

S 46 KR 70/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Gelsenkirchen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
46
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 46 KR 70/17
Datum
07.08.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.135,04 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.12.2016 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. 3. Der Streitwert wird auf 1.135,04 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin betreibt das N-Hospital in C, ein zur stationären Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus. Sie begehrt die Zahlung stationärer Behandlungskosten. Sie behandelte die bei der Beklagten versicherte Patientin X, Versicherungsnummer der Beklagten, in der Zeit vom 18.03. bis zum 24.03.2016 unter der Aufnahmenummer. Für die stationäre Behandlung rechnete sie mit Rechnung vom 31.03.2016 (Rechnungsnummer 0000323102) unter Zugrundelegung der DRG H61C (bösartige Neubildung am hepatobiliärem System und Pankreas) und des Zusatzentgelts ZE60.01 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) mit einem Gesamtbetrag von 3.377,08 EUR ab. Unter anderem kodierte die Klägerin für den Behandlungsfall den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-982.1 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung). IM Rahmen der stationären Behandlung wurden u.a. seelsorgerische Angehörigengespräche durch Schwester E, katholische Ordensschwester, und Frau C, evangelische Krankenhausseelsorgerin, geführt. Die Seelsorgerinnen gehören seit über 6 Jahren zum palliativmedizinischen Behandlungsteam des Krankenhauses.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig, veranlasste aber eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dieser kam in seinem Gutachten vom 04.11.2016 zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen des OPS 8-982.1 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung), welcher insbesondere zur Abrechnung des Zusatzentgeltes ZE60.01 führt, nicht vollständig belegt sein. Bei der Voraussetzung des Einsatzes mindestens zweier der benannten Therapiebereiche in einem Umfang von mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche, wobei Angehörigengespräche als Teil dieser Therapiebereiche durch alle Mitglieder des Behandlungsteams erfolgen könnte, seien diese Gespräche durch Seelsorger erfolgt. Diese seien nicht Personal, welches zu dem Behandlungsteam und damit unter die Vorgaben des OPS zu fassen seien. Dementsprechend sei diese Voraussetzung nicht erfüllt und das Zusatzentgelt nicht abrechenbar. Die Beklagte forderte daher mit Schreiben vom 08.11.2016 von der Klägerin 1.135,04 EUR zurück. Sie setzte erfolglos eine Frist bis zum 06.12.2016. In der Folge verrechnete die Beklagte den benannten Betrag mit Sammel-Avis vom 09.12.2016 gegen eine andere Forderung der Klägerin. In dem Avis sind neben anderen Forderungen und Aufnahmenummern zum einen eine Zahlung an die Klägerin in Höhe von 2.241,96 EUR auf die ursprüngliche Rechnung vom 31.03.2016 und gleich danach in der nächsten Spalte ein Abzug in Höhe der ursprünglich gezahlten Rechnungssumme von 3.377,08 EUR als Rückbuchung ausgewiesen. Darüber hinaus sind weitere Forderungen der Klägerin aufgelistet.

Am 23.01.2017 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Aufrechnung bzw. Verrechnung, die die Beklagte durchgeführt hat, rechtswidrig und unwirksam sei. Sie verstoße bereits gegen die Vorgaben des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) – allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung – zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie den Ortskrankenkassen im Land NRW (Landesvertrag). Eine Fallkonstellation in der nach diesem Vertrag eine Aufrechnung zulässig sei, liege nicht vor. Auch wenn man nicht den Landesvertrag, sondern die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 272 Abs. 1 c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfVV) gem. § 17 c Abs. 2 KHG vom 01.01.2015 zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin und der deutschen Krankenhausgesellschaft E.V. Berlin heranziehe, sei die Aufrechnung rechtswidrig und damit unwirksam erfolgt. Denn die Forderung mit und gegen die aufgerechnet wurde sei nicht, wie in der PrüfVV vorgesehen, "genau benannt" worden.

