

L 9 SO 367/22 B ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 11 KR 1543/18
Datum
13.09.2023
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 98/22 KH
Datum
20.01.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 20.01.2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.

Die bei der Klägerin gegen Krankheit versicherte E. (* 00.00.0000; fortan: Versicherte) wurde aufgrund eines Schlaganfalls (*Ponsinfarkt rechts mit Hemiparese links, Dysarthrie und Dysphagie*) vom 20.08.2014 bis 03.09.2014 im I. Krankenhaus O. behandelt und von dort am 03.09.2014 zur weiteren Rehabilitation in die Geriatrische Abteilung des A.-Hospitals P., eines Krankenhauses der Beklagten, verlegt. Am 19.09.2014 wurde sie entlassen.

Die Beklagte rechnete gegenüber der Klägerin für die stationäre Behandlung in ihrem Krankenhaus unter Kodierung u.a. des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550.1 (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*) insgesamt 6.660,90 € ab (*Rechnung vom 09.10.2014; Diagnosis related Group <DRG> B44B: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*).

Die Klägerin beglich diese Rechnung zunächst, leitete aber eine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser kam u.a. zu der Einschätzung, dass wöchentliche Teambesprechungen i.S.d. OPS 8-550.1 zwar am 10.09.2014 und 17.09.2014 unter Beteiligung aller Berufsgruppen erfolgt seien, eine fachärztliche Behandlungsleitung der Dokumentation aber nicht zu entnehmen sei. Zudem seien die erforderlichen Therapieeinheiten nicht dokumentiert (*Gutachtliche Stellungnahme vom 04.05.2018*).

Gestützt hierauf teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass lediglich die DRG B70F (*Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolysen*) abzurechnen sei, und forderte Erstattung von 2.436,74 €. Die Beklagte kam der Erstattungsforderung nicht nach.

Die Klägerin hat daraufhin am 08.11.2018 Klage zum Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen erhoben.

Sie hat, soweit noch von Belang, vorgetragen, „unstreitig“ habe die Beklagte die strukturellen Voraussetzungen des OPS 8-550 nicht erfüllt. Der MDK habe feststellen müssen, dass die Teilnahme der fachärztlichen Behandlungsleitung an den wöchentlichen Teambesprechungen „nicht erfüllt [sei].“ Ebenso fehle der Nachweis über die Erbringung der Therapieeinheiten; es seien keine Therapiepläne oder -dokumentationen vorgelegt worden. Verstoße das Krankenhaus gegen die Dokumentationspflichten des OPS 8-550, könne dieser nicht kodiert und abgerechnet werden.

Die Klägerin hat, nachdem sie ihre Klage in der Hauptforderung zwischenzeitlich auf 3.553,95 € erweitert, insoweit aber wieder zurückgenommen hat, beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.436,74 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 % Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat – unter Vorlage der Patientenakte – geltend gemacht, der OPS 8-550 sei vollumfänglich nachgewiesen. Eine Auffälligkeitsprüfung habe die Klägerin zudem seinerzeit nicht fristgerecht innerhalb der sechswöchigen Ausschlussfrist in Auftrag gegeben.

Das SG hat ein schriftliches Sachverständigengutachten bei dem Arzt Y. eingeholt und sodann die Klage abgewiesen (*Urteil vom 20.01.2022*). Das Vorbringen der Klägerin, dass die Beklagte die strukturellen Voraussetzungen nicht erfülle, sei unsubstantiiert; auch der MDK ebenso wie der Sachverständige seien davon ausgegangen, dass die Strukturvoraussetzungen vorlägen. Soweit der MDK ausgeführt habe, dass keine Therapieeinheiten dokumentiert seien, weil Therapiepläne und/oder -dokumentation fehlten, könne ein Mangel nicht erkannt werden. Die Krankenakte weise die notwendigen Therapieeinheiten auf (*insbesondere Sprachtherapie, Bobath-Therapie, Krankengymnastik, Gleichgewichtsübungen, Transferübungen sowie verschiedene Gruppenübungen*); in der Addition ergäben sich mehr als 20 Therapieeinheiten binnen 14 Tagen von durchschnittlich mindestens 30 Minuten. Diese Krankenakte müsse auch dem MDK zur Verfügung gestellt worden sein, da dieser andernfalls die von ihm als vorliegend angesehenen Mindestmerkmale nicht beurteilen können. Weiter sei nicht nachzuvollziehen, dass der MDK ausgeführt habe, die fachärztliche Behandlungsleitung sei der Krankenakte nicht zu entnehmen. Vielmehr sei dokumentiert, dass an den wöchentlichen Teambesprechungen ein namentlich benannter Oberarzt teilgenommen habe.

