

## S 12 KR 546/17

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Kassel (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 546/17  
Datum  
05.11.2018  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 722/18  
Datum  
25.02.2021  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Der Streitwert wird mit 3.324,54 € festgesetzt.

### Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, der Klägerin als Krankenträgerin mit Standorten in A-Stadt und E-Stadt an vollstationären Krankenhausbehandlungskosten weitere 3.324,54 € zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (EZB) seit dem 20. Mai 2017 zu zahlen.

Die 1963 geborene, bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte F. (F.) befand sich vom 24. März 2017 bis 27. März 2017 in vollstationär Krankenhausbehandlung der Klägerin an deren Standort in A-Stadt, wobei der Beklagten seitens der Klägerin aus Anlass dieser Behandlung schließlich unter dem 20. April 2017 unter anderem auf der Grundlage der DRG A13F (Beatmung mehr als 95 Stunden, ohne bestimmte OAR-Prozedur, ohne komplizierte Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) insgesamt 19.350,71 € in Rechnung gestellt worden waren. Erlösrelevant kodiert worden war dabei auch der OPS 8-98f.11 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ...), dessen erlösrelevante Kodierung im Behandlungszeitraum an Mindestmerkmalen (Basisprozedur) unter anderem eine kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten voraussetzte, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen. Darüber hinaus als weiteres Mindestmerkmal eine 24-stündige Verfügbarkeit "im eigenen Klinikum" unter anderem bezogen auf die radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT.

Nachdem die Beklagte die vorgenannte Rechnung auf der Grundlage der zwischen den Beteiligten bestehenden Verträge dann zunächst mit dem eigenen Vorbringen der Klägerin auch in voller Höhe ausgeglichen hatte, hatte die Beklagte dann jedoch gleichzeitig eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag gegeben, wobei der MDK der Klägerin dies wiederum ihrem eigenen Vorbringen zufolge am 5. Mai 2017 unter Verweis auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) auch entsprechend mitgeteilt hatte. Hintergrund hierfür war sodann wiederum nach Aktenlage, dass der MDK zuvor bereits seitens einer anderen Krankenkasse um eine Prüfung dahingehend gebeten worden war, ob die Klägerin im an ihrem Standort A-Stadt betriebenen Krankenhaus die strukturellen Mindestanforderungen der Basisprozedur des OPS 8-98f (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) erfülle, was dann seitens des MDK im Anschluss an eine Krankenhausbegehung mit gutachterlicher Stellungnahme vom 4. Mai 2017 gegenüber der o.a. anderen Krankenkasse verneint worden war. Insoweit stünden "im eigenen Klinikum" zwar über 24 Stunden eine apparative Beatmung, ein nicht invasives und invasives Monitoring, ein kontinuierliches Nierenersatzverfahren, eine interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA und eine Endoskopie zur Verfügung, nicht jedoch eine radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT. Diesbezüglich sei im Gebäude des Krankenhauses die überörtliche radiologische Gemeinschaftspraxis G-A-Stadt ansässig, die für das Krankenhaus die radiologische Diagnostik erbringe. Laut ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei bei Anwendung der Komplex-Kodes aus dem OPS-Katalog der Wortlaut der entsprechenden OPS-Codes zugrunde zu legen. Sei dieser Wortlaut nicht eindeutig, so seien zur Beurteilung ergänzende Ausführungen heranzuziehen. Hierbei könne es sich beispielsweise um die FAQ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information Medizinische Klassifikation (DIMDI), Urteile des BSG zu Komplex-Kodes o.ä. handeln. Seit dem Jahr 2016 sei der Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f bei der 24-stündigen Verfügbarkeit diagnostischer und therapeutischer Verfahren um den Zusatz "im eigenen Klinikum" ergänzt worden. Zur Klärung der Frage, ob die im Wortlaut des OPS 8-98f aufgezählten diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexbehandlung auch anzurechnen seien, wenn "im eigenen Klinikum" keine eigene Fachabteilung oder Funktionsabteilung bestehe, habe der MDK eine Anfrage an das DIMDI gestellt und am

