

## **L 16 KR 86/21 KH**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16.  
1. Instanz  
SG Gelsenkirchen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 46 KR 340/20  
Datum  
22.12.2020  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 86/21 KH  
Datum  
08.12.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 22.12.2020 geändert. Die Klage wird abgewiesen.**

**Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 3.249,94 EUR festgesetzt.**

**Die Revision wird zugelassen.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten um Zahlungsansprüche aus Krankenhausbehandlung.

In dem von der Klägerin betriebenen, nach [§ 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) zugelassenen Krankenhaus wurde der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte U. (A), geboren am 00.00.0000, in der Zeit vom 03.02.2017 bis zum 22.02.2017 vollstationär behandelt. Hierfür wurden der Beklagten mit Rechnung Nr. N02 vom 06.03.2017, Kundennummer N01, unter Angabe der DRG F48Z (geriatrische früh-rehabilitative Komplexbehandlungen bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) insgesamt 6.691,87 EUR in Rechnung gestellt. Die Beklagte zahlte zunächst den vollen Rechnungsbetrag und veranlasste sodann eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dieser kam zu dem Ergebnis, dass zwar die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer bei dem Krankenhausaufenthalt in vollem Umfang medizinisch begründet war, jedoch die Prozedur nach dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) 8-550.1 mangels dessen Voraussetzungen nicht hätte kodiert werden dürfen.

Mit Schreiben vom 04.10.2017 machte die Beklagte gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch i.H.v. 3.249,94 EUR aus dem Behandlungsfall A geltend, der aufgerechnet werde. Die Einzelheiten, mit welchen Leistungsfällen genau verrechnet werde, seien dem entsprechenden Zahlungsavis zu entnehmen.

Mit Zahlungsavis vom 04.10.2017 brachte die Beklagte die gesamte ursprünglich geleistete Zahlung auf den Behandlungsfall A von 6.691,87 EURO gegenüber einem anderen unstrittigen Behandlungsfall in Abzug. In einem weiteren Zahlungsavis vom 06.10.2017 schrieb die Beklagte der Klägerin unter Angabe der ursprünglichen Rechnungsnummer N03 für den Behandlungsfall A erneut einen Betrag von 3.441,93 EUR gut.

Am 30.04.2020 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen Klage auf Zahlung von 3.249,94 EUR erhoben. Die Codierung des OPS 8-5500.1 sei rechtmäßig erfolgt. Ferner sei die Aufrechnungserklärung, sofern diese überhaupt zulässig sei, mangels hinreichender Bezeichnung der Forderungen nicht ordnungsgemäß erfolgt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.249,94 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.10.2017 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen ,

hilfsweise im Wege der Widerklage

die Klägerin zu verurteilen, an sie 3.249,94 EUR zu zahlen.

Sie hat die Ansicht vertreten, dass ihr Erstattungsanspruch infolge fehlerhafter Abrechnung des Behandlungsfalls A begründet und die Aufrechnung zulässig und rechtmäßig erklärt worden sei.

Für den Fall der Unzulässigkeit der Aufrechnung hat sie hilfsweise Klage auf Verurteilung der Klägerin zur Zahlung des streitigen Erstattungsbetrages erhoben.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.12.2020 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß verurteilt und die Widerklage abgewiesen, weil die Aufrechnung mit einem um 3.441,93 EUR überhöhten Anspruch erfolgt sei, die spätere Zahlung dieses Betrages auf die schon beglichene Forderung im Fall A geleistet worden sei und daher den hier geltend gemachten Anspruch der Klägerin nicht erfüllt habe. Über die Hilfswiderklage sei mangels Unzulässigkeit der Aufrechnung nicht zu befinden.

Gegen den ihr am 04.01.2021 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 04.02.2021 Berufung eingelegt.