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihrer am 07.02.2022 eingelegten Berufung.

Sie behauptet, die Beklagte habe eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung schon strukturell nicht erbringen können. Dem Qualitätsbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (*G-BA*) lasse sich hinsichtlich der Personalausstattung entnehmen, dass im gesamten Krankenhaus der Beklagten keine Psychologen und Logopäden tätig gewesen seien. Weiter sei ein Leistungsmerkmal des OPS 8-550 die dokumentierte Teilnahme aller Berufsgruppen an den wöchentlichen Teamsitzungen nebst fachärztlicher Behandlungsleitung. Soweit dem SG die Teamsitzungsprotokolle offensichtlich vorgelegen hätten, sei ihr kein rechtliches Gehör gewährt worden. Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren weitere Teamsitzungsprotokolle zu den Akten gereicht habe, ließen diese eine individuelle Bezeichnung der Teilnehmer nicht erkennen, sondern erhielten bloß Buchstabenkürzel. Solche Kürzel genügten nicht, denn es könnten gleiche Namenskürzel vorhanden sein, denen jedoch unterschiedliche Namen zugrunde lägen. Es gehe darum, dem Protokoll unverwechselbar die Beiträge der jeweiligen Teilnehmer als geriatrisches Team zu entnehmen. Eine ordnungsgemäße Dokumentation müsse aus dem Teamsitzungsprotokollen „und vielleicht noch“ anderen Unterlagen in der Patientenakte hervorgehen. Die namentliche Nennung eines Oberarztes stelle nicht die fachärztliche Behandlungsleitung dar.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 20.01.2022 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.436,74 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 08.11.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat erneut ihre Krankenakte einschließlich Teamsitzungsprotokollen vorgelegt. Im Übrigen hat sie vorgetragen, dass auch die Rechtsprechung lediglich eine individuelle und keine namentliche Bezeichnung fordere; die Dokumentation könne orientiert am professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Darüber hinaus habe das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zwischenzeitlich klargestellt, dass weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung nicht erforderlich sein, woraus ebenfalls deutlich werde, dass die Vorlage von unterzeichneten Anwesenheitslisten nicht geboten sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungs- bzw. Krankenakten der Beteiligten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin kommt der mit der Klage geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zu.

Zahlungen ohne Rechtsgrund begründen einen Erstattungsanspruch des Zahlenden gegenüber dem Zahlungsempfänger, sei es nach allgemeinen Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, sei es nach [§ 69 Abs. 1 S. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. [§§ 812 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB; *zum Ganzen statt vieler: BSG, Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 26/21 R, Rn. 13 m.w.N.*). Vorliegend hat die Beklagte auf die Krankenhausabrechnung der Beklagten vom 09.10.2014 (*über 6.660,90 €*) aber keine Zahlungen ohne Rechtsgrund geleistet. Die Abrechnung der Beklagten ist nicht zu beanstanden. Insbesondere hat die Beklagte zu Recht den OPS 8-550.1 kodiert.

Darauf, ob die Beklagte auch den OPS 9-200.1 (*Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen, 72 bis 100 Aufwandspunkte*) zu Recht kodiert hat, kommt es nicht an. Zwar hatte der MDK dessen Kodierung zunächst noch beanstandet, zwischen den Beteiligten besteht aber Einigkeit, dass der OPS 9-200.1 für die Frage, ob die DRG B44B oder aber B70F angesteuert wird, letztlich unerheblich ist. Für den Senat besteht auch nach überschlägiger Prüfung kein Anlass, an dieser übereinstimmenden Einschätzung der Beteiligten zu zweifeln (*vgl. BSG, Urteil vom 26.05.2020 – B 1 KR 26/18 R, Rn. 11 m.w.N.*).

Der danach allein noch streitige OPS 8-550 setzte in der hier anwendbaren Version 2014 folgende Mindestmerkmale voraus:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestic zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen. Sofern diese nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine 2-jährige

- Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Die Kodierung des OPS 8-550.1 erforderte dabei mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten.

