

## L 10 KR 262/21 KH

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 60 KR 1107/18  
Datum  
17.08.2022  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 10 KR 262/21 KH  
Datum  
17.08.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 03.03.2021 wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 1.807,20 € festgesetzt.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten – noch – über die Kodierung des OPS 8-982.3 (*Palliativmedizinische Komplexbehandlung, min 21 Behandlungstage*).

Frau S (\* 00.00.1946, † 00.10.2017; fortan: *Versicherte*) war bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich gegen Krankheit versichert. Vom 30.08.2017 bis 22.09.2017 wurde sie unter der Diagnose eines primär hepatisch und ossär metastasierenden neuroendokrinen Tumors stationär im Klinikum der Klägerin behandelt, einem in den Krankenhausplan NRW aufgenommenen Krankenhaus.

Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür insgesamt 8.115,55 € in Rechnung. Dabei berücksichtigte sie u.a. eine palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982.3) mit einem Zusatzentgelt (ZE60.03) iHv 2.318,21 € (Rechnung vom 04.10.2017). Die Beklagte beglich die Rechnung vollständig, leitete zugleich aber eine Abrechnungsprüfung ein. Der MDK Nordrhein teilte der Klägerin hierzu mit, dass Prüfungsgegenstand (*neben einer vorliegend nicht mehr interessierenden sekundären Fehlbelegung*) eine Kodierprüfung sei; zu prüfen sei der OPS 8-982.3 (*Prüfungsankündigung des MDK vom 10.10.2017; bei der Klägerin eingegangen am 12.10.2017*). Nach Begehung kam der MDK insoweit zu dem Ergebnis, dass der OPS 8-982.3 wegen Unvollständigkeit der Dokumentation nicht nachvollziehbar sei.

Die Beklagte forderte von der Klägerin daraufhin 4.394,33 € zurück und rechnete diesen Betrag schließlich gegen einen – unstreitigen – Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer anderen Krankenhausbehandlung (*betr Frau W, Fall-Nr d KI 4411020*) auf.

Die Klägerin hat daraufhin am 13.08.2018 Klage zum SG Duisburg erhoben.

Im Klageverfahren hat sie ihre Rechnung auf 7.815,02 € korrigiert, wobei sie als Entlassungsdatum nunmehr den 21.09.2017 zugrunde legte. Im Übrigen hat sie u.a. vorgetragen, der OPS 8.982.3 sei zu verschlüsseln gewesen. Sie habe insbesondere die Protokolle der Teamsitzungen vorgelegt, aus denen sich der Zustand der Versicherten und die durchgeführten Maßnahmen ergäben. Aus dem Gutachten des MDK sei nicht zu erkennen, welche Bestandteile der Dokumentation fehlen sollten. Da der MDK eine Prüfung vor Ort durchgeführt habe, habe ihm die gesamte Krankenakte zur Verfügung gestanden; eventuelle Ausschlussfristen seien damit irrelevant. Die Voraussetzungen des OPS-8.982.3 seien auch erfüllt. Insbesondere habe sie bei der Klägerin ua basale Stimulation und die Kinästhetik angewandt. Diese seien Leistungsbereiche im Rahmen der Palliativmedizin und deshalb zu berücksichtigen; es handle sich um einen eigenständigen Teil der Behandlung. Wenn dieser von Pflegedienstmitarbeitern durchgeführt werde, führe dies nicht dazu, dass er allein der Pflege zuzuordnen sei.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.093,80 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.04.2018 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Klägerin zu, mit dem sie wirksam aufgerechnet habe. Der MDK habe die Mindestmerkmale des OPS 8-982.3 nicht bestätigen können, weil die Klägerin die notwendigen Behandlungsunterlagen nicht vorgelegt habe; damit greife die materiell-rechtliche Ausschlussfrist (§ 7 PrüfV 2016). Im Übrigen hat die Beklagte – bei gleichzeitig ausdrücklicher Aufrechterhaltung ihres Vorbringens zur Ausschlussfrist – auf eine neuerliche gutachtliche Stellungnahme des MDK (*Dr A vom 22.11.2019*) Bezug genommen. Danach sei der Nachweis des stattgehabten Aufwandes zum Teil unvollständig und bezogen auf die für den OPS 8.982.3 relevanten Therapiebereiche zum Teil sachlich falsch dokumentiert. So fänden sich im Bereich Physiotherapie an mehreren Tagen Handzeichen, die vorgesehene Angabe des Zeitaufwandes fehle aber mit Ausnahme von drei Tagen. Die angegebene Ernährungsberatung gehöre nicht zu den für den OPS 8.982.3 relevanten Therapiebereichen, ebenso wenig die aktivierende Pflege und die in diesem Zusammenhang angegebenen Aufwendungen. Da damit die für den OPS 8-982.3 erforderlichen Therapiezeiten von sechs Stunden pro Patient und Woche nicht erreicht würden, sei die Kodierung weiterhin nicht korrekt. Des Weiteren hat die Beklagte geltend gemacht, in der Patientenakte finde sich kein bei Aufnahme erstellter und dokumentierter, individueller Behandlungsplan.

