
S 15 KR 783/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KR 783/18
Datum	14.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klāgerin trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 4.647,32 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 4647,32 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.11.2017.

Die Klāgerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses. Die Beklagte ist gesetzliche Krankenversicherung des Patienten C. (nunmehr: P), der im Zeitraum vom 24.11.2015 bis zum 10.12.2015 vollstationär behandelt wurde. Für diesen stationären Aufenthalt stellte die Klāgerin unter Einbeziehung der DRG E42Z 7657,20 EUR in Rechnung.

Die Beklagte beauftragte den MDK mit der Überprüfung des Behandlungsfall.

Dieser kam zu dem Ergebnis, dass der OPS 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) zu streichen sei, da keine Dokumentation für die Anzahl der durchgeführten Therapieeinheiten vorgelegen habe. Daraufhin rechnete die Beklagte mit weiteren unstreitigen Forderungen der Klägerin auf, so dass der streitgegenständliche Betrag als noch offener Differenzbetrag verblieben ist.

Die Klägerin ließ am 16.05.2018 Klage zum Sozialgericht München erheben. Die Beklagte habe den streitgegenständlichen Betrag nicht ohne Rechtsgrund geleistet, da der Vergütungsanspruch vollumfänglich begründet sei. Entgegen der Angaben des MDK seien die entsprechenden Therapieeinheiten bereits aus den übersandten Unterlagen ersichtlich gewesen. Zudem habe die Klägerin der Beklagten die Auflistung der monierten Therapieeinheiten erneut unter dem 01.02.2016 in Papierform nachgeliefert. Der Zinsanspruch beruhe auf der zwischen den Beteiligten geltenden Budget- und Entgeltvereinbarung.

Die Klägerin beantragt: Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4647,32 EUR nebst Zinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.11.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Die Dokumentation der Anzahl der Therapieeinheiten sei den Unterlagen, die dem MDK Bayern zur Prüfung vorgelegen hätten, nicht beigelegt gewesen. Somit habe der strittige OPS nicht bestätigt werden können. P habe eine weiterführende Diagnostik und Therapie abgelehnt. Auf den EDV-Dokumentationsbögen zum OPS 8-550 sei weder ein Handzeichen noch der Name eines Therapeuten vermerkt. Auch die Teamsitzungen würden weder Name der Anwesenden noch Unterschriften noch Handzeichen enthalten. Die Klägerin sei damit ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen. Die Kriterien für die Kodierung des strittigen OPS seien nicht erfüllt.

Die Klägerin ließ erwidern, dass der DIMDI eine Klarstellung hinsichtlich der Dokumentationspflicht beim strittigen OPS-Code vorgenommen habe. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei ausdrücklich nicht bestätigt und entsprechend richtiggestellt worden.

Die Beklagte erwiderte, dass das DIMDI berechtigt sei, bei Auslegungsfragen zu ICD-10-Diagnosen und OPS Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit dies nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen würde. Aufgrund der Berechtigung sei ein Anhang zum OPS 8-550 ergänzt worden. Die im OPS 2019 bei dem Code 8-550 vorgenommenen Änderungen der Mindestmerkmale würden mit der Einführung der bisherigen Formulierung in den OPS 2013 intendierten inhaltlichen Anforderungen entsprechen. Ob die Textänderung rückwirkend gültig ab Januar 2013 sei, werde bezweifelt.

Auch nach der neuen Version seien die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und

die weiteren Behandlungsziele zu dokumentieren und zwar von den Berufsgruppen, die patientenbezogen an der Behandlung beteiligt gewesen seien.

P habe eine weiterführende Diagnostik und Therapie abgelehnt. Dies ergebe sich aus Seite 5 der Patientenakte. Zum strittigen Code wärden sich auf den EDV-Dokumentationsbögen (Seite 81 ff. der Patientenakte) keine Handzeichen oder Namen eines Therapeuten finden. Aus den Unterlagen sei nicht zu entnehmen wer an den wöchentlichen Teambesprechungen beteiligt war und wer die ärztliche Leitung hatte. Die Vorgaben des DIMDI zur Dokumentation für den OPS-Code 8-550.1 seien damit nicht erfüllt, so dass der Code nicht codiert werden könne. Es würde mithin die DRG E65C resultieren.

Die Klägerin stellt sich hingegen auf den Standpunkt, dass die Anwesenheit aller Berufsgruppen und Teilnehmer nicht individuell zu bezeichnen und zu dokumentieren sei, da dies bereits aus dem Teamprotokoll an sich hervorgehen würde und lediglich die Dokumentation der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen gefordert werde. Auch die personenbezogene Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung werde nicht gefordert. Die wöchentliche Teambesprechung und die entsprechend notwendige Dokumentation gehe aus dem Dokumentationsbogen für den 02.12.2015 sowie 09.12.2015 vollumfänglich hervor und sei auch vom MDK in seinem Gutachten vom 27.05.2016 bestätigt worden. Sofern die Beklagte ausführe, dass aus der Patientendokumentation die durchgeführten Therapien nicht hervorgehen würden, sei auf den Dokumentationsbogen Seite 81-82 der Patientenakte zu verweisen. Dort seien sämtliche Maßnahmen, Einheiten und Zeiten bezeichnet. Die von der Beklagten zusätzlich geforderten Handzeichen oder Unterschriften seien als Mindestvoraussetzungen im OPS nicht vorgesehen. Dies habe das DIMDI klarstellend verdeutlicht und insofern die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts korrigiert.