Zudem könne die Beklagte auch keinen Erstattungsanspruch für sich reklamieren, mit dem sie aufgerechnet haben will. Denn die ursprüngliche Abrechnung des streitgegenständlichen Behandlungsfalles über 3.377 EUR unter Berücksichtigung insbesondere des Zusatzentgeltes 60.01 sei richtig und zutreffend gewesen. Insbesondere seien die Voraussetzungen des OPS 8-982.1 auch erfüllt gewesen,

da die Gesprächsleistungen, nämlich die Angehörigengespräche, die vorliegend durch das seelsorgerische Personal des Krankenhauses, welches seit vielen Jahren zum Palliativmedizinischen Team gehöre, durchgeführt worden seien. Dies sei auch hinsichtlich der mindestens 6 Stunden pro Woche an entsprechenden Therapiebehandlungen im Rahmen des OPS zu berücksichtigen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.135,04 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.12.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, die Aufrechnung sei in rechtmäßiger und wirksamer Weise erfolgt. Auch bestehe ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch, den sie zur Aufrechnung gebracht hat, denn die vorliegende Abrechnung sei fehlerhaft gewesen. Die seelsorgerischen Gesprächszeiten könnten vorliegend nicht berücksichtigt werden, sodass der entsprechende OPS-Code 8-982.1 nicht hätte zur Abrechnung kommen dürfen. In der Folge sei das Zusatzentgelt ZE60.01 entfallen.

Auf ausdrückliche Nachfrage des Gerichtes haben die Beteiligten im laufenden Verfahren klargestellt, dass aus ihrer Sicht hinsichtlich der gesamten Abrechnung lediglich die Frage streitig sei, ob die seelsorgerischen Gespräche hinsichtlich der Voraussetzungen des OPS 8-982.1 zu berücksichtigen seien oder nicht.

Mit Schriftsatz vom 06.11.2018 hat die Beklagte äußerst vorsorglich hilfsweise Widerklage erhoben für den Fall der Unwirksamkeit der Aufrechnung und hierbei Bezug genommen auf die Entscheidung des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen unter dem Aktenzeichen [L 5 KR 593/17](#) und der derzeit beim Bundessozialgericht anhängigen Revision unter dem Aktenzeichen [B 1 KR 31/18](#). Die Verfahren betreffen u.a. den Anwendungsbereich der PrüfVV sowie die Voraussetzungen der Wirksamen Aufrechnung gemäß § 9 PrüfVV, insbesondere die Voraussetzung eines "genauen Benennens" der von der Aufrechnung betroffenen Forderungen.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 11.02.2019 und 12.02.2019 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte. Diese sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte nach Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Klage ist als Leistungsklage im Gleichordnungsverhältnis gem. [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Sie ist auch begründet.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung des streitgegenständlichen Betrages von 1.135,04 EUR aus der Forderung für die Behandlung der Patienten bzw. Patientinnen mit der Rechnungsnummern und der Aufnahmenummer über 2.932,25 EUR sowie mit der Rechnungsnummer und der Aufnahmenummer über 935,03 EUR, jeweils vom 28.11.2016. Die ausweislich des Rechnungsbetrages im Zahlungsavis entstandene Forderung über 2.932,35 EUR bzw. 935,03EUR ist nicht anteilig durch Aufrechnung in Höhe von ½ der streitgegenständlichen Forderung erloschen. Denn im Rahmen der formal wirksamen Aufrechnung (hierzu 1.) stand diesen Forderungen der Klägerin (dazu 2.) keine Forderung der Beklagten aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (dazu 3.) gegenüber, so-dass die Gegenforderungen in der entsprechenden Höhe bislang nicht beglichen wurden. (dazu 4.).