Sie macht geltend, sie habe in zulässiger Weise mit ihrem Erstattungsanspruch von 3.249,94 EUR die Aufrechnung erklärt, sodass die Klageforderung erfüllt sei. Die buchhalterische Darstellung der Aufrechnung diene allein der mathematischen und logischen Nachvollziehbarkeit der einzelnen Behandlungsfälle ähnlich der Vorgehensweise in einem Kontokorrentverhältnis.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 22.12.2020 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Beklagte habe zwar ihren Erstattungsanspruch, nicht aber die Passivforderung, gegen die aufgerechnet werden sollte, konkret benannt; insbesondere sei nicht auf mehrere Zahlungsavis verwiesen worden. Die Aufrechnung sei in einem Vorgang abzuwickeln, was hier nicht geschehen sei. Die Auslegung des Zahlungsavis vom 04.10.2017 ergebe aber, dass tatsächlich eine Aufrechnung i.H.v. 6.691,87 EUR erfolgt sei, sodass der klägerische Zahlungsanspruch nicht erfüllt worden sei. Die spätere Gutschrift von 3.441,93 EUR sei mangels ausreichender Bezeichnung des Behandlungsfalls im Zahlungsavis vom 06.10.2017 nicht auf die hier streitige Forderung erfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Inhalte der Gerichtsakte sowie die Patientenakte der Klägerin betreffend A und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

### Entscheidungsgründe

Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte, fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Das Sozialgericht hat der von der Klägerin als Krankenträgerin zulässigerweise erhobenen (echten) Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) -, juris Rn. 8 m.w.N.) zu Unrecht stattgegeben. Die Klage ist unbegründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Krankenhausvergütung von weiteren 3.249,94 EUR zu.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund anderer stationärer Behandlungen einen Anspruch auf Zahlung von 3.249,94 EUR hatte; eine nähere Prüfung des Senats erübrigt sich insoweit (vgl. BSG, Urteil vom 31.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) -, juris Rn. 9; Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 57/12 R](#) -, juris Rn. 8).

Dieser Vergütungsanspruch ist durch Aufrechnung erloschen. Es bestand eine für die Aufrechnung gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 387 ff. BGB](#) erforderliche Gegenforderung im Sinne eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Beklagten wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des A (zur Anwendung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, [BSGE 109, 236](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2 Rn. 9 ff. m.w.N.). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar (vgl. zu den Aufrechnungsvoraussetzungen z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 - [B 1 KR 4/10 R](#) -, SozR 4-2500 § 264 Nr 3 Rn. 15). Mit dem Schreiben vom 04.10.2017 im Zusammenspiel mit dem Zahlungsavis vom selben Tag hat die Beklagte ausreichend genau i.S.d. § 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV) 2016 bezeichnet, gegen welchen Anspruch sie mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet hat. Dass sie insoweit mit dem Zahlungsavis nicht nur ihre streitige Erstattungsforderung abgesetzt, sondern den gesamten Zahlungsbetrag im Behandlungsfall A in Abzug gebracht hat, ändert an diesem Ergebnis nichts. Die infolgedessen zunächst in Höhe des Differenzbetrages von 3.441,93 EURO offengebliebene Passivforderung der Klägerin ist mit der Zahlungsanweisung vom 06.10.2017 erfüllt worden

Die Beklagte hatte gegen die Klägerin einen Anspruch i.H.v. 3.249,94 EURO, da die Zahlung in dieser Höhe wegen der Behandlung des A ohne Rechtsgrund erfolgte mangels entsprechender Forderung der Klägerin.

Diese erfüllte die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS 8-550.1 im Fall des A jedenfalls wegen der unzureichenden Dokumentation nicht. Die Klägerin durfte sachlich-rechnerisch korrekt jedenfalls nicht mehr als 3.441,93 EUR abrechnen. Sie hatte zwar dem Grunde nach einen Vergütungsanspruch. Sie durfte jedoch keine höhere Vergütung als nach DRG F62D abrechnen, weil sie die Voraussetzungen der DRG F48Z oder einer anderen höher als die DRG F62D vergüteten Fallpauschale nicht erfüllte.

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 im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. zur ständigen Rechtsprechung BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 7/15 R](#) –, juris Rn. 9).

Diese Voraussetzungen waren grundsätzlich bei der Behandlung des A erfüllt und sind zwischen den Beteiligten unstrittig.

Rechtsgrundlage des von Klägerin als Krankenhausträgerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 KHEntG](#) und [§ 17b KHG](#) (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.2020 – [B 1 KR 20/19 R](#) – [BSGE 130, 73](#), SozR 4-2500 § 12 Nr. 8 Rn. 11 m.w.N.). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt wird, im Sinn von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht werden (vgl. nur BSG, Urteil vom 25.03.2021 – [B 1 KR 25/20 R](#) –, [BSGE 132, 67](#), SozR 4-2500 § 137c Nr. 15 Rn. 8).