Das SG hat die Beklagte durch Urteil vom 03.03.2021 verurteilt, an die Klägerin 2.286,60 € nebst Zinsen iHv zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 20.04.2018 zu zahlen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen (*Urteil vom 03.03.2021*). Nach dem neuerlichen Gutachten des MDK sei die – zwischen den Beteiligten zunächst ebenfalls noch umstrittene – Verweildauer nicht mehr streitig und der Klage insoweit stattzugeben. Im Übrigen ergebe sich eine Mindervergütung von 1.807,20 €, auf die die Klägerin keinen Anspruch habe. Streitig sei insoweit, ob bei der Versicherten mindestens zwei der im OPS 8-982.3 genannten Therapiebereiche mit insgesamt mindestens sechs Stunden pro Patientin und Woche zum Einsatz gekommen seien. Soweit die Beklagte überdies das Vorliegen eines individuellen Behandlungsplans beanstandet habe, finde sich zwar in der Patientenakte kein Dokument, das formal als solcher bezeichnet sei. Es genüge aber, wenn, wie vorliegend, nach Erstellung eines Schmerz- und Beschwerdeassessments, eines Screenings zur Befindlichkeit, einer ausführlichen Pflegeanamnese einschließlich pflegerischem Basisassessment Akutpflege und einer Sozialanamnese in der ersten Teambesprechung nach Aufnahme konkrete und auf die individuelle Situation der Patientin bezogene Ziele definiert würden. Hingegen fehle es an einer hinreichenden Dokumentation des Aufwandes unterschiedlicher Therapien im Umfang von insgesamt sechs Stunden pro Patientin und Woche. So sei die Durchführung von Physiotherapie/physikalischer Therapie lediglich für drei Tage mit Zeitangabe dokumentiert, im Übrigen aber lediglich mit Handzeichen und ohne Zeitangabe. Damit könne der geforderte Mindestzeiteinsatz nicht nachgewiesen werden. Die ebenfalls dokumentierte Ernährungsberatung sowie basale Stimulation und Kinästhesie stellten keine Therapiebereiche iSd OPS 8.982.3 dar. Dieser enthalte bereits seinem Wortlaut nach einen Numerus-clausus an Therapiebereichen. Weder die Ernährungsberatung noch die basale Stimulation oder die Kinästhesie seien dort genannt. Für die Ernährungsberatung sei dies zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Kammer habe sich auch nicht davon überzeugen können, dass basale Stimulation und Kinästhesie einem der ausdrücklich genannten Therapiebereiche zuzuordnen seien. Vielmehr handele es sich um Bestandteile der aktivierend- oder begleitend-therapeutischen Pflege. Und selbst wenn man davon ausginge, dass basale Stimulation und Kinästhesie einem der im Katalog genannten Leistungsbereiche zuzuordnen seien, etwa der Physiotherapie, ließen sie sich ausschließlich durch Physiotherapeuten erbringen, seien vorliegend aber ausweislich der Patientenakte von Pflegekräften erbracht worden.