1. Die Aufrechnung ist nicht schon aus formalen Gründen rechtswidrig und unwirksam. Maßstab der Prüfung ist § 9 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfVV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG in der Fassung des Jahres 2015.

a. Vorrangig ist die PrüfVV anzuwenden. Sie ist gültig für alle Behandlungsfälle ab dem 01.01.2015, die in den Bereich des [§ 275 Abs. 1 c](#) SGB V fallen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass ab dem 01.01.2016 von § 275 Abs. 1 c sämtliche Fälle der Überprüfung von Krankenhausbehandlungsfällen und der entsprechenden Abrechnung und Vergütung fallen, bei denen der medizinische Dienst der Krankenkasse involviert wurde (§ 275 Abs. 1 c Satz 5 SGB V). Mit dieser neuen Regelung, welche Wirksamkeit ab dem 01.01.2016 hat, hat der Gesetzgeber hinreichend klar dargestellt, dass sämtliche Fälle, in denen der MDK bei der Rechnungsprüfung involviert wird und Daten beim Krankenhaus erhebt, unter das Regime des Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 c fallen. Eine Unterscheidung zwischen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und der Wirtschaftlichkeit einer Krankenhausbehandlung findet insoweit nicht mehr statt. In der Folge unterfallen spätestens seitdem auch sämtliche Prüfungsfälle, in denen der MDK beauftragt wird und die weiteren Voraussetzungen des § 275 Abs. 1 c Satz 5 erfüllt werden, unter das Regime des § 275 Abs. 1 c und damit in den Bereich, für den die Prüfverfahrensverordnung im Rahmen des Prüfverfahrens greift.

Insbesondere ist der Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - der Krankenkassen im Land NRW und der Landeskrankenhausesgesellschaft NRW (Landesvertrag NRW) gem. § 11 PrüfVV 2015 nicht anwendbar. Danach gelten die in der PrüfVV getroffenen Regelungen verbindlich in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig davon, ob in einem Bundesland ein Landesvertrag nach [§ 112 SGB V](#) zur Regelung der Durchführung einer Einzelfallprüfung existiert. In einem solchen Landesvertrag können lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

b. Demgemäß findet hinsichtlich der Zahlungs- und Aufrechnungsregelungen vorrangig § 9 PrüfVV Anwendung. Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten

Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen.

Es erfolgte eine fristgerechte Mitteilung gem. § 9 PrüfVV innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige (§ 8 PrüfVV) durch die Beklagte. Darüber hinaus erfolgte auch die Aufrechnung gegen einen unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses unter genauer Benennung dieses Anspruchs. IM Rahmen des gegenständlichen Zahlungsverhältnisses hat die Beklagte die Forderungen, die zur Aufrechnung herangezogen wurden, "genau benannt" i.S.d. PrüfVV. Es handelt sich dabei um den Leistungsanspruch der Klägerin aus dem Behandlungsfall vom 28.11.2016 mit der Rechnungsnummer und der Aufnahme Nummer über 2.932,35 EUR.