Welche DRG-Position infolge einer notwendigen stationären Versorgung abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl. [§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2017](#); vgl. ferner zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Gruppierungsvorgangs und zur rechtlichen Einordnung des ICD-10-GM: BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, [BSGE 109, 236](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2 Rn. 14 ff.; BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) –, SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 Rn. 13 und 17). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017 für das G-DRG-System gemäß [§ 17b KHG \(DKR\)](#), aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2017, i.d.F. der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels, in Kraft getreten am 01.01.2017).

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 (vgl. BSG, Urteil vom 8.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, [BSGE 109, 236](#), SozR 4-5560 § 17b Nr. 2 Rn. 27; BSG, Urteil vom 16.07.2020 – [B 1 KR 16/19 R](#) –, SozR 4-5562 § 9 Nr. 16 Rn. 17, jeweils mwN). Die Klassifikationssysteme können Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben (vgl. zu Letzterem BSG, Urteil vom 27.10.2020 – [B 1 KR 25/19 R](#) –, juris Rn. 18). Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind (vgl. BSG, Urteil vom 19.07.2012 – [B 1 KR 65/11 B](#) –, SozR 4-1500 § 160a Nr. 32 Rn.18; BSG, Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 21/14 R](#) –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 46 Rn. 18). Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (vgl. BSG vom 17.12.2020 – [B 1 KR 21/20 R](#) – SozR 4-2500 § 109 Nr. 83 Rn. 26; BSG vom 16.08.2021 – [B 1 KR 11/21 R](#) –, SozR 4-5562 § 9 Nr 21 Rn. 7).

Die Klägerin durfte unter Zugrundlegung dieser Maßstäbe die Prozedur OPS 8-550.1 nicht kodieren. Sie dokumentierte das Erforderliche über die Behandlung des A nicht hinreichend.

Die Kodierung von OPS 8-550.1 setzt eine "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung" voraus, die nach dem vor die Klammer gezogenen vierstelligen Kode 8-550 die Erfüllung u.a. folgender "Mindestmerkmale" erfordert:

- 
- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich)
- 
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität)
- 
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- 
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- 
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- 
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Die hiernach erforderliche Dokumentation verlangt nach der Rechtsprechung des BSG, mit der der erkennende Senat übereinstimmt, Folgendes (zum Nachstehenden siehe BSG, Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) –, [BSGE 125, 91](#)-104, SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 Rn. 35):

„Zu dokumentieren sind konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung. 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 Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen unter dokumentiert fachärztlicher Behandlungsleitung. Dem zu bezeichnenden Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" kommt dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. 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. Sie geht über den Bedarf eines Patienten in einem "geriatrischen" Alter hinaus, der nur in einzelnen in OPS 8-550 angesprochenen Bereichen auf Therapie und/oder Pflege durch besonders geschultes Personal, angewiesen ist. Er muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzertierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählen die Ärzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppen zu bezeichnen. Denn OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Kode ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet. Die Team-Abstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (z.B. Steigerung der Selbstständigkeit, Mobilität) genügen nicht. Dementsprechend fordert der OPS bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergibt und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf besteht (vgl. neben OPS 8-550 z.B.: OPS 8-552, 8-559, 8-563, 8-972, 8-975 - dort sogar zweimal in der Woche Besprechung -, 8-97d, 8-982, 8-984, 8-986). In den Fällen anderer Komplexbehandlungen ohne ausdrücklich vorgesehene Beteiligung unterschiedlicher Therapiebereiche wird weder eine wochenbezogene noch überhaupt eine besondere Dokumentation vom jeweiligen OPS-Kode verlangt (keine besondere Dokumentationspflicht z.B.: OPS 8-973, 8-976, 8-978, 8-979, 8-97a, 8-97b, 8-97c, 8-97e, 8-980, 8-987, 8-988, 8-989, 8-98c). Die Dokumentation kann orientiert an dem professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle nicht aus.“