20. Mai 2016 von diesem als Antwort erhalten, dass dann, wenn die Praxis oder ein MVZ rechtlich nicht direkt zum eigenen Klinikum gehöre, das entsprechende Mindestmerkmal (radiologische Diagnostik) nicht erfüllt sei. Bereits unter dem 17. September 2013 habe das DIMDI insoweit auch schon zuvor auf eine frühere Anfrage hinsichtlich der Verfahren der apparativen Beatmung, des nicht invasiven und invasiven Monitorings, der kontinuierlichen oder intermittierenden Nierenersatzverfahren, der radiologischen Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT, der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA und Endoskopie mitgeteilt, dass diese Bedingungen des OPS-Kodes nicht durch eine Kooperation mit anderen Kliniken gewährleistet werden könnten. Da diese Mitteilung bezüglich an einer Klinik ansässiger Praxen bzw. MVZ nicht eindeutig gewesen sei, habe sich der MDK aktuell erneut an das DIMDI gewandt und unter dem 19. April 2017 die Antwort erhalten, dass die 24-stündige Verfügbarkeit "im eigenen Klinikum" voraussetze, dass die dort aufgeführten Verfahren auch organisatorisch zu dem Klinikum gehörten und eine radiologische Praxis in einem Klinikum diese Bedingungen nicht erfülle. Insoweit seien am Standort A-Stadt der Klägerin die strukturellen Mindestanforderungen zur Kodierung des OPS-Kodes 8-98f seit 1. Januar 2016 nicht erfüllt. Erfüllt seien dagegen die strukturellen Mindestanforderungen zur Kodierung des OPS-Kodes 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur).

Dies mit der Folge, dass die Beklagte hieraus eine Überzahlung i.H.v. 3.324,54 € errechnete, unter dem Buchungsdatum 22. Juni 2017 den ursprünglichen Rechnungsbetrag von 19.350,71 € stornierte, unter demselben Buchungsdatum der Klägerin gleichzeitig allein noch 16.026,17 € gutschrieb und gleichzeitig die nach Auffassung der Beklagten überzahlten 3.324,54 € mit unstreitigen Vergütungsforderungen der Klägerin gegen die Beklagte aufrechnete.

Die Klägerin hat hierauf als Krankenhausträgerin am 13. Oktober 2017 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie gegenüber der Beklagten die Zahlung von 3.324,54 € zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (EZB) seit dem 20. Mai 2017 geltend macht.

