbar, wenn die Versicherte mobil gewesen sei und den Positionswechsel selbst hätte durchführen können. Der Sachverständige weise weiterhin auf eine längere Bettlägerigkeit der Versicherten hin. Insgesamt berücksichtige der Sachverständige nicht die konkrete Situation der Versicherten, die nach einem Schlaganfall (bzw. einer TIA) erst auf der Stroke-Unit und dann in der geriatrischen Klinik gelegen habe und selbst von ihm als zeitweise immobil beschrieben worden sei. Wenn der Sachverständige einräume, dass es Phasen bei der Versicherten gegeben habe, die eine Versorgung mit zwei Pflegepersonen erfordern hätten, benenne er diese nicht und berechne keine Aufwandspunkte, was nicht nachvollziehbar sei. Gleiches gelte für den Grund G1 (Abwehrverhalten), der vereinzelt vorgelegen haben sollte.

Vor diesem Hintergrund sei das Gutachten widersprüchlich und unbrauchbar. Auch sei der Sachverständige völlig ungeeignet, weil er nie auf einer PKMS-Station tätig gewesen sei, sondern ausschließlich auf einer Intensivstation gearbeitet habe, auf denen aber keine PKMS-Punkte kodiert würden. Er scheine sich überdies nicht mit Schlaganfall-/geriatrischen Patienten auszukennen.

Der Sachverständige hat sein Gutachten im Verhandlungstermin vom 29. September 2021 erläutert. Er hat zur Entwicklung des Gesundheitszustands der Versicherten ausgeführt, dass diese wohl eine TIA erlitten, die jedoch schon bei Aufnahme keine Symptome mehr gezeigt habe. Eigentlich habe die Versicherte zeitnah entlassen werden können; stattdessen sei sie in die neurologische Klinik aufgenommen worden, wo sie bettlägerig geworden sei und ihre Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung zunehmend verloren habe, weshalb sie in die geriatrische Klinik verlegt worden sei. Dort habe sie sich zunächst gegen die Behandlung gewehrt und die Nahrungsaufnahme verweigert. Ihr Zustand habe sich weiter in Richtung Pflegeabhängigkeit entwickelt. Ihr Zustand habe eine Entlassung in die Kurzzeitpflege indiziert.

Die Unbeweglichkeit der Versicherten sei vorzugsweise dadurch entstanden, dass sie lange im Bett gelegen habe. Bei Einsatz regelmäßiger Physiotherapie und Mobilisierung wäre das so nicht eingetreten; es sei u.a. aufgrund des Gewichts der Versicherten nachvollziehbar. Medizinische Gründe dafür hätten nicht bestanden.

Es sei zweifelhaft, ob die Ganzkörperwaschungen tatsächlich mit zwei Pflegepersonen durchgeführt worden seien, wie es die Pflegeplanung vorgesehen habe. Zudem seien die täglichen Ganzkörperwaschungen durch zwei Pflegepersonen nicht pflegefachlich erforderlich gewesen. Es sei dokumentiert, dass sich die Versicherte habe aufsetzen und Sitz auf der Bettkante nehmen können. Derartige Patienten könnten im Rahmen der aktivierenden Pflege mitwirken, was aber Zeit koste und aufwendiger sei als die Ganzkörperwaschung mit zwei Personen. Trotz des Gewichts der Versicherten und der funktionellen Schwäche im linken Arm sei ihre Fähigkeit zur Beteiligung an der Körperpflege nicht entscheidend beeinträchtigt gewesen. Bei der Ganzkörperwaschung liege die Versicherte auf dem Rücken, die Waschschiessel werde über das Bett gestellt. Die Versicherte habe trotz ihrer Einschränkungen weite Teile der Waschung selbst vornehmen können. Einschränkungen hätten nur hinsichtlich der unteren Extremitäten, des Bewegungsarms, des Intimbereichs und des Rückens bestanden. Diese Bereiche hätten aber bei der möglichen Mithilfe von nur einer Person erledigt werden können, indem der Versicherten ein leichter Anstoß gegeben werde, sodass sie sich zur Seite rolle und die Waschung des Rückens durch die Hilfsperson erfolgen könne. Eine von der Klägerin angeführte Tetraparese habe darauf keinen Einfluss gehabt, da diese nur vorklinisch zeitweise vorgelegen habe.

Auch unter dem Gesichtspunkt eines möglichen Abwehrverhaltens der Versicherten seien zwei Pflegepersonen nicht erforderlich gewesen. Die Versicherte habe nur in Einzelfällen im Rahmen von Lagerungsmaßnahmen Widerstand geleistet, nicht aber bei der Körperpflege.

Aus der Pflegedokumentation ergebe sich, dass die Versicherte in der Lage gewesen sei, sich willensgesteuert auf den Rücken zu drehen. Sofern dort eine fehlende Eigenbewegung vermerkt worden sei, könne das ein Hinweis darauf sein, dass die Versicherte sich der Mithilfe verweigert habe. Die Versicherte habe aber die Fähigkeit gehabt, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen oder sich aufzusetzen.

Die pflegefachliche Notwendigkeit einer Pflegeintervention sei nicht allgemeingültig definiert. Die Beurteilung sei jeweils abhängig vom individuellen Krankheitszustand. Typischerweise bestehe eine pflegefachliche Erforderlichkeit bei den Krankheitsbildern eines Schlaganfalls, einer Tetraparese oder einer Querschnittslähmung.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Ausführungen des Sachverständigen wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakten, die beigezogene Patientenakte der Klägerin sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand des Verfahrens gewesen sind und in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

A. Die Berufung der Beklagten bleibt ohne Erfolg (dazu unter <I.> und <II.>), auf die hilfsweise von ihr erhobene Widerklage ist die Klägerin indes zu verurteilen (dazu unter <III.>).