Die Klägerin hat hiergegen am 09.04.2021 Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, sie habe ausreichende Therapieeinheiten erbracht, selbst wenn man die Bereiche basale Stimulation und Kinästhesie nicht berücksichtige. Hierzu verweist sie auf die Patientendokumentation sowie ergänzend Screenshots aus ihrer EDV, in der auch die einzelnen Leistungen der Physiotherapie (*Manuelle Lymphdrainage, Krankengymnastik, Fango, klassische Massage*) mit Zeitanatz festgehalten seien; für die Physiotherapie plane sie immer feste Zeitkontingente von 30 min ein, so dass in der Behandlungsdokumentation auf eine gesonderte Zeitangabe verzichtet werde, soweit keine andere Leistungszeit vorliege. Weiter sei zu Beginn des stationären Aufenthalts auch ein palliativmedizinisches Basisassessment durchgeführt worden. Es seien mindestens die Belastungen in den Bereichen Schmerzen, Symptomintensität, Lebensqualität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, soziale Situation und psychosoziale Belastetheit untersucht worden. Dass dabei auch fünf standardisierte Messverfahren zum Einsatz kämen, sei nicht erforderlich. Behandlungsziele und -ergebnisse seien dokumentiert worden; dies ergebe sich aus den Teamsitzungsprotokollen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 03.03.2021 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin weitere 1.807,20 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 20.04.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angegriffene Entscheidung.

Der Senat hat Beweis erhoben durch zeugenschaftliche Vernehmung des „Teamleiters Therapien“ der Klägerin, Herrn R. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Anlage zur Niederschrift über den Erörterungstermin vom 15.12.2021 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird zudem auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungs- und Patientenakten Bezug genommen.

#### **Entscheidungsgründe:**

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Soweit das SG die Klage abgewiesen hat, ist sein Urteil nicht zu beanstanden. Nur insoweit steht das Urteil zur Überprüfung durch den

Senat, weil allein die Klägerin Berufung eingelegt hat. Im Übrigen, dh soweit das SG die Beklagte verurteilt, ist das Urteil dagegen rechtskräftig geworden ([§§ 202 S 1 Hs 1 SGG iVm 705 ZPO](#)).

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenhausträgers handelt es sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), juris Rn 14; Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#), juris Rn 13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

II. Die Klage ist, soweit sie im Berufungsverfahren angefallen ist, aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.807,20 € aus der Behandlung von Frau W. Dieser Vergütungsanspruch ist dem Grunde nach unstrittig; eine weitere Prüfung erübrigt sich deshalb (dazu BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#), amtl Tz 9).

Der Vergütungsanspruch ist im streitbefangenen Umfang durch Aufrechnung erloschen ([§§ 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm 389 BGB](#)). Der Beklagten stand als Gegenforderung ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#), amtl Tz 11 mwN), weil sie für die Behandlung der Versicherten S ohne Rechtsgrund zu viel gezahlt hatte. Zwar entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch eine Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iSv [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl statt vieler: BSG, Urteil vom 19.06.2018 - [B 1 KR 26/17 R](#), amtl Tz 14 mwN). Bei dem Krankenhaus der Klägerin handelte es sich um ein zugelassenes Krankenhaus, weil es in den maßgeblichen Krankenhausplan NRW aufgenommen war ([§ 109 Abs 1 S 2 SGB V](#)). Die Klägerin war aber nicht berechtigt, für den Behandlungsfall der Versicherten S auch den OPS 8-982.3 zu kodieren und damit das Zusatzentgelt ZE60.03 abzurechnen (zur Ermittlung der abzurechnenden Vergütung nach dem DRG-System anhand u.a. der zu kodierenden OPS ausf BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#), juris Rn 15 ff). Die von der Beklagten erklärte Aufrechnung war dabei gemäß [§ 10 S 1 PrüfV 2016](#) auch zulässig.