Zur Begründung führt die Klägerin aus, dass die seitens der Beklagten erfolgte Aufrechnung zu Unrecht erfolgt und insoweit rechtswidrig sei. Die Sichtweise des MDK zur Auslegung des Mindestmerkmals "24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum: ... Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT" sei zu eng. Der MDK stütze sich insoweit auf die o.a. Stellungnahme des DIMDI vom 19. April 2017, die allerdings keine Begründung enthalte. Das DIMDI stelle lediglich die Aussage in den Raum, dass die im OPS-Kode 8-98f aufgeführten Verfahren auch organisatorisch zu dem Klinikum gehören müssten. Warum dies der Fall sein solle, lasse das DIMDI offen. Unbeschadet dessen bedeute die Hinzuziehung der überörtlichen radiologischen Gemeinschaftspraxis G-A-Stadt zur Leistungserbringung im Klinikum der Klägerin am Standort A-Stadt eine enge organisatorische Einbindung in die Krankenhausbehandlung. Mit dem BSG (Urteil vom 10. März 2015, [B 1 KR 4/15 R](#)) seien Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sei, könne ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belasse. Demgemäß seien Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Bewertungen und Bewertungsrelationen blieben außer Betracht. Ungereimtheiten und Wertungswidersprüche seien daher von den zuständigen Stellen, hier des DIMDI, formal zu beseitigen, das hieße, der Wortlaut des OPS-Kodes wäre hier seitens des DIMDI eindeutig und klar festzulegen. Eine - nicht näher begründete - Aussage des DIMDI habe keinen rechtlich verbindlichen Charakter. Zunächst sei maßgeblich, dass der OPS-Code 8-98f ausschließlich auf "Verfahren" abstelle und keinen Personenbezug habe. Eine Hinzuziehung von niedergelassenen Ärzten werde zur Durchführung der radiologischen Diagnostik im OPS-Kode 8-98f dort bereits dem Wortlaut nach nicht ausgeschlossen. Maßgeblich sei ausschließlich, dass das Verfahren - wie hier - im Krankenhaus selbst ("im eigenen Klinikum") durchgeführt werden könne. DSA, CT und MRT befänden sich mit Standortbindung im Hauptgebäude des Klinikums in A-Stadt. Das Klinikum der Klägerin halte somit am Standort A-Stadt die entsprechenden Ressourcen hierfür vor, so dass die radiologische Diagnostik "im eigenen Klinikum" erfolge. Der OPS 8-98f enthalte selbst keine Definition des Begriffs "Verfügbarkeit im eigenen Klinikum". Allerdings werde dieses Merkmal auch im Rahmen anderer OPS-Kodes in dem Sinne ausgelegt, dass "verfügbar" bedeute, dass binnen 30 Minuten die erforderliche Maßnahme durchgeführt werden müsse bzw. ein Kooperationspartner innerhalb dieser Zeitspanne einsatzbereit sein müsse. Beispielsweise gelte das Merkmal "Verfügbarkeit" im Rahmen des OPS-Kodes 8-981 oder 8-98b als erfüllt, wenn der Patient innerhalb einer halben Stunde zum externen Kooperationspartner gebracht werden könne. Auch der Vergleich mit dem OPS-Kode 8-98d zeige, dass "verfügbar" im Sinne von 30 Minuten zu verstehen sei. Im OPS 8-98g sei das Merkmal "stehen zur Verfügung" im Wortlaut selbst erläutert. Insoweit werde auf eine eigene Abteilung oder einen festen Kooperationspartner mit kurzfristiger, max. 30-minütiger Einsatzbereitschaft verwiesen. Daraus erhelle sich, dass die Verfügbarkeit auch als Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte bei kurzfristiger Einsatzbereitschaft im Klinikum der Klägerin am Standort A-Stadt gegeben sein könne. Insoweit sei hervorzuheben, dass sich die Praxisräume im Hauptgebäude des Klinikums am Standort A-Stadt in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme, zur Intensivstation und zum Herzkatheter-Labor befinden würden. Nach objektiver Beurteilung sei daher das hier streitige Mindestmerkmal des OPS 8-98f als erfüllt anzusehen und der Zahlungsanspruch der Klägerin begründet. Dies letztlich auch insoweit, als die erfolgten Aufrechnungen aus anderen Gründen rechtswidrig seien. Die Aufrechnung sei nämlich nicht wirksam erfolgt, da sie den Vorgaben des § 10 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2017 nicht genügen würden. Entgegen § 10 S. 2 PrüfV 2017 habe die Beklagte zwar den Erstattungsanspruch, nicht aber den Leistungsanspruch, mit dem aufgerechnet werden sollte, genau benannt. Das Zahlungsavis der Beklagten liste eine Vielzahl von Behandlungsfällen, Rechnungsdaten und -beträgen auf. Der Aufstellung lasse sich aber nicht ohne weiteres entnehmen, welche Leistungsansprüche im Einzelnen unstreitig und welche streitig seien. Dies genüge nicht der Vorgabe des § 10 S. 2 PrüfV 2017, den unstreitigen Leistungsanspruch, mit dem der Erstattungsanspruch aufgerechnet werden solle, genau zu benennen. Deshalb sei die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung auch mangels hinreichender Bestimmtheit unwirksam.

Die Beklagte tritt der Klageerhebung entgegen. Die Beklagte habe wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet, weil die Abrechnung der Klägerin unzutreffend gewesen sei. Der OPS-Kode 8-98f.11 habe hier nicht kodiert werden dürfen, weil das o.a. Mindestmerkmal einer 24-stündigen Verfügbarkeit der radiologischen Diagnostik nicht erfüllt gewesen sei. Wie die Klägerin selbst zutreffend ausführe, seien Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Bewertungen und Bewertungsrelationen blieben außer Betracht. Maßgeblich für die Auslegung nach dem Wortlaut sei der im Behandlungszeitraum allgemein übliche Sprachgebrauch. Das Wort "Klinikum" werde im allgemeinen Sprachgebrauch als Synonym für "Krankenhaus" verwendet. Ein Krankenhaus sei nach der gesetzlichen Definition in § 2 Nr. 1 Krankenhaus-Finanzierungsgesetz (KHG) eine Einrichtung, in der durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollten oder Geburtshilfe geleistet werde und in der die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden könnten. Aus dieser gesetzlichen Definition werde deutlich, dass ein Krankenhaus bzw. ein Klinikum als "Einrichtung" nicht nur ein oder