I. Die am 17. Juli 2017 schriftlich eingelegte Berufung der Beklagten gegen das ihr am 14. Juli 2017 zugestellte Urteil des SG Dortmund vom 19. Juni 2017 ist zulässig, insbesondere ohne Zulassung statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1, Abs. 3, § 64 Abs. 1, Abs. 2, § 63 SGG](#)).

II. Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 2.262,97 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 9. Dezember 2015 verurteilt, denn die darauf gerichtete Klage ist zulässig und begründet.

1. Die Klage ist zulässig. Für den im vorliegenden Fall verfolgten Zahlungsanspruch eines Krankenträgers auf Zahlung von weiteren Behandlungskosten ist die (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) statthaft (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 13](#)). Es handelt sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 64/01 R - , SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zur Notwendigkeit der Bezifferung des Klageantrags BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 - [B 3 KR 4/98 R - , SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R - , SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#)).

2. Die Klage ist auch begründet.

a) Streitgegenstand in der Hauptsache ist der sich nach der Verrechnung ergebende offene Vergütungsanspruch aus den im Schreiben vom 4. Dezember 2015 aufgelisteten und zwischen den Beteiligten nicht umstrittenen Behandlungsfällen (hierzu BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 13/14 R - SozR 4-5560 § 17b Nr. 6 - Rn. 8 m.w.N.](#)). Dieses bringt die Klägerin mit der Klageschrift (noch) hinreichend deutlich zum Ausdruck, in der sie ausgeführt hat, dass „die mit der vorliegend erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus späteren, anderweitigen Krankenhausbehandlungen von der Versicherten der Beklagten unstreitig“ seien und mit der Klage geltend gemacht hat, dass ihr aus diesen Behandlungsfällen erwachsene Vergütungsanspruch nicht wirksam durch Aufrechnung mit einem geltend gemachten Erstattungsanspruch der Beklagten aus dem Behandlungsfall der Versicherten erloschen sei.

b) Der Vergütungsanspruch aus den unstreitigen Behandlungsfällen ist nicht durch wirksame Aufrechnung erloschen. Eine Erfüllungswirkung der Aufrechnung ist nicht eingetreten, weil der erklärten Aufrechnung ein Aufrechnungsverbot entgegensteht.

Nach § 15 Abs. 4 des Vertrages „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungen“ nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 6. Dezember 1996 (LV NRW) können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden (Satz 1). Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden (§ 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW).

aa) Trotz der Kündigung des zum 1. Januar 1997 in Kraft getretenen LV NRW mit Wirkung zum 8. April 2003 findet § 15 Abs. 4 LV NRW Anwendung. Die Vertragsparteien haben sich nämlich darauf verständigt, den Vertrag bis zu einer - bisher noch nicht zustande gekommenen - Neuregelung weiterhin anzuwenden (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 1. September 2011 - [L 16 KR 212/08 -](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Mai 2012 - [L 16 KR 8/09 -](#); Senat, Urteil vom 18. Dezember 2013 - [L 11 KR 378/12 -](#); Senat, Beschluss vom 11. Juli 2018 - [L 11 KR 492/17 -](#)).

bb) [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b](#)) SGB V erfasst auch die Befugnis zur Vereinbarung von Regelungen über die Abrechnung von Entgelten. Dieses schließt die Möglichkeit von Vereinbarungen über die Zulässigkeit und Grenzen von Aufrechnungen mit ein (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 3. Juni 2003 - [L 5 KR 205/02 -](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 6. Dezember 2016 - [L 1 KR 358/15 -](#) LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 8. April 2019 - [L 10 KR 723/17 -](#)).

cc) Der sachliche Anwendungsbereich des LV NRW ist eröffnet. Nach § 1 Abs. 1 LV NRW regelt dieser die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung, soweit sie gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) vor- und nachstationär, teilstationär sowie - wie hier - vollstationär erbracht wird mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Krankenhäusern zu fördern, um eine im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit notwendige medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus zu gewährleisten.

dd) Nach § 15 Abs. 4 Satz 1 LV NRW können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden (Satz 2).

Aus § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW folgt nach der einhelligen Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen im Umkehrschluss ein Aufrechnungsverbot für Erstattungsforderungen, die unter keine der drei vertraglich vereinbarten Varianten fällt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Mai 2012 - [L 16 KR 8/09 -](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 6. Dezember 2016 - [L 1 KR 358/15 -](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. März 2003 - [L 5 KR 141/01 -](#) LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 3. Juni 2003 - [L 5 KR 205/02 - GesR 2003, 293 - juris-Rn. 18 ff.](#); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 1. September 2011 - [L 16 KR 212/08 -](#) KHE 2011/210; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 8. April 2019 - [L 10 KR 723/17](#)).

(1) Der vorliegende Sachverhalt betrifft keine Erstattungsforderung der Beklagten, die unter eine der drei Varianten des § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW gefasst werden kann.