1. Der OPS 8-982 lautet wie folgt:

„Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Exkl: Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff)

Hinw: Mindestmerkmale:

- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)“

Der OPS 8-982.3 ist dabei zu kodieren bei mindestens 21 Behandlungstagen.

Vorliegend ist die Erfüllung bereits des ersten (*Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der Behandlung; dazu 2*) sowie darüber hinaus weiter insbesondere des vierten (*Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme; dazu 3*) und fünften Mindestmerkmals (*wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele; dazu 4*) nicht feststellbar. Den übrigen Mindestmerkmalen und damit auch den zwischen den Beteiligten umstrittenen Fragen, welche Therapiebereiche im Rahmen des fünften Mindestmerkmals berücksichtigungsfähig sind und in welchem zeitlichen Umfang die Erbringung von Physiotherapie nachgewiesen ist, braucht der Senat danach nicht mehr weiter nachzugehen.

2. Es lässt sich bereits nicht feststellen, dass im Fall der Versicherten ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment gemäß des ersten Mindestmerkmals stattgefunden hat.

a) Das Nähere zum palliativmedizinischen Basisassessment bestimmt OPS 1-774, der lautet:

„Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)

Exkl: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff)

Hinw: Dieser Kode ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden“

Dieser OPS 1-774 ist dabei auch für die Auslegung des OPS 8-982 maßgeblich. Dies folgt aus Wortlaut und Systematik des OPS.

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. 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, amtl Tz 7; vgl auch BSG, Beschluss vom 19.07.2012 - B 1 KR 65/11 B, juris Rn 17; jeweils mwN*). Im Übrigen gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind (*BSG, Urteil vom 16.08.2021, aaO Tz 7, 11; Beschluss vom 19.07.2012, aaO Rn 18*).

Vorliegend verwenden die OPS 1-774 und 8.982 einen exakt gleichlautenden Begriff („Palliativmedizinisches Basisassessment“). Das systematische Zusammenspiel beider OPS ist überdies daran erkennbar, dass der OPS 1-774 die OPS 8-982 ff ausdrücklich ausnimmt („Exkl“). Ebendies macht aber nur Sinn, wenn der Begriff des palliativmedizinischen Basisassessments in beiden OPS dasselbe meint. Derartige Ausschlussbemerkungen markieren ein systematisches Vorrang-Nachrang-Verhältnis innerhalb des OPS-Katalogs. In den Nutzungshinweisen zum OPS-Katalog 2017 heißt es dementsprechend:

„Ausschlussbemerkungen ("Exkl:")

Ausschlussbemerkungen weisen auf Maßnahmen hin, die einem anderen Kode der Klassifikation zuzuordnen sind. Der zutreffende Kode ist jeweils angegeben. [...]"

b) Ein palliativmedizinisches Basisassessment im vorgenannten Sinne lässt sich vorliegend nicht feststellen. Schon anhand der Patientenakte ist vielmehr nicht nachvollziehbar, inwieweit standardisierte Messverfahren tatsächlich zum Einsatz gekommen sind (*dazu aa*), und dass mit diesen mindestens fünf Bereiche der Palliativversorgung untersucht wurden (*dazu bb*).