mehrere Gebäude, sondern den gesamten Betrieb einschließlich des Personals umfasse. Folglich beziehe sich die im OPS 8-98f verwendete Formulierung "im eigenen Klinikum" auf das Krankenhaus als Institution und nicht allein auf den Standort. Da im vorliegenden Fall DAS, CT und MRT nicht in den Krankenhausbetrieb eingebunden seien, sondern die radiologische Diagnostik insgesamt durch niedergelassene Ärzte erfolge, welche lediglich die Räumlichkeiten der Klägerin nutzten, sei das Merkmal "im eigenen Klinikum" nicht erfüllt. Der von der Klägerin im Rahmen einer systematischen Auslegung vorgebrachte Vergleich mit dem OPS 8-98d spreche schließlich sogar für die seitens der Beklagten vertretene Auffassung. Im OPS 8-98d werde hinsichtlich der Verfügbarkeit bestimmter Leistungen nämlich ausdrücklich zwischen einer eigenen Abteilung und einem festen Kooperationspartner differenziert. Im hier streitigen Mindestmerkmal des OPS 8-98f werde ein fester Kooperationspartner dagegen nicht als Alternative erwähnt. Daraus lasse sich schließen, dass die im OPS 8-98f genannten Leistungen - wie die radiologische Diagnostik - gerade nicht von Dienstleistern erbracht werden dürften, die nicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert seien. Der auf Veranlassung des Gerichts seitens der Klägerin noch vorgelegte Gebäudeplan und der mit den früheren Betreibern der radiologischen Praxis geschlossene Kooperationsvertrag vom 17. Oktober 1990 ändere hieran nichts. Dies, wie ausgeführt, bereits deshalb, weil die 24-stündige Verfügbarkeit einer radiologischen Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT eben nicht allein am Standort, sondern "im eigenen Klinikum" gegeben sein müsse, was hier unstreitig nicht vorliege. Gleichzeitig genüge die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung entgegen der Klägerin auch den Vorgaben des § 10 S. 2 PrüfvV. Die unstreitigen Forderungen, gegen welche die Beklagte mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet habe, seien auf der 3. Seite des von der Klägerin vorgelegten Zahlungsavis vom 27. Juni 2017 unter der Überschrift "Erläuterungen der Verrechnung" konkret bezeichnet. Die Aufrechnung sei dergestalt ausgeführt worden, dass die Beklagte zunächst den gesamten Rechnungsbetrag i.H.v. 19.350,71 € storniert und anschließend den nach dem Ergebnis der MDK-Begutachtung im Behandlungsfall konkret geschuldeten Betrag i.H.v. 16.026,17 € unter Angabe der Aufnahmenummer an die Klägerin ausbezahlt habe. In der Tabelle "Erläuterung der Verrechnung" auf Seite 3 des vorgenannten Zahlungsavis erscheine darüber hinaus die zunächst komplett stornierte Rechnungssumme i.H.v. 19.350,71 € in der 13. Zeile. Unmittelbar darunter seien diejenigen Behandlungsfälle mit den dazugehörigen Fallnummern und Rechnungsbeträgen aufgeführt, welche mit dem Betrag i.H.v. 19.350,71 € verrechnet worden seien. Es handele sich um insgesamt 6 Behandlungsfälle, wobei vom Rechnungsbetrag des letzten Behandlungsfall mit der dort konkret benannten Aufnahmenummer nach der Verrechnung noch ein Betrag i.H.v. 2.018,70 € übrig geblieben sei. Damit seien die Forderungen, gegen welche die Beklagte aufgerechnet habe, hinreichend konkret bezeichnet. Der anschließend für den streitgegenständlichen Behandlungsfall ausbezahlte Betrag i.H.v. 16.026,17 € erscheine als Gutschrift im 1. Block der Tabelle.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 3.324,54 € zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 20. Mai 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Mit Schreiben des Kammervorsitzenden vom 28. Februar 2018, zugestellt am 7. März 2018 bzw. 15. März 2018 sind die Beteiligten sodann darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid im Beschlussbesetzung ohne ehrenamtliche Richter zu entscheiden, wobei den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 2 Wochen nach Zustellung des vorgenannten Schreibens gegeben worden ist. Klägerin und Beklagte haben hierauf nochmals zur Sache Stellung genommen, wobei die Klägerin noch die vom Gericht angeforderten weiteren o.a. Unterlagen vorgelegt hat. Sodann sind die Beteiligten mit weiterem Schreiben des Kammervorsitzenden vom 6. August 2018, zugestellt am 13. bzw. 14. August 2018 darauf hingewiesen worden, dass an der Absicht, die Sache durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, festgehalten werde, wobei den Beteiligten eine nochmalige Anhörungsfrist von 2 Wochen eingeräumt worden ist. Die Klägerin hat sich hiermit wie bereits zuvor ausdrücklich einverstanden erklärt. Die Beklagte selbst hat sich hierzu nicht weiter geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt wie der der beigezogenen kann Geschichte gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