(a) Eine Beanstandung rechnerischer Art i.S.d. § 15 Abs. 4 Satz 2 Var. 1 LV NRW liegt nicht vor. Eine rechnerische Beanstandung betrifft unter Berücksichtigung systematischer Erwägungen (Vergleich zu § 15 Abs. 4 Satz 1 LV NRW, der durch die Fassung „Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art“ weiter als Satz 2 gefasst ist) Fehler in der Addition, Subtraktion etc. (so auch SG Gelsenkirchen, Urteil vom 13. Mai 2020 - [S 46 KR 2242/19 -](#)). Im vorliegenden Verfahren hat die Beklagte den geltend gemachten Erstattungsanspruch in der Korrekturerklärung vom 3. Dezember 2015 auf eine unzutreffende DRG gestützt und unter Verweis auf das Gutachten des MDK vom 11. November 2015 die Erfüllung der Voraussetzungen der OPS 9-200.7 sowie OPS 8-981.0 verneint. Aus diesem Grund hielt die Beklagte u.a. auch das Zusatzentgelt ZE 130.02 für nicht abrechenbar. Die hieraus folgende Erstattungsforderung ergibt sich aus der fehlerhaften

Anwendung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsregelungen bei der Subsumtion im Rahmen des DRG-Systems und der unzutreffenden Subsumtion der Anlagen zur FPV 2015, beinhaltet aber keinen bloßen Rechenfehler. Dem entspricht auch der Prüfauftrag der Beklagten, mit dem diese um Überprüfung gebeten hat, ob die „Prozedur(en) korrekt“ und die „abgerechneten Zusatzentgelte (Anlage 2/5 bzw. 4/6) korrekt“ sind (zur Auslegung des Prüfauftrages vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - [B 1 KR 14/13 R](#) - SozR 4-2500 § 275 Nr. 15 - Rn. 11; BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 23/14 R](#) - SozR 4-2500 § 275 Nr. 29 Rn. 19).

(b) Ebenso wenig beruht die Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben (§ 15 Abs. 4 Satz 2 Var. 3 LV NRW). Eine „nur“ sachlich falsche Abrechnung kann in der Regel nicht als auf vom Krankenhaus zu vertretenden Angaben beruhend angesehen werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. März 2003 - [L 5 KR 141/01](#) - juris-Rn. 21 unter Verweis auf insoweit abweichende Regelungen des rheinland-pfälzischen Sicherstellungsvertrages; hierzu auch SG Gelsenkirchen, Urteil vom 13. Mai 2020 - [S 46 KR 2242/19](#) -).

(c) Es liegt schließlich auch keine Rücknahme der Kostenzusage im Sinne des § 15 Abs. 4 Satz 2 Var. 2 LV NRW vor.

(2) Liegt damit ein von den drei Varianten des § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW erfasster Sachverhalt nicht vor, besteht ein Aufrechnungsverbot. Dem steht die PrüfvV nicht entgegen. Zwar wäre ein Aufrechnungsverbot nach der Rechtsprechung des BSG nichtig, wenn der Anwendungsbereich der PrüfvV eröffnet wäre. Die in § 9 PrüfvV vereinbarten Zahlungs- und Aufrechnungsregeln schließen nämlich im Anwendungsbereich der PrüfvV nach Rang, Regelungssystem und -zweck Aufrechnungsverbote aus, die - wie hier im Umkehrschluss aus § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW folgend - in Landesverträgen nach [§ 112 SGB V](#) vereinbart sind (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - SozR 4-7610 § 366 Nr. 2 - Rn. 26 ff.).

Allerdings ist der sachliche Anwendungsbereich der PrüfvV im vorliegenden Fall nicht gegeben. § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG ermächtigt die Vertragsparteien dazu, das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu regeln. Diese Norm bestimmt zugleich, welche Prüfungsgegenstände eine PrüfvV haben kann (vgl. BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8 - Rn. 30). Der Anwendungsbereich der PrüfvV ist damit eröffnet, wenn die Prüfung erfolgt, um allein die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) zu überprüfen, etwa die medizinische Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung (Auffälligkeitsprüfung). Hiervon abzugrenzen ist die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 22/16 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 7 - Rn. 9 ff.; BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8 - Rn. 9 f; Bundesverfassungsgericht <BVerfG>, Beschluss vom 26. November 2018 - 1 BVR 318/17, 1 BVR 1474/17, 1 BVR 2207/17 - [NJW 2019, 351](#) ff. - Rn. 28 ff.). Im vorliegenden Fall kann auch offenbleiben, ob die Anfügung des Satz 4 an [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) durch Art. 6 Nr. 21a Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung <Krankenhausstrukturgesetz - KHSG> vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I 2229) mit Wirkung zum 1. Januar 2016 den Anwendungsbereich der bereits auf der Grundlage von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. erlassenen PrüfvV ab Januar 2016 teilweise auch auf sachlich-rechnerische Prüfungen erweitert hat (zur fehlenden Rückwirkung von Art. 6 Nr. 21a KHSG vgl. BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8 - Rn. 31 ff.; BVerfG, Beschluss vom 26. November 2018 - [1 BvR 318/17](#) u.a.). Sämtliche hier streitigen Behandlungsfälle betrafen das Jahr 2015. Der Prüfauftrag erfolgte vor Januar 2016, gleiches gilt für die Abrechnungen und die Aufrechnungserklärung der Beklagten. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass das Zahlungsavis von Dezember 2015 datiert.

Danach ist das im Umkehrschluss aus § 15 Abs. 4 Satz 2 LV folgende Aufrechnungsverbot auch nicht aufgrund der bundesrechtlichen Regelungen der PrüfvV als nichtig anzusehen. Die aufgrund der unstreitigen Behandlungsfälle entstandenen Vergütungsansprüche sind damit nicht durch Aufrechnung der Beklagten erloschen. Ob die Aufrechnungserklärung den formellen Voraussetzungen des § 9 PrüfvV entsprach, bedarf aus diesem Grund keiner Entscheidung des Senats.

c) Der mit der Klage verfolgte Zinsanspruch in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz folgt aus § 15 Abs. 1 Satz 4 LV NRW. Das Bestehen der Forderungen, gegen welche die Beklagte mit dem behaupteten Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall L aufgerechnet hat, ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Mangels anderweitigen Vorbringens der Beteiligten geht der Senat hinsichtlich dieser unstreitigen Behandlungsfälle vom Ablauf von 15 Kalendertagen nach Eingang der betreffenden Rechnungen am 8. Dezember 2015 aus, weshalb sich die Beklagte ab dem 9. Dezember 2015 im Zahlungsverzug i.S.d. § 15 Abs. 1 Satz 4 LV NRW befand.