1. Vorliegend bestehen keine durchgreifenden Bedenken, dass diese Mindestmerkmale erfüllt sind. Insbesondere konnten die hiergegen von der Klägerin nacheinander vorgebrachten Einwände im Laufe des Klage- und spätestens des Berufungsverfahrens sämtlich ausgeräumt werden.

a) Das zweite und dritte (*standardisiertes geriatrisches bzw. soziales Assessment*) wie auch das sechste Mindestmerkmal (*Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der 4 benannten Therapiebereiche*) sind auch nach der Einschätzung des MDK in dessen gutachtlicher Stellungnahme vom 04.05.2014 ausdrücklich erfüllt. Insoweit bestehen nach Durchsicht der Patientenakte auch für den Senat keine Bedenken, insbesondere sind die Ergebnisse des standardisierten geriatrischen sowie des sozialen Assessments dokumentiert.

b) Das erste (*Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung*) und fünfte Mindestmerkmal (*Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal*) hat der MDK jeweils „[u]nter der Annahme“, dass die personellen, strukturellen und formalen Voraussetzungen bzw. die Strukturmerkmale vorliegen, ebenfalls für erfüllt gehalten. Die Klägerin hat das Vorliegen der Strukturmerkmale dagegen unter Verweis auf den Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2014 des G-BA „bestritten“. Aus diesem gehe hervor, dass die Berufsgruppen der Psychologen, Logopäden und Ergotherapeuten im Behandlungsjahr 2014 im Krankenhaus der Beklagten „nicht vorgehalten und beschäftigt“ gewesen seien. Insoweit erschließt sich indes schon nicht recht, die Strukturmerkmale welches Mindestmerkmals die Klägerin im Einzelnen bestreitet.

Der Vorbehalt des MDK bezog sich auf das erste und fünfte Mindestmerkmal, d.h. die Anforderungen an die fachärztliche Behandlungsleitung (*Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich; überwiegende Tätigkeit in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig*) sowie das zur aktivierend-therapeutischen Pflege eingesetzte Pflegepersonal (*besonders geschultes Pflegepersonal; mindestens eine Pflegefachkraft mit Nachweis strukturierter curricularer geriatriespezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung bzw. übergangsweise mindestens 2-jähriger Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung*). Inwieweit sich aus dem Referenzbericht des G-BA Zweifel am Vorliegen dieser Merkmale ergeben sollen, legt auch die Klägerin nicht dar. Trägt eine Krankenkasse im Abrechnungsstreit aber bloß "ins Blaue hinein" vor, das Vorliegen struktureller Merkmale sei nicht nachgewiesen, muss das Gericht dem nicht nachgehen; dies gilt umso mehr, als der mit der Prüfung der Abrechnung beauftragte MDK keinen Grund gesehen hatte, das Vorliegen der strukturellen Merkmale in Zweifel zu ziehen (*vgl. LSG Bad.-Württ., Urteil vom 15.10.2019 – L 11 KR 4112/18, juris Rn. 67 f. sowie aml. Ls. zu 3.*).

Ohnehin geht die Klägerin bei ihrem Vorbringen vom falschen Referenzbericht aus. Vorgelegt hat sie (auszugsweise) den Referenzbericht des G-BA zu einem U.-Krankenhaus B., behandelt wurde die Versicherte aber im A.-Hospital P.. Dass das A.-Hospital über entsprechende Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzweiterbildungen im Bereich Geriatrie verfügte, lässt sich dem Referenzbericht des G-BA zu diesem Krankenhaus (*online abrufbar unter <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/api/download/260551837-04-2014-xml.pdf>: S. 33 f., dort unter B-1.11.1 und .2*) aber ebenso entnehmen wie das Vorhandensein von Pflegepersonal mit u.a. der Zusatzqualifikation Geriatrie. Zweifel insbesondere gegen den zeitlichen Umfang der besonderen Schulungen bzw. der Zusatzqualifikationen und Berufserfahrung ergeben sich aus dem Referenzbericht nicht, zumal auch der G-BA u.a. die OPS 8-550.- ausdrücklich als Prozeduren nennt, die in der Geriatrischen Abteilung des A.-Hospitals durchgeführt worden seien (*vgl. ebd. Anl. zu B-1.7*).