Der Rechtsstreit konnte ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung - ohne ehrenamtliche Richter - entschieden werden, nachdem die Beteiligten zuvor entsprechend angehört worden sind, ihnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt worden ist, die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt darüber hinaus, so wie er für die Entscheidung auf der Grundlage des Vorbringens der Beteiligten in der vorliegenden Fallgestaltung mit der sozialgerichtlichen Rechtsprechung allein rechtlich relevant ist, geklärt ist. Der Gerichtsbescheid wirkt insoweit als Urteil ([§ 105 Abs. 3 1. Halbsatz SGG](#)).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung. Die Aufrechnungen, die dem geltend gemachten Zahlungsanspruch und insoweit der Klageerhebung zugrunde liegen, sind dem Grunde und der Höhe nach zu Recht erfolgt.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird

und iS von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs selbst ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert, wobei sich die Höhe der Vergütung aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2017 geltenden Fassung, ergibt (vgl. hierzu und zum folgenden zuletzt BSG, Urteile vom 19. Dezember 2017, [B 1 KR 17/17 R](#) und [B 1 KR 18/17 R](#)).

Dem liegt sodann ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, wie vor). Die insoweit maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind dabei eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn 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 (stRspr, vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011, wie vor und BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 4/10 R](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen.

Der Klägerin stünde danach ein Vergütungsanspruch über den im Anschluss an die streitigen Aufrechnungen letztlich von der Beklagten zumindest im Ergebnis allein tatsächlich getragen Betrag hinaus nicht zu, wenn die Beklagte für ihre nach [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erfolgten o.a. Aufrechnungen (vgl. hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 RdNr 16; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr. 2; BSG SozR 4-7610 § 366 Nr. 1) einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl. dazu allgemein [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, RdNr 9 ff mwN) in Höhe von insgesamt 3.324,54 € als Gegenforderung gehabt hätte, was mit der Beklagten rechtlich und tatsächlich auch der Fall ist.

Entgegen der Klägerin war der OPS-Kodes 8-98f hier nicht erlösrelevant zu kodieren. Die Klägerin erfüllte mit der Beklagten und dem MDK nicht die Strukturvoraussetzungen, um den OPS-Kodes 8-98f zu kodieren.

Die Vergütung erfolgt insoweit auch vorliegend nach Fallpauschalen, wobei der Fallpauschalenkatalog nach Fallgruppen (DRG) geordnet ist (vgl. BSG wie vor), was mit dem BSG - auch rechtlich - im Einzelnen u.a. folgendes beinhaltet:

"... Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#)" (OPS-301) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. Grundlage hierfür ist ein entsprechendes Definitionshandbuch, in dem für jede Fallpauschale die jeweils maßgebliche Entscheidungslogik in Form von Ablaufdiagrammen festgehalten ist.

... Bedeutsam für diese Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind auch Nebendiagnosen, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben. Für Begleiterkrankungen ist das nach den hier geltenden Kodierrichtlinien der Fall, wenn sie einen über die Hauptdiagnose hinausgehenden Versorgungsaufwand bedingen und nach der DRG-Entscheidungslogik eine höhere Bewertung der erbrachten Leistungen nach sich ziehen. Fehlt es aber an einer dieser Voraussetzungen, ist mit der Fallpauschale für die Grunderkrankung auch der Versorgungsaufwand für etwaige Begleiterkrankungen vollständig mit abgegolten.