III. Auf die Widerklage der Beklagten ist die Klägerin zur Zahlung von 2.262,97 Euro zu verurteilen.

1. Der Senat hat über die Widerklage zu entscheiden, nachdem die innerprozessuale Bedingung, unter die sie gestellt war, eingetreten ist. Denn er hat die Berufung zurückgewiesen, weil er von der Unzulässigkeit der Aufrechnung ausgegangen ist.

2. Die Widerklage der Beklagten ist zulässig. Sie ist während der Rechtshängigkeit der Klage erhoben worden. Der für die Statthaftigkeit der Widerklage erforderliche - zumindest wirtschaftliche - Zusammenhang des Gegenanspruchs mit dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch ist gegeben (zu diesem Erfordernis Guttenberger, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 2017, Rn. 16 mit weiteren Nachweisen). Bei der von der Beklagten verfolgten Erstattungsforderung ist ein solcher Zusammenhang mit Vergütungsansprüchen, die Gegenstand einer Klage sind, regelmäßig zu bejahen, wenn die zur Verfügung stehenden Wege der Durchsetzung eines Erstattungsanspruchs - (hier unzulässige) Aufrechnung einerseits, Widerklage andererseits - dasselbe wirtschaftliche Ergebnis ergeben (BSG, Urteil vom 21. März 2013 - [B 3 KR 23/12](#) - SozR 4-5562 § 8 Nr. 5; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 6. Dezember 2016 - [L 1 KR 358/15](#) -, juris-Rn. 53).

3. Die Widerklage ist auch begründet. Der Beklagten steht ein Rückzahlungsanspruch in der geltend gemachten und zwischen den Beteiligten unstreitigen Höhe zu (hierzu unter <a>), dem Einwendungen und Einreden nicht entgegenstehen (hierzu unter).

a) Anspruchsgrundlage für den im Wege der Widerklage verfolgten Rückzahlungsanspruch ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 2/15 R](#) - [BSGE 118, 155](#) ff. - Rn. 10; BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) - [BSGE 118, 225](#) ff. - Rn. 8 - und [B 1 KR 7/15 R](#) - SozR 4-7610 § 242 Nr. 8 - Rn. 8; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 34/13 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 5 - Rn. 9). Diese gesetzlich nicht im Einzelnen ausgestaltete Anspruchsgrundlage ist allgemein anerkannt und aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere dem Gebot der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ([Art. 20 Abs. 3 GG](#)) herzuleiten (BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) - [BSGE 93, 137](#) ff. - Rn. 15f.).

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne

rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - [BSGE 116, 138](#) ff. - Rn. 9; BSG, Urteil vom 12. November 2013 - [B 1 KR 22/12 R](#) - [BSGE 115, 11](#) ff. - Rn. 22; BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 - [B 3 KR 18/11 R](#) - [BSGE 111, 200](#) ff. - Rn. 15). Danach können jedenfalls Zahlungen, die zur Erfüllung einer Verbindlichkeit geleistet werden, die aber in Wirklichkeit nicht bestand, zurückgefordert werden (BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) - a.a.O.). Die Anspruchsvoraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs entsprechen zwar, soweit sie - wie hier - nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs. Es scheidet aber ein Rückgriff auf zivilrechtliche Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dieses gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) ff. - Rn. 9; BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 - [B 3 KR 18/11 R](#) - a.a.O.; zur Nichtanwendbarkeit des [§ 818 Abs. 3](#) Bürgerliches Gesetzbuch <BGB> bei der Rückforderung von Berufsausbildungsbeihilfe wegen des Vorrangs von [§ 152 Abs. 3 AFG](#) a.F. BSG, Urteil vom 6. Oktober 1977 - [7 RAr 55/76](#) - [SozR 4100 § 40 Nr. 17](#) S. 54 m.w.N.).

aa) Die tatbestandlich erforderliche öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehung liegt vor. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen der Beklagten und der Klägerin als Trägerin des Krankenhauses sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Dieses ergibt sich explizit aus [§ 69 Satz 2 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - a.a.O.). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem KHG, dem KHEntg sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlicher Natur.

bb) Die für das Bestehen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs tatbestandlich erforderliche Vermögensverschiebung liegt vor. Die Klägerin hat durch die Zahlung auf die Schlussrechnung vom 20. Mai 2015 eine mit einem Auszahlungsanspruch gegenüber der Bank korrespondierende Gutschrift erhalten.

cc) Die Vermögensverschiebung ist im Umfang des mit der Klage verfolgten Rückzahlungsanspruchs von 2.262,97 Euro auch ohne Rechtsgrund erfolgt. Denn die Klägerin kann für die vollstationäre Behandlung der Versicherten das Zusatzentgelt ZE 130.02 für die „hochaufwändige Pflege von Erwachsenen“ nicht beanspruchen.

(1) Die Zahlungspflicht der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) - a.a.O. - Rn. 9; BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 - [B 1 KR 18/17 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 - Rn. 11; jeweils m.w.N.; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung - SGB V, 19. Auflage, 86. Lfg., Mai 2017, § 39 Rn. 351). Dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich war, weil das Behandlungsziel nicht auf andere Weise erreichbar war ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Zwar deuten die Ausführungen des Sachverständigen M darauf hin, dass jedenfalls zeitweise eine stationäre Behandlung nicht (mehr) erforderlich war. Indessen bestünde ein Rückzahlungsanspruch in (mindestens) der geltend gemachten Höhe in diesem Fall erst recht.