c) Sollte die Klägerin dagegen das Vorliegen des sechsten Mindestmerkmals (*Teamintegrierter Einsatz bestimmter Therapiebereiche*) in Zweifel ziehen wollen, indem sie bestreitet, dass die Beklagte in 2014 Psychologen, Logopäden und Ergotherapeuten „vorgehalten und beschäftigt“ habe, griffe dieses Vorbringen i.Erg. ebenfalls nicht durch. Unabhängig davon, dass sogar der MDK das Vorliegen des sechsten Mindestmerkmals ausdrücklich nicht bezweifelt hat – wörtlich führte er hierzu aus: „erfolgte durch Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie“ –, lassen sich dem erwähnten Referenzbericht des G-BA als Teile des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot u.a.

- Physikalische Therapie/Bädertherapie,
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie,
- Ergotherapie/Arbeitstherapie,
- Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie sowie
- Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

entnehmen (*S. 8 ff., dort unter A-5*). Dass die logopädische Behandlung danach bloß auf ärztliche Verordnung „durch die Kooperation mit

einer Logopädin gewährleistet“ wird, ist unbeachtlich, weil nicht ersichtlich ist, weshalb nach dem OPS 8-550.1 die Therapieeinheiten vorliegend von eigenem Personal des Krankenhauses hätten erbracht werden müssten (vgl. dazu LSG NRW, Urteil vom 02.06.2022 - [L 16 KR 827/20](#), juris Rn. 30 f. m.w.N.). Dass die vom sechsten Mindestmerkmal geforderten und dokumentierten Therapieeinheiten tatsächlich nicht erbracht worden wären, ist zudem weder substantiiert vorgetragen noch anderweitig erkennbar. Aus demselben Grund ist auch ohne Belang, dass sich dem Referenzbericht nicht entnehmen lässt, dass die Beklagte in dem in Rede stehenden Krankenhaus eigene Psychotherapeutinnen und -therapeuten beschäftigt hätte.

Auch der MDK hat in diesem Zusammenhang lediglich moniert, dass die Durchführung von mindestens 20 Therapieeinheiten nicht dokumentiert sei; es fehlten entsprechende Therapiepläne und/oder -dokumentationen. Derartige Nachweise hat die Beklagte aber nachgereicht. Die zuletzt im Berufungsverfahren vorgelegte Patientenakte enthält eine Leistungsdokumentation, der sich Therapieeinheiten der Physiotherapie („PT“; *zehnmal 30 min, zweimal 5 min*), Ergotherapie („ER“; *dreimal 15 min, siebenmal 30 min und viermal 45 min*) und Logopädie („LO“; *viermal 30 min*), jeweils mit Angabe von Datum, Uhrzeit und Dauer sowie eines „Handzeichens“ entnehmen lassen (zur Beachtlichkeit der im gerichtlichen Verfahren vorgelegten Unterlagen unten 2).

d) Zuletzt hat sich die Beklagte vor allem noch gegen das Vorliegen des vierten Mindestmerkmals (*Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen*) gewandt.

aa) Der MDK hatte dagegen noch ausdrücklich festgestellt, dass Teambesprechungen

„am 10.09.2014 und 17.09.2014 unter Beteiligung der [sic!] aller an den Therapien beteiligten Berufsgruppen“

erfolgt seien; lediglich die fachärztliche Behandlungsleitung sei „nicht zu entnehmen.“ Die im Klageverfahren vorgelegte Patientenakte (auch zu deren Beachtlichkeit unten 2) enthält hingegen Protokolle über Teamsitzungen am 10.09.2014 und 17.09.2014, jeweils 11:00 Uhr. Dort ist bei der Teilnehmerliste jeweils u.a. angegeben: „Fachärztliche Behandlungsleitung: R.“. Der Einwand der Klägerin, wonach die namentliche Nennung eines Oberarztes nicht die fachärztliche Behandlungsleitung darstelle, geht danach ins Leere. Denn dass der genannte Oberarzt die fachärztliche Behandlungsleitung innehatte, ist damit ausdrücklich dokumentiert. Sollte die Klägerin bestreiten wollen, dass der genannte Oberarzt die fachärztliche Behandlungsleitung tatsächlich innehatte – sprich: behaupten wollen, die Dokumentation sei unwahr –, handelte es sich wiederum um Vorbringen völlig „ins Blaue hinein“ (vgl. dazu bereits oben 1b).

bb) Weiter verfängt auch der Einwand der Klägerin nicht, es seien alle Teilnehmer individuell und nach ihren Berufsgruppen zu bezeichnen, was deren „personenbezogene Benennung“ und damit die Nennung ihres Namens verlange; die Mitteilungen eines bloßen Handzeichens genüge nicht. Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass die übrigen Teilnehmer der Teamsitzungen lediglich mit Namenskürzeln in Form von zwei oder drei Großbuchstaben bezeichnet sind. Dies reicht indes zur Bezeichnung der Teilnehmer aus.