... Relevant für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses sind Besonderheiten des Versorgungsgeschehens im DRG-Fallpauschalensystem prinzipiell nur in dem Rahmen, der von den Selbstverwaltungspartnern ausdrücklich vorgegeben ist. Maßgeblich für die Krankenhausvergütung ist hiernach nicht der tatsächlich angefallene und nach Selbstkostendeckungsprinzipien zu bewertende Krankenhausaufwand, sondern der Behandlungsanlass und der zu dessen Versorgung nach der Wertung der Vertragspartner typischerweise erforderliche Aufwand. Demgemäß können die Krankenhäuser für die in das DRG-System fallenden Versorgungsleistungen ausschließlich die DRG-Fallpauschalen nach dem DRG-Regelwerk und die weiteren Entgelte nach dem Katalog des § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG abrechnen. Damit sind nach ausdrücklicher Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntG "alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen" abgegolten. Das sind nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 KHEntG alle Leistungen, die "im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind". Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es deshalb, die Pauschalen "leistungsorientiert" auszugestalten (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) und demzufolge die Komplexität des Leistungsgeschehens in geeignete Fallpauschalen umzusetzen. Dabei haben sie Sorge dafür zu tragen, dass einerseits der Aufwand der Krankenhäuser leistungsgerecht vergütet wird und andererseits der DRG-Katalog hinreichend praktikabel ist. Ausdrücklich ist ihnen vorgegeben: "Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein" (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG). Begleiterkrankungen und andere Versorgungsbesonderheiten kommt danach im Fallpauschalensystem nur Bedeutung zu, soweit sie in das DRG-Regelwerk eingegangen sind und in dessen System zu einer höher bewerteten DRG führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Nebenerkrankung erstens kodierfähig und zweitens erlöswirksam ist.

... Voraussetzung für die Abrechnungsrelevanz einer Nebenerkrankung ist zunächst, dass sie nach den Kodierrichtlinien (zusätzlich)



kodierfähig ist und deshalb in die DRG-Bestimmung dem Grunde nach (überhaupt) eingehen kann. Das ist nach den einschlägigen Kodierrichtlinien dann der Fall, wenn die fragliche Nebendiagnose für das Versorgungsgeschehen tatsächlich bedeutsam geworden ist. Nebendiagnose ist insoweit "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Weiter heißt es aber auch, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass sie selbst therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erfordern und dieser auch tatsächlich erbracht wird.

... Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind mit dem BSG (wie vor) danach solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben. Hauptdiagnose in diesem Sinne ist dabei "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Sind gemessen an dem hieraus sich ergebenden Versorgungsbedarf wegen einer Nebenerkrankung zusätzliche Leistungen zu erbringen, so rechtfertigt dies die Kodierung der entsprechenden Nebendiagnose. Maßstab hierfür ist die "Abweichung von dem Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur".

... Erfordert also eine Begleiterkrankung besondere Leistungen der Diagnostik, der Therapie oder der Betreuung/Pflege und wirkt sie sich somit im "Patientenmanagement" aus, so ist das für die Kodierung z.B. bei operativ zu versorgenden Haupterkrankungen nur beachtlich, wenn die Erbringung dieser Leistungen in der von der Fallpauschale für die Haupterkrankungen abgedeckten Standardversorgung nicht vorgesehen ist. ..."

An alldem hält das BSG zuletzt u.a. mit Urteil vom 19. Juni 2018, [B 1 KR 39/17 R](#), ausdrücklich fest und führt insoweit u.a. aus:

"... Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die FPVn selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung, ... , die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS ... .

... Die Verbindlichkeit der in den FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind. Die Rezeption der Klassifikationen richtet sich nach den jeweils für die zertifizierten Grouper geltenden vertraglichen Regelungen, hier der FPV 2014, nicht dagegen nach [§ 301 SGB V](#) (unzutreffend Becker, KrV 2018, 96, 97 f, wonach der OPS eine normative Handlungsform sui generis sei). Diese Norm regelt nicht die rechtliche Verbindlichkeit der Klassifikationssysteme für die Ermittlung der DRGs, sondern sieht Informationspflichten der Krankenhäuser, anderer stationärer Einrichtungen und der ermächtigten Krankenhausärzte gegenüber den KKn im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vor (vgl. [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24, stRspr). Weder das auf der Grundlage des § 17b KHG und des KHEntgG beruhende DRG-Vergütungssystem als Ganzes noch die ihn dieses - wie aufgezeigt - inkorporierten Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS haben den Ländern vorbehaltene krankenhausplanungsrechtliche Regelungen zum Gegenstand. Soweit der OPS in den Komplexziffern auch strukturelle Anforderungen definiert, regelt er lediglich Vergütungsvoraussetzungen, über die sich die Vertragspartner auf Bundesebene verständigt haben. Diese Voraussetzungen beschreiben vorgefundene medizinische Erfordernisse und bilden zugleich die sich daraus ergebenden erforderlichen Ressourcen ab, um die vergütungsrechtliche Gleichbehandlung der Krankenhäuser zu gewährleisten. Hingegen steht der OPS den Ländern nicht im Wege, infrastrukturelle Planungs- und Investitionsentscheidungen über die von ihnen für erforderlich gehaltene Versorgung mit auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Einheiten (Stroke Units) zu treffen (dies verkennend Becker, KrV 2018, 96, 99)."