Diese von OPS 8-550 an die wochenbezogene Dokumentation gestellten Anforderungen erfüllt die wochenbezogene Dokumentation der Klägerin (klägerisches Formular: "Wöchentliche Teamsitzung Geriatrie") in mehrfacher Hinsicht nicht. Insgesamt geht aus der Dokumentation weder hervor, dass eine den Anforderungen entsprechende wöchentliche Teambesprechung stattfand, noch, dass der Versicherte wochenbezogen eine "Komplexbehandlung" erhielt. Es mangelt an Angaben dazu, wer außer dem leitenden Arzt jeweils an der wöchentlichen Teambesprechung teilnahm. Zudem werden nicht alle Berufsgruppen aufgeführt. Es fehlt durchgängig der Therapiebereich "Logopädie". Das wochenbezogene Behandlungsziel der Ergotherapie ist unter dem 09.02.2017 lediglich mit „folgt“ angegeben und zum Teil sind die Behandlungsziele allgemein gehalten (z.B. „Depression, Stimmung“).

Auch im Licht der Klarstellung des DIMDI zum OPS-Kode 8-550 vom 03.12.2018 ist diese Dokumentation nicht ausreichend. Das DIMDI hat auf Grundlage des zum 01.01.2019 in Kraft getretenen [§ 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018, [BGBl I 2394](#), nunmehr [§ 301 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) in seiner Corrigenda zum OPS 8-550 mit Rückwirkung (vgl. zur Frage der Verfassungsmäßigkeit [SG München, Urteil vom 25.06.2020 – S 12 KR 1865/18](#), [MedR 2021, 296](#), mit Anmerkung Bockholdt, [jurisPR-SozR 21/2020 Anm. 1](#); Huster/Stöttchen, [SGB 2019, 527](#); Kingreen, [SGB 2019, 588](#); Rixen, [SGB 2019, 654](#); offen gelassen von [BSG, Urteil vom 20.01.2021 – B 1 KR 31/20 R](#) –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 84) zum 01.01.2013 das Mindestmerkmal „wöchentliche Teambesprechung“ wie folgt klargestellt:

„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 patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. 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.“ Auch hiernach bedarf es zumindest einer hinreichenden Dokumentation der Behandlungsziele, woran es gerade fehlt.

Die Aufrechnungserklärung der Beklagten vom 04.10.2017, mit der sie diesen Erstattungsanspruch gegen die unstreitige Forderung der Klägerin aus dem weiteren Behandlungsfall verrechnet hat, ist weder nach den Bestimmungen der [§§ 387 ff. BGB](#) noch wegen Verstoßes gegen § 10 PrüfvV 2016 unwirksam. Es handelt sich um gleichartige fällige Geldforderungen. Allerdings fallen die schriftliche Erklärung und das Zahlungsavis vom 04.10.2017 insoweit auseinander, als erstere lediglich einen Betrag von 3.249,94 EUR als zur Aufrechnung gestellte Forderung bezeichnet, während über das Avis die vollständige Zahlung auf den Behandlungsfall A in Abzug gebracht worden ist. Für die Klägerin war gleichwohl erkennbar, dass lediglich der niedrigere Erstattungsbetrag zur Aufrechnung gelangen sollte. Aus der Mitteilung über

das Prüfergebnis und der avisierten Aufrechnung in Höhe des hier allein streitigen Betrages hatte die Klägerin keinen Anlass für die Annahme, die Beklagte wolle die gesamte Vergütung des Behandlungsfalls A verrechnen. Es entspricht gängiger Praxis der Krankenkassen in den Sammelavis den vollständigen Zahlungsbetrag des aus ihrer Sicht überhöht abgerechneten Behandlungsfalls in Abzug zu bringen und den nach ihrer Auffassung zutreffenden Betrag erneut als Zahlungsbetrag auszuweisen. Letzteres ist hier zwar erst zwei Tage später erfolgt, gleichwohl konnte für die Klägerin kein Zweifel daran bestehen, dass lediglich der zurückgeforderte Betrag wegen der Behandlung des A verrechnet werden sollte. Dies wird insbesondere dadurch belegt, dass die Klägerin nie einen höheren Betrag als diesen Differenzbetrag verlangt hat. Der zunächst erfolgte überhöhte Abzug hindert auch nicht das Erlöschen der Forderung, denn nach [§ 389 BGB](#) bewirkt die Aufrechnung, dass die Forderungen, soweit sie sich decken, als in dem Zeitpunkt erloschen gelten, in welchem sie zur Aufrechnung geeignet einander gegenüberstehen sind. Da sich der weitere Vergütungsanspruch der Klägerin und der Erstattungsanspruch der Beklagten i.H.v. 3.249,94 EUR damit gegenüber standen, ist die Forderung der Klägerin aus dem hier geltend gemachten Behandlungsfall in dieser Höhe erloschen.