c. Zwar hat die Beklagte nicht erklärt, wie sich die Aufrechnung genau auf die weiteren Vergütungsansprüchen aus dem Sammel-Avis auswirken. Sie hat auch nicht ausdrücklich bestimmt, welcher Anspruch in welchem Umfang bis zur streitgegenständlichen Höhe durch die Aufrechnung erlöschen soll. Allerdings genügt es, dass bei der Mehrheit von Forderungen, welche in Betracht kommen, die betroffene Forderung gem. § 366 Abs. 2 BGB in entsprechender Anwendung bestimmbar ist. Dort ist die entsprechende Tilgungsreihenfolge nach dem vermuteten, vernünftigen Beteiligtenwillen gesetzlich normiert (vgl. Güneberg in: Palandt, Kommentar zum BGB, 75. Auflage 2016, § 366 RNr. 10). Für eine genaue Benennung im Sinne des § 9 Satz 2 PrüfVV genügt es insofern, dass spezifische Angaben, die die Höhe und Identität der betreffenden Forderung festlegen, gemacht werden und die so die Feststellungen der Forderungen nach § 366 BGB zulassen. Dazu genügt es, wenn im Rahmen einer Sammelüberweisung Vergütungsansprüche mit Entlassdatum, Fall- und Rechnungsnummer sowie dem konkreten Zahlbetrag benannt werden. Die weitere Feststellung ergibt sich dann aus der Tilgungsreihenfolge wie sie in der Auffangregelung nach § 366 BGB festgelegt ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 30.07.2019, B 1 KR 31/18). Dieser dem Terminsbericht zu der zuletzt ergangenen Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 30.07.2019 sowie der bereits zuvor ergangenen Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 25.10.2016 (B 1 KR 9/16 R) schließt sich die Kammer nach eigener Überzeugungsbildung an. In den ständigen hochprofessionalisierten Geschäftsverhältnissen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, in denen unter der Ägide von Rahmenvereinbarungen sowie den gesetzlichen Grundlagen des SGB V ständige Vertragsbeziehungen herrschen und eine Vielzahl einzelner Leistungs- und Vergütungsforderungen entstehen und erfüllt werden, genügt es auch zur Überzeugung der Kammer völlig, dass für die jeweils andere Seite unter Heranziehung der gesetzlich vorgesehenen Tilgungsregelungen hinreichend sicher festgestellt werden kann, welche Forderung in welcher Höhe – auch im Rahmen eines Sammelavis – buchhalterisch gegenübergestellt wurde.

2. Unter Heranziehung des § 366 BGB ist auch eine hinreichende Bestimmbarkeit vorliegend gewährleistet. Gem. § 366 Abs. 2 BGB wird, sofern der Schuldner keine Bestimmung über die Tilgungsreihenfolge trifft, zunächst eine fällige Schuld, unter mehreren fälligen Schulden diejenige, welche dem Gläubiger die geringste Sicherheit bietet. Unter mehreren gleichsicheren die dem Schuldner lästigere und unter mehreren gleichlästigen die ältere Schuld und bei gleichem Alter jede Schuld verhältnismäßig getilgt. Sämtliche im Sammel-Avis benannten Schulden bzw. Forderungen waren fällig. Sie boten auch in Anbetracht dessen, dass die Forderungen zwischen den gleichen Beteiligten in immer gleichem Geschäftsverhältnis entstanden sind, die gleiche Sicherheit. Eine gesteigerte Lästigkeit der einen oder anderen Forderung lässt sich ebenfalls zur Überzeugung der Kammer nicht erkennen. Unter den mehreren gleichlästigen Schulden bezieht sich daher die Aufrechnung auf die älteste Schuld

Die ältesten in Betracht zu ziehenden Forderungen im Rahmen des Sammel-Avis sind die beiden Forderungen vom 28.11.2016 mit der Rechnungsnummer und der Aufnahme Nummer über 2.932,25 EUR sowie die Forderung mit der Rechnungsnummer, Aufnahme Nummer über 935,03 EUR. Unter Anwendung des § 366 Abs. 2 BGB sind diese beiden Forderungen von der durchgeführten Aufrechnung jeweils in Höhe von ½ der klagegegenständlichen Forderung (1.135,04 EUR) also 567,52 EUR betroffen.

Die Kammer verkennt nicht, dass aus abrechnungstechnischen bzw. buchhalterischen Gründen im Rahmen des Sammel-Avis zunächst eine Leistung auf die ursprüngliche Rechnung in Höhe von 2.932,35 EUR und sodann eine negative Forderung in Höhe der gesamten ursprünglichen Summe von 3.377 EUR verbucht ist. Dies ist jedoch unschädlich. Die Kammer geht unter Berücksichtigung der hochprofessionalisierten buchhalterischen Vorgänge zwischen Klägerin und Beklagten davon aus, dass sich aus diesem Vorgehen hinreichend deutlich ergibt, dass rechnerisch nur der Differenzbetrag in Höhe von 1.135,04 EUR tatsächlich zum Abzug gekommen ist und als Aufrechnungsbetrag in Rede stand. Es handelt sich um Rechnungsposten auf ein und dieselbe Aufnahme- und Rechnungsnummer.