Unter Zugrundelegung dieser Voraussetzungen setzt auch zur Überzeugung der Kammer das Mindestmerkmal des OPS 8-98f.11, das hier zur Abrechnung gelangt ist, bereits begriffsnotwendig hier eine "eigene", also von der Klägerin an ihrem Standort in A-Stadt in Eigenregie selbst geführte Radiologie voraus, da als Mindestmerkmalen angelegten Strukturmerkmalen immanent ist, dass sie personell und sachlich als solches immer und insbesondere wortlautgemäß vorliegen müssen. Ein insoweit rein örtlicher Bezug, wie er vorliegend gegeben ist, reicht mit den überzeugenden Ausführungen der Beklagten hierzu, die sich die Kammer zu eigen macht, nicht zuletzt auch und gerade auf der Grundlage der o.a. rechtlichen Vorgaben, denen die Kammer folgt, nicht aus. Die von der Klägerin angeführten Beispiele in anderen OPS-Kodes rechtfertigen es dann auch gerade nicht, einen allein örtlichen Bezug ausreichen zu lassen. Von einer Übertragungsmöglichkeit auf einen Kooperationspartner oder einer auch im Übrigen ausreichenden 30minütigen Erreichbarkeit ist hier nämlich ausdrücklich erst gar keine Rede, so dass eine Radiologie "im eigenen Klinikum" nur dergestalt zu verstehen ist, dass die Klinik diese zur lösrelevanten Kodierung des OPS 8-98f unter ihrer Federführung als eigenen Betriebsteil selbst vorhalten muss.

Ist ein strukturelles Mindestmerkmal dann aber wie auch hier nicht grundsätzlich gegeben, liegen die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8-98f auch grundsätzlich nicht vor.

Damit hat die Klägerin den OPS 8-98f sachlich-rechnerisch zu Unrecht lösrelevant kodiert, mit der Folge der von der Beklagten insoweit festgestellten o.a. Überzahlung, die sich rechnerisch auf den Betrag von 3.324,54 € belaufen hat.

Insoweit stand der Beklagten in der vorgenannten Höhe ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, der sie sodann nach den [§§ 812ff BGB](#), [387 BGB](#) auch zu den dann erfolgten Aufrechnungen berechtigte (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. zB [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr), ohne dass die Kammer hier rechtlich durchgreifend Gründe zu erkennen vermochte, die hier konkret einer Wirksamkeit der erfolgten Aufrechnungen entgegenstünden.

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Die weiteren unstrittigen Vergütungsansprüche der Klägerin und die von der Beklagten aufgerechneten öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüche waren gegenseitig und gleichartig, die öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüche waren fällig und die weiteren Vergütungsansprüche der Klägerin auch erfüllbar, ohne dass hier die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVv) zur Anwendung gelangte, nachdem es sich bei einer Strukturprüfung eben nicht um eine Auffälligkeitsprüfung nach der PrüfVv handelt (vgl. zur Aufrechnung ansonsten BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr 2; BSG SozR 4-7610 § 366 Nr 1).

Unabhängig hiervon würden zumindest zur Überzeugung der Kammer mit den Ausführungen der Beklagten hierzu die erfolgten Aufrechnungen dann aber auch § 10 PrüfvV genügen.

Die Klage war nach alledem abzuweisen, ohne dass es insoweit noch darauf angekommen wäre, worauf sich der hier geltend gemachte Zinszeitpunkt gestützt hätte, nachdem die Verzinsung hier einen Tag nach der erfolgten Aufrechnung zu laufen begonnen hätte, ggf. zeitversetzt.

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschlussgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 € übersteigt (Rechtsmittelbelehrung I).

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der streitigen Forderung folgt, findet nach [§ 25 Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt (Rechtsmittelbelehrung II).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-13