(2) Die auch nach Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalsystems für einen Vergütungsanspruch erforderliche Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung (BSG Urteil vom 13. November 2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - [BSGE 112, 156](#) ff. - Rn. 33; BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - a.a.O.) hat die Beklagte ebenfalls nicht in Abrede gestellt.

(3) Die der Klägerin zustehende Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (Schmidt, a.a.O., § 39 Rn. 353). Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung von Versicherten in zugelassenen Einrichtungen folgt aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23. April 2002 <Fallpauschalengesetz - FPG>, BGBl. I 1412) i.V.m. § Krankenhausentgeltgesetz (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften vom 15. Dezember 2004, BGBl. I 3429; KHEntg) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 4 2. Änderung des KHEntg <FPÄndG> vom 15. Dezember 2004, BGBl. I 3429; KHG) Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs. 1 KHEntg (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 1 Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 17. Juli 2003, BGBl. I 1461) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntg bestimmt: „Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) ...“ (hierzu auch Schmidt, a.a.O., § 39 Rn. 353a). Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntg). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntg (i.d.F. durch Art. 5 FPG vom 23. April 2002, BGBl. I 1412) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntg (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 8 2. FPÄndG vom 15. Dezember 2004, BGBl. I 3429) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner schaffen sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntg (i.d.F. durch Art. 5 FPG vom 23. April 2002, BGBl. I 1412).

Maßgebend sind im vorliegenden Fall die FPV 2015 einschließlich der Anlagen 2 und 5, der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegeben OPS (hier in der Version 2015 i.d.F. der Bekanntmachung des BMG gem. [§§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des OPS, in Kraft getreten am 1. Januar 2015), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2015 sowie der vereinbarungsgemäß fortgeltende LV NRW.

Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntg dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw. 5 abgerechnet werden (§ 5 Abs. 1 Satz 1 FPV 2015). Diese Zusatzentgelte sind mit Inkrafttreten der Vereinbarung (§ 12 FPV: 1. Januar 2015) abrechenbar (§ 5 Abs. 1 Satz 1 FPV 2015).

Demgegenüber gilt für die in Anlage 4 bis 6 gekennzeichneten Zusatzentgelte § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntg entsprechend (§ 5 Abs. 2 Satz 1 bis 3 FPV 2015). Für diese Zusatzentgelte, die für das Kalenderjahr vereinbart wurden, sind die bisher krankenhausesindividuell vereinbarten

Entgelte bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt nicht, wenn ein bisher krankenhausesindividuell vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist (§ 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntG i.d.F. durch Art. 2 Nr. 14 KHRG).

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng am Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (statt vieler BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 - [B 1 KR 35/18 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr. 14 mit umfangreichen weiteren Nachweisen).

(4) Die Anlage 2 der FPV 2015 sieht für eine „hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ ein Zusatzentgelt in der in der Anlage 5 der FPV 2015 bundeseinheitlich bestimmten Höhe vor. Die jeweiligen Definitionen (OPS-Kodes und -Texte) sowie die Beträge werden in der Anlage 5 der FPV 2015 aufgeführt (Fußnote 1 der Anlage 2 der FPV 2015). Nach Anlage 5 der FPV 2015 ist für eine hochaufwendige Pflege von Erwachsenen ein Zusatzentgelt von 1.091,70 Euro bei 43 bis 129 Aufwandspunkten (ZE 130.01) abrechenbar. Bei höheren Aufwandspunkten darf das Krankenhaus zusätzlich zur Fallpauschale ein Zusatzentgelt in Höhe von 2.235,91 Euro berechnen (ZE 130.02).

(a) Die Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege von Patienten (Kodes unter 9-20) werden anhand der PKMS berechnet, die tabellarisch zwischen Erwachsenen (PKMS-E), Kindern und Jugendlichen (PKMS-J) und Kleinkindern (PKMS-K) unterscheiden. Der PKMS erfasst zum einen hochaufwendige Pflege im Bereich der „allgemeinen Pflege“ und zum anderen Leistungen im Bereich der „speziellen Pflege“. Zur allgemeinen Pflege werden die Leistungsbereiche

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidung,
- Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit und
- Kommunikation

gerechnet und zur speziellen Pflege die Leistungsbereiche Kreislauf- und Wundmanagement. Die in dem PKMS benannten Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, muss einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in einem Leistungsbereich vorliegen und ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... - Hochaufwendige Pflege...“, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene) erreicht ist.

Der PKMS ist nur auf der „Normalstation/IMC“ zu kodieren. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstationen oder auf Stroke Units zu zählen. Die PKMS-Aufwandspunkte sind zudem an den Tagen nicht zu zählen, an welchen Punkte für die Intensiv-Komplexkodes, Stunden für die Stroke-Unit-Komplexkodes oder Beatmungsstunden gezählt werden. Am Verlegungstag von einer „Normalstation/IMC“ auf eine der oben genannten Einheiten oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode endet, kann der PKMS ermittelt werden.

Im PKMS wird als Ausgangslage des „normal aufwendigen Patienten“ ein Patient beschrieben, der eine „volle Übernahme“ der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erfährt. Der PKMS nutzt die Definition „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen, die bei dem Instrument „Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege („Pflegepersonal-Regelung“ <PPR>) entwickelt wurden. Es ist keine Voraussetzung für Einrichtungen, die PPR zu nutzen, um den PKMS richtig zu kodieren. Die ursprüngliche Definition der PPR wurde nicht geändert. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass zahlreiche Einrichtungen noch mit der PPR zur Fallkostenkalkulation arbeiten und die Definitionen der Leistungsbereiche bei den Pflegenden bekannt sind. Einige Begriffe, die heute in der Pflege nicht mehr verwendet werden, wurden durch die aktuelle Fachterminologie ersetzt bzw. ergänzt, ohne die inhaltlichen Aussagen der PPR A3 zu verändern.