3. Es bestand keine Aufrechnungslage. Die Beklagte konnte jedoch keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus dem streitgegenständlichen Behandlungsfall X in Höhe der streitgegenständlichen Summe, mit dem sie aufgerechnet haben will, für sich geltend machen. Hinsichtlich der ursprünglichen Abrechnung bzw. der Durchführung des Behandlungsfalles und der Abrechnungshöhe die Berücksichtigung der durch Seelsorger durchgeführten Anhängengespräche ist. Entgegen der Ansicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, welche sich die Beklagte zu eigen macht, dass die Zeiten der Seelsorger hinsichtlich der Gespräche keine Berücksichtigung finden können und daher nur 4 Stunden und 45 Minuten an Behandlungszeit in der fraglichen Woche im Zeitraum 18.03. bis 24.03.2016 berücksichtigt werden können, ist die Kammer der Ansicht, dass auch die seelsorgerischen Gesprächszeiten mit Angehörigen zu berücksichtigen sind, wodurch die notwendigen Voraussetzungen des OPS 8-982.1 von 6 Stunden Gesamtbehandlungszeit pro Woche und damit der Abrechnung des Zusatzentgelts ZE60.01 erreicht werden.

Rechtsgrundlage eines solchen Erstattungsanspruches der Klägerin ist ein allgemeiner öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieser aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Anspruch umfasst, dass Leistungen, die auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts ohne Rechtsgrund erbracht worden sind, zurückzuerstatten sind. Die vertraglichen Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind mit der Änderung des § 69 SGB V durch das GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I 2626) seit dem 01.01.2000 ausdrücklich dem öffentlichen Recht zugeordnet. Demgemäß ist der geltend gemachte Erstattungsanspruch dem öffentlichen Recht zuzuordnen (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), Urteil vom 29.01.2009 - L 16 KR 242/06).

Der Erstattungsanspruch der Beklagten scheidet jedoch vorliegend daran, dass nicht festzustellen ist, dass die Klägerin unter Berücksichtigung des § 812 Abs. 1 S. 1 Alt 1. BGB analog die Vergütungen ohne Rechtsgrund erhalten hätte. Dies wäre dann der Fall, wenn sie einen Vergütungsanspruch in Höhe der geltend gemachten Vergütung von 3.377,08 EUR aus dem Behandlungsfall "X" gegenüber der Beklagten nicht gehabt hätte. Indes kann sich die Klägerin auf einen entsprechenden Vergütungsanspruch stützen. Insbesondere sind die Leistungen (Gesprächsleistungen) der ausgebildeten hauptamtlichen Seelsorgerinnen als Teil der streitgegenständlichen Behandlung im

Rahmen des OPS zu berücksichtigen. Daher war auch das ZE60.01 abzurechnen und zu vergüten.

a. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlungen entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der teilstationären Leistungen durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus, wie hier von der Beklagten, durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19.06.2018, [B 1 KR 26/17 R](#), RNr. 14 juris mit weiteren Nachweisen). Rechtsgrundlage für den Leistungsanspruch der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 SGB V §§ 7ff.](#) KHEntG, § 17b KHG und dem Landesvertrag "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung NRW" (Landesvertrag NRW) nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Der Zahlungsanspruch der Klägerin in der geltend gemachten Höhe ergibt sich aus den von der Verrechnung betroffenen unstrittigen Forderungen, die in zu geringer Höhe vergütet wurden, da die durchgeführte Verrechnung mangels aufrechenbaren Erstattungsanspruch nicht in der streitgegenständlichen Höhe durch Aufrechnung erloschen sind. Denn die Klägerin hat den Behandlungsfall Elisabeth Weidner in zutreffender Höhe unter Berücksichtigung des OPS8-892.1 und des ZE60.01 abgerechnet. Die vertraglichen Fallpauschalen zur Vergütung ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil der-selben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt. Nach den aufgezeigten gesetzlichen Vorgaben und der FPV greifen das in der FPV in Bezug genommene DRG-Ermittlungsprogramm (Grouper), der Fallpauschalen-Katalog und die Kodierrichtlinien als vereinbarte Abrechnungsbestimmungen ineinander. Sie sind bei der Anwendung des Katalogs zugrunde zu legen (BSG, Urteil vom 08. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#)). b. Der Fallpauschalenkatalog sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel sind streng nach ihrem Wortlaut und den Kodierrichtlinien auszulegen. Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-Verzeichnisses und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen (BSG, Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 41/14 R](#), auch schon BSG, Urteil vom 18. 09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#), BSG, Urteil vom 13.12.2001 – [B 3 KR 1/01 R](#)). Maßgebend sind vorliegend die Richtlinien und das ICD-10-Verzeichnis des Jahres 2012. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut ausgelegt wird. Allenfalls ergänzend kommt eine Auslegung solcher Regelungen nach systematischen Erwägungen in Betracht (Bundessozialgericht, Urteil vom BSG, 25.11.2010 – [B 3 KR 4/10 R](#)). Der OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) sieht insbesondere als Mindestmerkmal vor:

Die aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosoziale Stabilisierung ohne kurative Intention und im allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin,

sowie den

Einsatz von mindestens zweien der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlicher Kombination (die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden).

Zur Überzeugung der Kammer ist unter strenger Beachtung des Wortlautes diesen Regelungen nicht zu entnehmen, dass ausgebildete Seelsorger nicht Personen sind, welche zu den "Berufsgruppen des Behandlungsteams" gehören. Insbesondere erfolgt eine Einschränkung des "Behandlungsteams" und der "Berufsgruppen" unter Beachtung des Wortlautes nicht durch Darstellung der Therapiebereiche. Denn der Begriff der "Therapiebereiche" ist nicht zwingend deckungsgleich mit dem Begriff der "Berufsgruppen". Der Begriff "Behandlung" und die Zugehörigkeit von Berufsgruppen zum "Behandlungsteam" ist vielmehr daran zu messen, welche Bestandteile zu einer palliativen Komplexbehandlung als "aktive ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung usw." gehören.

c. Diesbezüglich hat das Sozialgericht Karlsruhe mit Urteil vom 28.02.2019 ([S 9 KR 1621/17](#)) entschieden, dass für die Auslegung des Begriffs "Behandlung" und "Behandlungsteam" auf die Definition der Palliativmedizin nach der World Health Organisation (WHO) abgestellt werden kann. Danach ist die Palliativmedizin ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Die Behandlung umfasst dementsprechend seelsorgerische Tätigkeiten. Zwar ist zu berücksichtigen, dass die psychotherapeutische Arbeit mit pathologischer Dynamik nicht in den Kompetenzbereich eines Seelsorgers fällt. Die Seelsorge ist jedoch als eigenständige Tätigkeit spiritueller Art im Sinne der Definition der WHO im Rahmen der Palliativmedizin und Palliativen Behandlung als eigenständige Tätigkeit spiritueller Art mit selbstständigem Charakter im Rahmen eines Behandlungskonzeptes zu bewerten. Anders als in anderen kurativen Behandlungsverhältnissen, in denen sich die Krankenhausesseelsorge grundsätzlich als ergänzendes Angebot von der Behandlung darstellt, übernimmt die Seelsorge im Palliativkonzept eine anteilige Verantwortung am Therapieplan.