Dabei gilt für die Auslegung des OPS, dass Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen (BSG, Urteil vom 16.08.2021 - [B 1 KR 11/21 R](#), Rn. 7; vgl. auch BSG, Beschluss vom 19.07.2012 - [B 1 KR 65/11 B](#), juris Rn. 17; jeweils m.w.N.).

(1) Den Wortlaut des vierten Mindestmerkmals hat das DIMDI rückwirkend zum 01.01.2013 gemäß [§§ 295 Abs. 1 S. 6, 301 Abs. 2 S. 4 SGB V](#) (i.d.F. des *Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11.12.2018*, [BGBl. I 2394](#)) geändert. Es lautet danach:

„Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend.“

Geht man von dieser Fassung des OPS aus, dürften Anforderungen an die Dokumentation bereits dann erfüllt sein, wenn diese die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst; ausreichend sind danach die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen. Weitere Nachweise sind nach der Begründung des DIMDI ausdrücklich nicht erforderlich. Eine Bezeichnung der Teilnehmer scheint danach entbehrlich.

(2) Nichts anderes ergäbe sich aber auch, wenn man die Befugnis des DIMDI, Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen zu können, für verfassungswidrig hielte (so *SG München, Beschluss vom 25.06.2020* - [S 12 KR 1865/18](#), *juris*; dazu *Bockholdt, jurisPR-SozR 21/2020 Anm. 1*; nachgehend *BVerfG, Beschluss vom 24.01.2023* - [1 BvL 11/20](#)). Denn auch nach der Ursprungsfassung des OPS 8.550 müssen zwar Vertreter aller Berufsgruppen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein; hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppen zu bezeichnen (*BSG, Urteil vom 19.12.2017* - [B 1 KR 19/17 R](#), *Rn. 35*). Diese Anforderungen erfüllten die vorgelegten Teamsitzungsprotokolle aber, indem sie jeweils die Berufsgruppe (z.B. „Ärztlicher Dienst“, „Logopädie“, „Physiotherapie“ oder „Pflegedienst“) und sodann in Klammern ein Namenskürzel aus zwei oder drei Großbuchstaben nannte. Nahmen mehrere Teilnehmer derselben Berufsgruppe teil, finden sich mehrere entsprechende Einträge. Dass nur der ärztliche Behandlungsleiter mit vollem Namen bezeichnet ist, ist unerheblich. Vielmehr ist auch die Bezeichnung mit einem Kürzel eine individuelle Bezeichnung im vorgenannten Sinne.

Eine „individuelle“ Bezeichnung setzt - anders als die Klägerin meint - insbesondere nicht voraus, dass der volle Name genannt wird. Voraussetzung, aber auch ausreichend ist vielmehr, dass die Bezeichnung eindeutig einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Der Name ist danach zwar eine individuelle Bezeichnung, Handzeichen u.ä. Kürzel aber auch, sofern sie ebenfalls eine eindeutige Zuordnung erlauben. Insoweit bestehen hier keine Bedenken. Insbesondere ist weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich, dass die Beklagte die verwendeten Kürzel mehrfach vergeben hätte. Vielmehr hat die Beklagte im gerichtlichen Verfahren eine Legende vorgelegt, aus der sich die Klarnamen zu den Kürzeln ergeben. Eine Mehrfachvergabe einzelner Kürzel ist danach nicht erkennbar. Ungeachtet dessen ist das Vorbringen der Klägerin, dass ein Kürzel mehreren Namen bzw. Personen zugeordnet werden könne, insoweit schon im Ausgangspunkt nicht nachvollziehbar, als auch verschiedene Personen den gleichen Namen tragen können.