In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen wie folgt definiert:

Patienten brauchen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.

Körperpflege

Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege: Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.

Ernährung

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. Essen oder Trinken muss dem Patienten verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während des Essens geholfen werden. Außerdem muss der Patient aktivierend unterstützt werden.

Ausscheidung

Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung und/oder volle Abhängigkeit bei den Ausscheidungsaktivitäten: Der inkontinente Patient muss mit frischen Inkontinenzmaterialien versorgt oder das Kind muss regelmäßig gewandelt und gereinigt werden (dazu gehört auch - soweit erforderlich - die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.

Bewegung und Lagerung

Häufiges (zwei- bis vierstündliches) Körperlagern oder Mobilisieren: Der Patient wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.

(b) Davon ausgehend ergeben sich hinsichtlich der im Komplex „Allgemeine Pflege“ umstrittenen Leistungsbereiche des PKMS-E „Körperpflege“ (Leistungsbereich A) und „Bewegung/Lagerung“ (Leistungsbereich D) weniger als 43 Aufwandspunkte, was einer Kodierung des Zusatzentgelts ZE 130 entgegensteht.

Die von der Klägerin für den Aufenthalt der Versicherten in der neurologischen Klinik geltend gemachte Pflegeintervention A3 liegt nicht vor (dazu unter <aa>). Gleiches gilt für das Vorliegen der Pflegeintervention A4 (dazu unter <bb>) und den damit zu kombinierenden Pflegegrund G5 in der Zeit des Aufenthalts der Versicherten in der geriatrischen Klinik (dazu unter <cc>). Die geltend gemachte Pflegeintervention D2 führt zu keinem anderen Ergebnis (dazu unter <dd>).

(aa) Die Voraussetzungen der Pflegeintervention A3, welche die Klägerin für die Zeit des Aufenthalts der Versicherten in der neurologischen Klinik (10. bis 17. April 2015) geltend macht, liegen nicht vor.

Die Pflegeintervention A3 erfordert die therapeutische Ganzkörperpflege nach bestimmten im PKMS-E aufgeführten Konzepten, wobei einzig streitig das von der Klägerin angeführte Bobath-Konzept ist. Insoweit ist jedoch mit dem Sachverständigen davon auszugehen, dass keine Indikation zur Anwendung dieses Konzepts vorgelegen hat. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, ist das Bobath-Konzept ein Rehabilitationskonzept zur Behandlung von Patienten mit zentralen Lähmungen (vgl. insofern z.B. die von vier Interessenverbänden betriebene Seite www.bobath-konzept-deutschland.de, wonach es sich um ein bewegungstherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen mit motorischen Beeinträchtigungen aufgrund neurologischer Funktionsstörungen handelt und u.a. anwendbar ist bei sensomotorischen Störungen und anderen neurologischen sowie neuromuskulären Erkrankungen). Die Klägerin hat nichts Abweichendes vorgebracht. Davon ausgehend war die Anwendung des Bobath-Konzepts bei der Versicherten mangels Lähmungserscheinungen nicht indiziert. Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung auf die Tetraparese hingewiesen hat, hat der Sachverständige dem zu Recht entgegengehalten, dass diese in der Zeit des Aufenthalts der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin gerade nicht vorgelegen hat und ärztliche Feststellungen dazu sich auf die Zeit vor dem Klinikaufenthalt beziehen.

(bb) Auch die Voraussetzungen der Pflegeintervention A4, die die Klägerin für die Zeit des Aufenthalts der Versicherten in der geriatrischen Klinik (18. April bis 12. Mai 2015) geltend macht, liegen nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht vor.

Als Voraussetzung der Pflegeintervention A4 bezeichnet der PKMS-E: „Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich“. Der Senat geht mit dem Sachverständigen davon aus, dass die pflegefachliche Erforderlichkeit einer Pflegeintervention vom individuellen Krankheitszustand des Patienten abhängt. Dieser begründete bei der Versicherten jedoch gerade keine Notwendigkeit, mit zwei Pflegepersonen eine Ganzkörperwaschung vorzunehmen. Der Senat folgt insoweit den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten und den Erläuterungen in der mündlichen Verhandlung. Dabei geht er hinsichtlich der Durchführung der Ganzkörperwaschung von der Darstellung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung aus, wonach die Versicherte bei dieser Form der Waschung auf dem Rücken liegt und die Waschschüssel über das Bett gestellt wird. Es ist für den Senat ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Ganzkörperwaschung auf diese Weise durch lediglich eine Pflegeperson durchgeführt werden konnte.

Mit dem Sachverständigen ist zunächst davon auszugehen, dass der Versicherten ein Restleistungsvermögen verblieben war, das es ihr ermöglichte, weite Teile der Waschung selbst vorzunehmen. Unter Berücksichtigung ihrer Einschränkungen war es ihr lediglich nicht möglich, die unteren Extremitäten, den Bewegungsarm, den Intimbereich und den Rücken selbst zu waschen. Im Übrigen bestanden derartige Einschränkungen nicht; insbesondere waren keine medizinischen Gründe für eine Unbeweglichkeit der Versicherten festzustellen. Auch die Klägerin hat anderes zuletzt nicht mehr substantiiert behauptet. Ihr Verweis auf das Vorliegen von Lähmungserscheinungen überzeugt nicht, auf obige Ausführungen wird verwiesen. Die Einschätzung des Sachverständigen zu den verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten der Versicherten wird auch dadurch plausibilisiert, dass der Verlauf des Krankenhausaufenthalts die Durchführung eigenständiger Positionswechsel durch die Versicherte belegt. So ist dokumentiert, dass sich die Versicherte nach der Lagerung auf den Rücken gedreht hat. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die aktiv-assistive Mobilisation der Versicherten an der Bettkante und darauf, dass sie mit Hilfestellung in den Stand gekommen ist. Gegen Ende des Krankenhausaufenthalts waren der Versicherten Gehübungen über eine Strecke von vier Schritten möglich. Insgesamt belegt dies die Fähigkeit der Versicherten zur Vornahme von willensgesteuerten Handlungen, wie der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat.