Die Beklagte erwiderte daraufhin erneut, dass aus den Unterlagen nicht erkennbar sei, welche Berufsgruppen an Teamsitzungen teilgenommen hätten, da weder die Namen der Therapeuten vermerkt seien noch diese unterschrieben hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakte des hiesigen Verfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 87, 90](#) ff Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Leistungsklage der Klägerin ist nicht begründet. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der (weiteren) Vergütung in Höhe von 4.647,32 EUR und dementsprechend auch nicht auf die Zahlung von Zinsen.

Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen, die bezüglich der Höhe

nicht streitig ist und deshalb keiner näheren Prüfung zu unterziehen sind (BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 8/15 R](#) –, juris m.w.N.), ist durch die Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung von P analog [Â§ 387 Bürgerliches Gesetzbuch](#) erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2 m.w.N.).

Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung sind erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte Leistungen im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses ohne rechtlichen Grund erbracht hat (st.Rspr.; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 – [B 1 KR 4/10 R](#) –, SozR 4-2500 Â§ 264 Nr 3; Urteil vom 03.07.2012 – [B 1 KR 16/11 R](#) –, SozR 4-2500 Â§ 129 Nr 7). Dies ist der Fall. Denn die Kl. hat gegen die Bekl. keinen Vergütungsanspruch für die Behandlung von P in der von ihr geltend gemachten Höhe nach DRG E42Z.

Die Klägerin hat die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt, indem sie die Versicherte stationär behandelt hat. 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 [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st.Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) –, [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 13](#) m.w.N.).

Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Die Höhe der Vergütung bemisst sich nach DRG E65C und nicht nach DRG E42Z.

Die Vergütung für Krankenhausbehandlungen des Versicherten bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§ 109 Abs. 4 S. 3](#) des fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und [Â§ 17 b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlüsse. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG](#).

Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine FPV

mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschließung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt (BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2). Im vorliegenden Fall sind maßgebend jeweils normativ wirkend die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (FPV 2015) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2015 (DKR 2015). Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl. BSG a.a.O.). Die Anwendung der DKR und der FPV einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl 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 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. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes ([Â§ 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" (BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2 m.w.N.; auch z.B. Urteile vom 21.04.2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) –, und vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – beide juris m.w.N.). Medizinischen Begriffen kommt dabei der Sinngehalt zu, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird (BSG, Beschluss vom 19.07.2012 – [B 1 KR 65/11 B](#) –, SozR 4-1500 Â§ 160a Nr 32, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 3).

Ausgehend hiervon war die stationäre Krankenhausbehandlung von P nach der DRG-Fallpauschale E65C zu vergüten. Nach DKR P001f sind alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und in OPS abbildbar sind, zu kodieren. Dabei ist möglichst die gesamte Prozedur einheitlich mit einem Code zu kodieren (P003d). Der Verweis auf den OPS führt dazu, dass für die Kodierung einer Prozedur die im OPS genannten Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Die von der Klägerin

abgerechnete Prozedur 8-550.1 erforderten nach der OPS-Version 2015 in der Fassung der Klarstellung des DIMDI zum 01.01.2019 die Erfüllung folgender Mindestmerkmale: * Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. * Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen.

* Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.

* Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Code 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.

* Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.

* Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie Im Streit steht vorliegend die Erfüllung der erforderlichen wochenbezogenen Dokumentation. Entgegen der Auffassung der Klägerin führt die rückwirkende Neufassung/Klarstellung durch das DIMDI zum 01.01.2019 nicht dazu, dass die vom BSG aufgestellten Grundsätze in Gänze unerheblich sind, sodass für den vorliegenden Rechtsstreit dahingestellt bleiben kann, ob eine rückwirkende Klarstellung seitens des DIMDI rechtlich möglich ist. Denn auch in der neuen Fassung verlangt der Wortlaut des strittigen OPS die "Beteiligung aller Berufsgruppen" sowie die Dokumentation der Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele.