aa) Der Einsatz standardisierter Messverfahren lässt sich auch anhand der Patientenakte nicht lückenlos nachvollziehen. Dass über die in der Patientenakte abgelegten hinaus weitere Untersuchungen durchgeführt worden wären, trägt überdies auch die Klägerin nicht vor. Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass die Patientenakte Verweise auf verschiedene Assessments beinhaltet (*vgl Dokumentation Assessment vom 30.08.2017, dort zu MIDOS, Hornfelder Screening Instrument <HSI>, Distress-Thermometer, Nutritional Risk Screening <NRS>*) und bei Aufnahme auch Befinden und Beschwerdeintensität abgefragt wurden. Diese Assessments selbst finden sich indes nur teilweise in der Patientenakte. Veraktet sind lediglich die Bögen zum HSI sowie zum Distress-Thermometer sowie der erwähnte Anamnesebogen zu Befinden und Beschwerdeintensität. Dagegen fehlt eine Dokumentation der mittels MIDOS und NRS erhobenen Befunde. Dass die angeblichen Untersuchungen nach MIDOS und NRS tatsächlich den jeweiligen standardisierten Anforderungen genügten und damit standardisiert erfolgten, lässt sich danach nicht nachvollziehen. Die Dokumentation Assessment vom 30.08.2017 referiert lediglich deren Auswertung und dies zudem eher knapp (*zum MIDOS: „Punkte/Befinden: schlecht / Symptome/Betreuungsbedarf/Belastungen: SZ 5-7 <Beine>, Schwäche“; zum NRS: „erhöhtes Risiko f Mangelernährung“*). Inwieweit es sich bei dem vorgenannten Anamnesebogen zu Befinden und Beschwerdeintensität um ein standardisiertes Messverfahren handelt, legt zudem auch die Klägerin nicht dar, sondern unterstellt dies ohne nähere Erläuterung. Überschriften ist der Anamnesebogen unter dem Briefkopf der Klinik für internistische Onkologie und Hämatologie mit integrierter Palliativmedizin jedenfalls schlicht mit „Aufnahme“. Insoweit weist die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in einer Übersicht zum palliativmedizinischen Basisassessment (*online abrufbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>; zuletzt abgerufen am 17.08.2022*) aber ausdrücklich darauf hin, dass das palliativmedizinische Basisassessment sich inhaltlich und umfänglich von den herkömmlichen Aufnahmeuntersuchungen im Krankenhaus unterscheidet, da im Palliativkontext neben der körperlichen weitere Dimensionen berücksichtigt werden müssen. In jedem Fall lässt sich aber wiederum nicht nachvollziehen, dass die Untersuchung mithilfe des Anamnesebogens standardisiert erfolgt wäre. Denn zwar sind beide Seiten des Anamnesebogens veraktet, ausgefüllt ist aber lediglich die erste Seite.

bb) Nach allem sind zwar standardisierte Untersuchungen mittels HSI und Distress-Thermometer nachvollziehbar, nicht aber, dass diese mindestens fünf Bereiche der Palliativversorgung erfassten. Hier ist der Klägerin zwar zuzugeben, dass maßgeblich für ein palliativmedizinisches Basisassessment nicht die Durchführung von fünf Messverfahren ist, sondern dass fünf Bereiche der Palliativversorgung mittels standardisierter Messverfahren erhoben; mit einem einzelnen Messverfahren können mithin auch mehrere Lebensbereiche untersucht werden. Dennoch ist nicht nachvollziehbar, dass tatsächlich mindestens fünf der genannten Lebensbereiche untersucht wurden. Der HSI hat ausweislich des verakteten Fragebogens die „Befindlichkeit“ zum Gegenstand. Das Distress-Thermometer ist nach der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (*aaO*) in Bezug genommenen Zeitschriftenliteratur ein Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Dabei kann dahinstehen, inwieweit die im HSI untersuchte Befindlichkeit und die im Distress-Thermometer erfasste psychosoziale Belastung tatsächlich zwei Lebensbereiche ausmachen. Denn selbst wenn es sich um verschiedene Lebensbereiche handelte, wären nachweisbar jedenfalls nicht mehr als zwei untersucht worden.