Vor diesem Hintergrund überzeugt die in der mündlichen Verhandlung präzierte Schlussfolgerung des Sachverständigen, dass die Versicherte im Rahmen der sogenannten aktivierenden Pflege zu einer Mithilfe zu bewegen war, die es einer einzelnen Pflegeperson ermöglicht hätte, auch diejenigen Körperbereiche zu waschen, die die Versicherte trotz ihrer verbliebenen Bewegungsmöglichkeiten nicht selbst waschen konnte. Nur ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass die Versorgung durch eine Pflegeperson im Nachtdienst die Regel war.

In Anbetracht der verbliebenen Fähigkeit der Versicherten zu einem Positionswechsel im Bett sind weder der Verweis auf die Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme noch auf das Körpergewicht der Versicherten geeignet, die Schlussfolgerungen des

Sachverständigen in Zweifel zu ziehen. Seine Ausführungen unter Auswertung der Patientendokumentation belegen vielmehr, dass die Versicherte trotz der Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme sowie ihres Gewichts zu Positionswechseln in der Lage war. Auch trägt der Verweis auf ein widerständiges Verhalten der Versicherten keine andere Bewertung. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, ist ein Abwehrverhalten bei der Versicherten jedenfalls im Rahmen der Körperpflege nicht festzustellen gewesen. Auch greift der Einwand der Klägerin nicht durch, der Sachverständige habe eine Versorgung durch zwei Pflegepersonen an einzelnen Tagen für erforderlich gehalten, ohne zu präzisieren, worauf sich dies beziehe. Denn die vom Sachverständigen beschriebenen Phasen, in denen eine Versorgung mit zwei Pflegepersonen erforderlich waren, umfassten ausweislich seines Gutachtens und der in der mündlichen Verhandlung erfolgten Erläuterung jedenfalls nicht die Körperpflege. Eine derartige Notwendigkeit mag im Rahmen von Umlagerungen aufgrund von Abwehrverhalten der Versicherten denkbar gewesen sein, wie die Ausführungen des Sachverständigen im Rahmen der Pflegeintervention D2 nahelegen (dazu sogleich). Sofern der Sachverständige für den 25. April 2015 die Durchführung der Ganzkörperwaschung durch zwei Pflegepersonen festgestellt hat, hat er insoweit die Erforderlichkeit verneint.

Aufgrund fehlender pflegfachlicher Erforderlichkeit der Durchführung der Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen kommt es nicht darauf an, ob sich feststellen lässt, dass tatsächlich zwei Pflegepersonen tätig waren.

(cc) Auch der von der Klägerin in Kombination mit der Pflegeintervention A4 geltend gemachte Pflegegrund G5 liegt nicht vor. Voraussetzung dafür ist nach dem PKMS-E der Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel vorzunehmen, also das Unvermögen, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen und aufzusetzen (PKMS-E, Version 2015, Ziff. 1.1, S. 4).

Zwar liegt der als weitere Voraussetzung erforderliche Erschwernisfaktor hier in Gestalt eines BMI von mindestens 35 kg/m² vor. Allerdings lässt sich der Verlust der Fähigkeit der Versicherten, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen und aufzusetzen, nicht feststellen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Fähigkeit der Versicherten in der Zeit ihres Krankenhausaufenthalts verblieben ist. Zur Begründung wird auf obige Ausführungen verwiesen. Maßgeblich ist insoweit, dass die Versicherte während der Zeit ihres Krankenhausaufenthalts in der Lage war, ihre Position willensgesteuert zu verändern und keine medizinischen Gründe vorlagen, die ein diesbezügliches Unvermögen erklären würden.

(dd) Die von der Klägerin geltend gemachte Pflegeintervention D2 (mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen <ohne Mikrolagerung>) führt zu keinem anderen Ergebnis.

Sowohl für die Zeit des Aufenthalts der Versicherten in der geriatrischen Klinik (ab dem 18. April 2015), für den die Klägerin diese Pflegeintervention geltend macht, als auch für die vorherige Zeit des Aufenthalts in der neurologischen Klinik fehlt es am Vorliegen der mit dieser Pflegeintervention zu kombinierenden und von der Klägerin geltend gemachten Pflegegründe G1 und G5. Dies gilt indes nicht für den 12. April 2015, für den der Sachverständige das Vorliegen dieser Pflegeintervention in Kombination mit dem Pflegegrund G1 angenommen hat.

Wie den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen zu entnehmen ist, kann der Pflegegrund G1 nur vereinzelt während des Aufenthalts der Versicherten in der neurologischen Klinik (10. bis 17. April 2015), nicht aber in der Zeit ab der Verlegung auf die geriatrische Station (18. April 2015) festgestellt werden. Das steht mit dem Vorbringen der Klägerin in Übereinstimmung. Für die Zeit des Aufenthalts in der neurologischen Klinik ist das Vorliegen der Pflegeintervention D2 jedoch – bis auf den 12. April 2015 – nicht festzustellen. Auch das steht in Übereinstimmung mit dem Vorbringen der Klägerin, die die Pflegeintervention D2 für die Zeit des Aufenthalts in der neurologischen Klinik nicht geltend macht.