Fehl geht auch das Vorbringen der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, wonach nur dann, wenn auch die Namen der Teilnehmer an den Teamsitzungen dokumentiert seien, sie diese "googeln" und so ggf. deren Qualifikation nachvollziehen könne. Denn hierauf kommt es nicht an. Dass allein die Dokumentation eine Überprüfung auch der Qualifikation der Teilnehmer ermöglichen müsste, hat in Wortlaut und Systematik des OPS vielmehr keinen Niederschlag gefunden. Zweckmäßigkeitserwägungen, wie sie die Klägerin anstellt, müssen bei der Auslegung des OPS dagegen außer Betracht bleiben (*vgl. BSG, Urteil vom 16.08.2021, a.a.O.*). Der Frage, inwieweit eine bloße Recherche mithilfe einer Internetsuchmaschine geeignet ist, die Qualifikation ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals seriös zu überprüfen, und entsprechende Zweckmäßigkeitserwägungen daher überhaupt tragen könnten, braucht der Senat nicht nachzugehen.

cc) Soweit die Klägerin sich in diesem Zusammenhang auf Rechtsprechung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen (*Urteil vom 20.07.2021* - [L 16 KR 414/20](#), *juris*) bezogen hat, verkennt sie den Unterschied zwischen einerseits der Tatfrage, ob eine Teambesprechung, die den Anforderungen des OPS 8-550 genügt, tatsächlich stattgefunden hat, und andererseits der Dokumentation derselben, namentlich den Anforderungen an die „individuelle“ Bezeichnung der Teilnehmer. Der Senat stellt nicht in Abrede, dass auch nach dem Corrigendum des DIMDI wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung selbstverständlich weiterhin zu erfolgen haben (*dazu auch LSG Nds.-Brem., a.a.O. Rn. 52*; ebenso *Urteil vom 16.05.2023* - [L 16 KR 1/22](#), *juris Rn. 71 f.*; *LSG Bad.-Württ., Urteil vom 30.11.2021* - [L 11 KR 3138/20](#), *juris Rn. 54*; *vgl. auch bereits Senatsurteil vom 19.01.2022* - [L 10 KR 511/20](#), *juris Rn. 41*). Dass die erforderlichen Teambesprechungen hier stattgefunden haben, ist aber spätestens durch von der Beklagten vorgelegte Patientenakte belegt. Dass die Teilnehmer darin bloß mit Kürzeln („Handzeichen“) bezeichnet sind, genügt - wie ausgeführt - den Anforderungen des OPS 8-550 an die Dokumentation und vermag daher die Beweiskraft der vorgelegten Patientenakte nicht zu erschüttern.

2. Die Beklagte ist mit der Vorlage der erst im gerichtlichen Verfahren nachgereichten Unterlagen auch nicht ausgeschlossen. Insbesondere ist schon deshalb keine Präklusion nach § 7 Abs. 2 S. 2 bis 4 Prüfverfahrensvereinbarung 2014 (*PrüfvV 2014*) eingetreten, weil diese erst für die Überprüfung bei Patienten galt, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (§ 12 Abs. 1 S. 2 *PrüfvV 2014*). Ein Krankenhaus ist im Vergütungsstreit aber nicht gehindert, erkennbar ergänzte Behandlungsunterlagen nachzureichen, wenn weder Gesetzes- noch Vertragsrecht entgegenstehen; das Tatsachengericht hat den Beweiswert von Behandlungsunterlagen jeweils im Einzelfall und insbesondere bei nachträglichen Änderungen ohne plausiblen Kontext kritisch zu bewerten (*BSG, Urteil vom 19.11.2019* - [B 1 KR 33/18 R](#), *amtl. Ls. zu 1. und 2.*). Zwar sieht das SGB V bei Streit über Krankenhausvergütung vorprozessual kein Verwaltungsverfahren mit Amtsermittlung vor. Das vom Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG) geprägte gerichtliche Verfahren ermöglicht hingegen eine umfassende Ermittlung des maßgeblichen Sachverhalts. Es dient dazu, den für die rechtliche Bewertung der gestellten Rechnung des Krankenhauses maßgeblichen Sachverhalt aufzuklären und der rechtlichen Bewertung des erhobenen Vergütungsanspruchs zugrunde zu legen (*BSG, a.a.O. Rn. 16*).

Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung bzw. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3 S. 1, 47 Abs. 1 S. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Anlass, gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved

2024-03-14