3. Dass bei Aufnahme der Versicherten ein individueller Behandlungsplan erstellt und dokumentiert iSd vierten Mindestmerkmals worden wäre, ist nicht ersichtlich. Insoweit teilt der Senat nicht die Einschätzung des SG, wonach es ausreiche, wenn in der ersten Teamsitzung nach Aufnahme konkrete und auf die individuelle Situation der Patientin bezogene Ziele definiert werden.

a) Unabhängig davon, ob sich dem Teamsitzungsprotokoll vom 31.08.2017 tatsächlich Behandlungsziele entnehmen lassen (*dazu sogleich b sowie unten 4c*), ist ein Behandlungsziel nicht dasselbe wie ein Behandlungsplan. Dies ist daran erkennbar, dass der OPS 8.982 selbst zwischen der Erstellung und Dokumentation eines Behandlungsplans (*im vierten Mindestmerkmal*) und der Dokumentation von Behandlungszielen (*im fünften Mindestmerkmal*) unterscheidet. Dies fügt sich auch in die Binnensystematik des OPS 8-982 ein, dienen die wöchentlichen multidisziplinären Teambesprechungen iSd fünften Mindestmerkmals doch der Kontrolle, welche Behandlungsergebnisse

erreicht und welche ggf. (noch) nicht erreicht wurden, aber angestrebt werden (zum OPS 8-550.1 vgl BSG, Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 19/17 R](#), amtl Tz 35; die Rechtsauffassung des BSG wird durch die Corrigenda des DIMDI mWv 01.01.2013 insoweit nicht berührt, denn diese betr. lediglich Erleichterungen bzgl. der Dokumentationspflichten, vgl LSG Nds-Brem, Urteil vom 20.07.2021 - [L 16 KR 414/20](#), juris Rn 49 ff; vgl auch unten 4b). Ein Behandlungsplan beschreibt folglich, welche Behandlungen wie durchgeführt werden sollen, um bestimmte Behandlungsziele zu erreichen (vgl in anderem Zusammenhang auch Knittel in Krauskopf, SozKV <Stand: VI/2018>, [§ 107 SGB V](#) Rn 15: konkretes, auf den jeweiligen Patienten abgestimmtes Behandlungskonzept).

b) Ein Behandlungsplan in diesem Sinne lässt sich der Patientenakte nicht entnehmen, auch nicht dem Protokoll der ersten Teambesprechung vom 31.08.2017. Die weiteren Teamsitzungsprotokolle müssen insoweit außen vor bleiben, weil ein Behandlungsplan schon dem Wortlaut des OPS 8-982 nur „bei Aufnahme“ erstellt werden kann. Die Eintragungen in das Teamsitzungsprotokoll unter dem 31.08.2017 beschränken sich aber auf knappe Stichworte („TVT ausschließen“), die teilweise auch gar kein Ziel beschrieben, sondern mögliche Behandlungsoptionen anreißen („Logo? Lioresal?“). Auch im Übrigen enthält das Teamsitzungsprotokoll lediglich knappe Hinweise auf einzelne Beschwerden und Behandlungen. So beschränkt es sich etwa auf die Feststellung, dass wegen Beinödemen bds. eine Mobilisation erforderlich sei, ohne näher auszuführen, wie diese erreicht werden soll. Auch weitere Vermerke zu bereits eingeleiteten (Lopedium wegen Diarrhoen) bzw. geplanten Behandlungen („Ernährung: Beratung auf eine hoch dosierte Eiweißkost. [...]“) bleiben vereinzelt.

4. Weiter fehlt es an einer wochenbezogenen Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele iSd fünften Mindestmerkmals. Zwar lassen sich in den vorgelegten Behandlungsunterlagen wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechungen entnehmen (namentlich für den 31.08.2017, 07.09.2017, 14.09.2017 und 21.09.2017); entsprechende Teilnehmerlisten hat die Klägerin mit der Klageschrift vorgelegt (dort Anl K7). Eine hinreichende Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche lässt sich den genannten Unterlagen jedoch nicht entnehmen.

a) Das BSG (Urteil vom 19.12.2017, [aaO](#) Tz 35) hat zum Erfordernis einer wochenbezogenen Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele im Rahmen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nach OPS 8-550 in der Version 2009 Folgendes ausgeführt:

„[...] Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen (ärztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf. (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schließt mit ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen. [...] Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dies entspricht auch dem Gedanken der Komplexbehandlung, der namensgebend für OPS 8-550 und einige andere OPS-Kodes der OPS-Gruppen 8-55 bis 8-60 sowie 8-97 und 8-98 ist. [...]“