d. Diesen Feststellungen schließt sich die Kammer nach eigener Überzeugungsbildung an. Darüber hinaus wurde in dem Nordrhein-Westfälischen Qualitätskonzept "Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich" herausgegeben des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 3. überarbeitete Auflage (abrufbar unter: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW Qualitätskonzept Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW%20Qualitätskonzept%20Soziale%20Arbeit%20im%20Hospiz-%20und%20Palliativbereich.pdf) , letzter Abruf 17.08.2019 - Qualitätskonzept), dass Ziel der Versorgung im stationären Hospiz neben der palliativ-pflegerischen und medizinischen Versorgung auf Wunsch auch die psychosoziale und seelsorgerische Begleitung Ziel der palliativen Versorgung ist (Seite 15 Qualitätskonzept). Charakteristisch für eine Palliativstation das multiprofessionelle Team aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelfer (Seite 16 Qualitätskonzept). Medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Probleme können auf Palliativstationen wechselnde Priorität haben. Aus dieser Definition, die sie seitens des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalens abzulesen ist, lässt sich ebenfalls die besondere Verknüpfung der spirituellen Komponente einer Palliativmedizinisch umfassenden Behandlung ableiten. Wesentlicher Fall ist insoweit die Auseinandersetzung mit Krankheit, sterben und Tod und hierbei die Unterstützung bei der

Auseinandersetzung mit diesen Themen (Seite 48, 49 Qualitätskonzept).

e. Dies entspricht auch dem Verständnis der Palliativmedizin im Rahmen der Regelung des [§ 37 b SGB V](#) nach der zu spezialisierten ambulanten Palliativversorgung akzessorisch zu den medizinischen sowie pflegerischen Leistungsaspekten auch diesem dienende psychosoziale, spirituelle und organisatorisch-kordinierende Aspekte zu zählen sind (vgl. Riss in: Becker / Kingreen Kommentar zum SGB V, gesetzliche Krankenversicherung, 6. Auflage 2018 [§ 37 b SGB V](#) RNr. 9).

4. Die Beklagte hat an die Klägerin im vorliegenden Fall keine Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt. Die Verrechnung der Beklagten in Höhe der klagegegenständlichen Forderung war daher mangels Aufrechnungsforderung unwirksam. Dementsprechend sind die benannten Forderungen, gegen die aufgerechnet wurde, in der dargestellten Höhe weiterhin nicht beglichen.

5. Der Zinsanspruch der Klägerin, welchen diese geltend macht, folgt aus § 15 Abs. 1 Landesvertrag NRW in Verbindung mit [§§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#). Die Fälligkeit der von der Aufrechnung betroffenen Forderungen vom 28.11.2016, also dem Datum an dem entsprechende Rechnungsdatensätze bei der Beklagten vermerkt wurden, ist 15 Kalendertage später, mithin am 13.12.2016 eingetreten und ab diesem Zeitpunkt entsprechend zu verzinsen.

6. Die Kammer hat nicht über die mit Schriftsatz vom 06.11.2018 erhobene Hilfswiderklage der Beklagten zu entscheiden, da diese im Hinblick auf die Entscheidung des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen unter dem Aktenzeichen [L 5 KR 593/17](#) und der derzeit beim Bundessozialgericht anhängigen Revision unter dem Aktenzeichen [B 1 KR 31/18](#) bestehenden Verfahren äußerst vorsorglich für den Fall der Unwirksamkeit der Aufrechnung erhoben hatte. Aus der Formulierung der Bedingung für diese Hilfswiderklage unter Bezugnahme auf die genannten Aktenzeichen ergibt sich zur Überzeugung der Kammer mit hinreichender Klarheit, dass die Hilfswiderklage nur für den Fall erhoben sein soll, dass die Aufrechnung bereits aus formalen Gründen, nämlich wegen Verstoßes gegen die Voraussetzungen des Landesvertrages oder der Prüfverfahrensverordnung unzulässig und daher unwirksam erfolgt wäre. Dies ist vorliegend jedoch gerade nicht der Fall, sondern die Aufrechnung als solche war formal zwar wirksam, scheidet jedoch am fehlenden Bestehen des zur Aufrechnung herangezogenen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs.

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

8. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 40, 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Gelsenkirchen, Bochumer Straße 79, 45886 Gelsenkirchen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. [§ 65a Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-09-27