Hinsichtlich des Nichtvorliegens des Pflegegrundes G5 (Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen) gilt das oben Gesagte.

Demgemäß fehlt es – bis auf den 12. April 2015 – am Zusammentreffen der Pflegeintervention D2 mit dem Pflegegrund G1 oder dem Pflegegrund G5. Die auf den 12. April 2015 entfallenden drei Aufwandspunkte sind für den Anspruch auf das Zusatzentgelt nicht ausreichend.

Andere Pflegeinterventionen und Pflegegründe kommen nicht in Betracht, auf die Ausführungen des Sachverständigen wird verwiesen. Auch die Klägerin macht solcherlei nicht geltend.

(c) Entgegen der Auffassung der Klägerin bestehen an der Sachkunde des Sachverständigen keinerlei Zweifel. Der Sachverständige verfügt als Diplom-Pflegewirt über einen berufsqualifizierenden Abschluss, der ein Studium an einer Fachhochschule voraussetzt, in dem u.a. Pflegewissenschaft im Hauptfach gelehrt wird (vgl. die Informationen der Bundesagentur für Arbeit unter <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/archiv.pdf>), was ihn befähigt, Beweisfragen im Zusammenhang mit dem PKMS zu beantworten, die die Beurteilung des geleisteten Pflegeaufwands betreffen. Seine Befähigung zu einer gutachtlichen pflegeaufwandsbezogenen Bewertung belegen auch die weiteren Qualifizierungen des Sachverständigen. So verfügt er ausweislich seines Internetauftritts, auf den auch die Klägerin Bezug genommen hat, über Zertifizierungen als „Pflegesachverständiger“ und „Fachkraft für Pflegebedürftigkeit“, jeweils verliehen vom TÜV Rheinland. Dabei beinhaltet die Zertifizierung zum Pflegesachverständigen insbesondere die Durchführung von Pflegebegutachtungen und die Bewertung der Pflegebedürftigkeit, verbunden mit der Vermittlung der formalen und inhaltlichen Anforderungen an ein Gutachten (vgl. <https://akademie.tuv.com/weiterbildungen/pflegesachverstaendiger>). Gegenstand der Zertifizierung als „Fachkraft für Pflegebedürftigkeit“, die eine schriftliche Prüfung voraussetzt, ist u.a. das systematische Überprüfen von Pflegebedarf und -einstufungen sowie die Unterstützung bei der fachgerechten Pflegeprozessplanung und lückenlosen Dokumentation (vgl. <https://www.certipedia.com>). Vor dem Hintergrund dieser Qualifikationen, deren Vorliegen die Klägerin nicht in Abrede stellt, ist für eine unzureichende Sachkunde nichts ersichtlich. Der Einwand der Klägerin, dass der Sachverständige nur auf Intensivstationen tätig gewesen sei, ist schon vor dem Hintergrund seiner pflegewissenschaftlichen Aus- und Weiterbildung nicht durchgreifend.

IV. Einwendungen und Einreden gegen Klage und Widerklage greifen nicht durch.

1. Die Geltendmachung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs verstößt nicht gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 Bürgerliches Gesetzbuch); insbesondere kommt eine Verwirkung des Anspruchs nicht in Betracht.

2. Der im Wege der Widerklage verfolgte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist auch nicht verjährt. Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren nach [§ 109 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2019 geltenden neuen Fassung vom 11. Dezember 2018 (Art. 7 Nr. 8a Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals <Pflegepersonal-Stärkungsgesetz> BGBl I Nr.45 S. 2394 ff.) in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Dies gilt nach [§ 109 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Es kann dahinstehen, ob diese Vorschrift wegen Verstoßes insbesondere gegen [Art. 20 Abs. 3 GG](#) verfassungswidrig ist. Auch bei Anwendung der Vorschrift des [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) auf den vorliegenden Rechtsstreit sind die Zahlungsansprüche der Beklagten nicht verjährt. Der Zahlungsanspruch konnte bei Inkrafttreten der Vorschrift zum 1. Januar 2019 nicht verjähren, weil die Verjährung nach [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#), wonach die Verjährung durch die Erhebung der Klage auf Leistung oder Feststellung des Anspruchs gehemmt wird, gehemmt war. Bei Inkrafttreten des [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) war die Widerklage bereits rechtshängig, sodass die Verjährung gehemmt war. Der Zahlungsanspruch war auch nicht bereits bei Klageerhebung verjährt. Nach der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Rechtslage unterlag der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung einer vierjährigen Verjährung (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) - BSGE 117, 8 ff. - Rn 33 m.w.N.).

Die Verjährung beginnt nach [§ 45 Abs. 1 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, hier also der vollständigen Begleichung der Rechnung im Jahre 2015. Dementsprechend begann die Verjährung nach Ablauf des Jahres 2015 und endete am 31. Dezember 2019. Die Klägerin hat noch vor Ablauf der Verjährungsfristen rechtzeitig Klage erhoben und damit den Eintritt der Verjährung der Forderung gemäß [§ 45 Abs. 2 SGB I](#) i.V.m. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) gehemmt (vgl. hierzu ausführlich Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10. Juli 2019 - [L 10 KR 538/15](#) -).

Im Übrigen ist nach [§ 409 SGB V](#), der Nachfolgebestimmung zu dem ebenfalls am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen [§ 325 SGB V](#), die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung der geleisteten Vergütung ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum 9. November 2018 nicht gerichtlich geltend gemacht worden sind. Hier ist die Widerklage am 9. November 2018 rechtshängig geworden.

B. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

C. Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-04-13