Diese Maßstäbe gelten schon aufgrund des insoweit weitestgehend gleichlautenden Wortlauts („Wöchentliche [...] Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele“) auch iRd OPS 8-982. Hierfür spricht des Weiteren der gemeinsame Grundgedanke der Komplexbehandlung (vgl auch dazu schon BSG aaO).

b) Hieran ändern auch die mWv 01.01.2013 erfolgten Änderungen und Klarstellungen des DIMDI gemäß [§§ 301 Abs 2 S 4](#), [295 Abs 1 S 6 SGB V](#) nichts. Zwar lautet das vierte Mindestmerkmal des OPS 8-550 seitdem:

„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“

Zum einen aber hat das DIMDI den Wortlaut des vorliegend interessierenden fünften Mindestmerkmals des OPS 8-982 nicht geändert. Dieser entspricht weiterhin weitestgehend dem des OPS -8-550 in der Version 2009. Zum anderen betrafen die Corrigenda des DIMDI die Teilnahme der einzelnen Berufsgruppen an den Teambesprechungen und deren Dokumentation (vgl dazu auch LSG Nds-Brem aaO, Rn 52). Das DIMDI selbst führt hierzu Folgendes aus:

„Über die in diesem Kode genannten Berufsgruppen hinaus ist eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich. [...]“

Die Anforderungen an die Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele sind dagegen unberührt geblieben. Sie finden sich dementsprechend auch weiterhin im Wortlaut des OPS 8-550 wieder.

c) Die in der Patientenakte festgehaltene Dokumentation genügt diesen Maßstäben allenfalls in Ansätzen. Dabei kann im Ergebnis dahinstehen, inwieweit die Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse ausreichend ist, denn in jedem Fall genügt die Dokumentation der Behandlungsziele nicht den rechtlichen Anforderungen. Vielmehr finden sich Eintragungen in der Spalte „Ziele“ ohnehin nur bei den Teamsitzungsprotokollen vom 31.08.2017 (s dazu bereits oben 3b) und 07.09.2017. Für die übrigen Teamsitzungen werden wochenbezogene Behandlungsziele auch in dieser Spalte überhaupt nicht genannt (vgl BSG aaO, Tz 36), im Übrigen beschränken sich die entsprechenden Eintragungen wiederum auf kurze Stichworte. So wird unter dem 07.09.2017 als Ziel ein „Versuch mit Sandostatin“ angegeben. Zwar ergibt aus dem Zusammenhang, dass der Einsatz von Sandostatin aufgrund der persistierenden Diarrhoen erfolgen sollte. Welches Behandlungsziel im Einzelnen angestrebt wurde, ob das Krankenhaus sich also eine vollständige Remission der Beschwerden versprach oder lediglich eine teilweise Linderung, lässt sich der Dokumentation dagegen nicht entnehmen. Nach allem bedarf es auch keiner Entscheidung, inwieweit die Einschätzung der Klägerin zutrifft, dass dann, wenn keine weiteren Behandlungsziele angegeben sind,

die bisherigen Ziele fortgelten.

III. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 197a Abs 1 S 1 Hs 3 SGG](#), [155 Abs 2 VwGO](#), die Streitwertfestsetzung aus [§§ 197a Abs 1 S 1 Hs 1 SGG](#), [63 Abs 2 S 1](#), [52 Abs 3 S 1 GKG](#).

IV. Anlass, gemäß [§ 160 Abs 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht. Insbesondere begründet die Frage nach der Auslegung medizinischer Begriffe, die der OPS verwendet, regelmäßig keine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (*BSG, Beschluss vom 19.07.2012 - B 1 KR 65/11 B, amtl Ls zu 2.*). Zudem sind die wesentlichen Fragen insbesondere zur Behandlungsdokumentation von Komplexbehandlungen iSd OPS-Kataloges höchstrichterlich geklärt (*vgl dazu die Nachw bei II4a*).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-10-18