Nichts anderes ergibt sich aus § 10 Satz 2 PrüfV 2016, wonach die Krankenkasse im Fall der Aufrechnung mit Leistungsansprüchen des Krankenhauses Leistungsanspruch und Erstattungsanspruch genau zu benennen hat (zu den entsprechenden Anforderungen nach dem inhaltsgleichen § 9 Satz 2 VV 2014 vgl. BSG, Urteil vom 30.07.2019 – [B 1 KR 31/18 R](#) –, [BSGE 129, 1-10](#), SozR 4-7610 § 366 Nr. 2). Auf dem Zahlungsavis vom 04.10.2017 waren die entsprechenden Behandlungsfälle mit den zugehörigen Fallnummern eindeutig bezeichnet, sodass für die Klägerin ohne weiteres erkennbar war, welche Forderungen gegeneinander verrechnet werden sollten. Dass ein höherer Betrag als derjenige, der der Beklagten als Erstattungsanspruch zustand, ausgewiesen worden ist, ändert nichts daran, dass der Erstattungsanspruch selbst hinreichend konkretisiert bezeichnet worden ist. Auch insoweit führt der weitergehende Zahlungsabzug lediglich zu einer Nichterfüllung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses, nimmt aber der Verrechnung nicht ihre Bestimmtheit.

Der Klägerin steht entgegen der Ansicht des Sozialgerichts der geltend gemachte Anspruch auch nicht deshalb zu, weil durch den überhöhten Absetzungsbetrag ihre Forderung zunächst i.H.v. 3.441,93 EUR unerfüllt blieb. Durch die zwei Tage später erfolgte Gutschrift dieses Betrages trat Erfüllung ein ([§ 362 Abs. 1 BGB](#)). Daran ändert der Umstand nichts, dass das Avis vom 06.10.2017 insoweit den Leistungsfall A bezeichnet. Aus den Gesamtkontext im Zusammenhang mit der zeitlichen Nähe der Erklärungen der Beklagten vom 04.10.2017 musste für die Klägerin klar sein, dass Erfüllung der noch offenen Forderung gewollt war. Das belegt, dass von der Klägerin nur die auf den Fall A entfallende streitige Summe begehrt worden ist. Hätte sie hingegen das Verhalten der Beklagten dahin verstanden, dass die unstreitige Forderung i.H.v. 6.691,87 EURO nicht beglichen werden und die Zahlungsanweisung über 3.441,93 EURO erneut den Leistungsfall A betreffen sollte, hätte es nahegelegen den gesamten Abzugsposten zu verlangen. Die erneute Zahlungsanweisung auf den Fall A hätte dann eine bewusste Leistung auf eine Nichtschuld wegen vorheriger vollständiger Erfüllung bedeutet, weswegen die Beklagte diese auch nicht unter Bereicherungsgesichtspunkten hätte zurückfordern können ([§ 814 BGB](#)). In Anbetracht des Umstands, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten und ihnen die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig sind, hatte unter Berücksichtigung der zu erwartenden gegenseitigen Rücksichtnahme (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 16) die Klägerin aber keinen Anlass, einen solchen Handlungswillen der Beklagten anzunehmen.

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

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zu ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#), 3 und 47 Abs. 1 GKG.

#### **Rechtsmittelbelehrung:**

Dieses Urteil kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

**Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114 Kassel** oder **Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel**

einzu legen.

Die Revisionschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

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. Weitergehende Informationen zum elektronischen Rechtsverkehr können über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

- jeder Rechtsanwalt,
- Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines

anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,

- selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
- berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
- Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
- Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
- juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Handelt es sich dabei um eine der vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen, muss diese durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Revisionschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Bevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen - bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Revision (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Revisionschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach [§ 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Rechtskraft  
Aus  
Saved

2023-11-16