Der Rechtsprechung des BSG, die sich auf den Wortlaut der Beteiligung aller Berufsgruppen bezieht, ist auch unter Berücksichtigung der Neufassung jedenfalls

dahingehend zu folgen, dass alle vier in der OPS genannten Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie in der Teambesprechung anwesend sein müssen. Denn eine ergänzende systematische Auslegung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG möglich und hier auch erforderlich, da der Wortlaut "alle Berufsgruppen" auslegungsfähig und -bedürftig ist. Dies entspricht auch einem wesentlichen Grundelement des Fachbereichs Geriatrie. Der umfassende geriatrische Behandlungsansatz zielt auf eine generelle Erfassung und einen fachübergreifenden Zugang zu den Problemen alter Menschen ab. Dabei kommt dem interdisziplinären Team eine besondere Bedeutung zu. Dieses ist kennzeichnend für die Geriatrie und unterscheidet diese von anderen medizinischen Fächern. Aus diesem Grund ist die Beteiligung aller Professionen an einer gemeinsamen Besprechung zur umfassenden Beurteilung des Behandlungsbedarfs des geriatrischen Patienten sinnvoll, da so auch bislang nicht erkannte Funktionseinschränkungen von den jeweils entsprechend spezialisierten Therapeuten erkannt und angesprochen werden können. Andernfalls stellt sich die Frage der sinnvollen Abgrenzung der geriatricspezifischen Frührehabilitation von einer bloßen Frühmobilisation (so die Stellungnahme des Bundesverbands Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zum Urteil des Bundessozialgerichts B1 KR 19/17 R aus Juni 2018).

Das Bundessozialgericht hat zur Dokumentationspflicht im Hinblick auf das Merkmal "Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung", dass auch unter der Neufassung/Klarstellung des DIMDI Bestand hat, ausgeführt:

"Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihren Berufsgruppen zu bezeichnen" (BSG, Urteil vom 19.12.2017, Az. [B 1 KR 19/17](#), Rn. 35, juris). Im entschiedenen Fall bemängelte das BSG sodann folgerichtig, dass Angaben dazu fehlten, wer jeweils an der wöchentlichen Teambesprechung teilnahm und dass jemand und ggf. wer sie leitete (BSG, a.a.O., Rn. 36). Dieser Mangel ist auch im hiesigen, von der Kammer zu entscheidenden Fall, zu beobachten. Das Krankenhaus hat zwar â insoweit rechtskonform â bzgl. der vier Therapierichtungen Pflege/ Krankengymnastik/ Ergotherapie/ Logopädie und Psychologie Ergebnis, Ziel und Maßnahmen dokumentiert. Allerdings fehlt die Zielbestimmung der medizinischen Behandlung als insoweit wichtigste und leitende Profession. Zudem ist nicht dokumentiert, dass und welcher Arzt die Behandlungsleitung führte und welche Professionen unter Angabe der individuellen Teilnehmer, d.h. unter Angabe von Namen und Funktion, anwesend waren.

Daher kommt es vorliegend auf das zusätzlich vom BSG im genannten Urteil eingeführte Kriterium der Teilnahme des sozialmedizinischen Dienstes, welches sodann vom DIMDI in seiner Klarstellung und Änderung gemäß [Â§ 300 Abs. 2 S. 4 SGB V](#) und [295 Abs. 1 S. 6 SGB V](#) rückwirkend und klarstellend als Voraussetzung zur Erfüllung des OPS wieder herausgenommen worden ist, nicht

an.

Nicht geteilt wird auch die Auffassung der KlÄgerin, dass die DIMDI-Klarstellung zum 01.01.2019 "Weitere Nachweise zur DurchfÄhrung der Teambesprechung sind nicht erforderlich" die o.g. Rechtsprechung des BSG obsolet gemacht hat. Das DIMDI hat bewusst unter BerÄcksichtigung der BSG-Rechtsprechung diese ErgÄnzung vorgenommen. Es hat gerade nicht ausgefÄhrt, dass bestimmte Voraussetzungen der Dokumentation, die das BSG als erforderlich angesehen hat, insbesondere die Anwesenheitsliste mit Handzeichen, nicht gelten sollen. Ein solches Vorgehen hat das DIMDI nur in Bezug auf die erforderliche Anwesenheit des sozialmedizinischen Dienstes explizit gewÄhlt. Die Klarstellung ist daher nach Auffassung der Kammer so zu lesen, dass keine Anforderungen Äber die vom BSG genannten erwartet werden kÄnnen. Auch das Wortlautargument, dass eine solche Verpflichtung wortlautmÄÄig von der OPS nicht gefordert werde, trÄgt nicht, da der OPS-Wortlaut insoweit auch nach der Klarstellung gleichgeblieben ist (s.o.), und das BSG in der zitierten Rechtsprechung rechtlich zulÄssig Dokumentationsanforderungen Äber den bloÄen Wortlaut unter Beachtung von systematischen ErwÄgungen (vgl. insoweit BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017, a.a.O., Rn. 32) hinaus aufgestellt hat. Das vorgetragene Argument deutet insoweit implizit an, dass die Rechtsprechung des BSG mit den vom BSG selbst aufgestellten Auslegungsregeln einer OPS nicht Äbereinstimmen wÄrde. Dies kann die erkennende Kammer aber nicht ersehen.

Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass bei NichterfÄllung der OPS 8-550.1 die DRG E65C zu kodieren ist und daraus folgend der von der Beklagten aufgerechnete Erstattungsbetrag folgt; eine nÄhere PrÄfung der erkennenden Kammer erÄbrigt sich insoweit (vgl. zur ZulÄssigkeit dieses Vorgehens BSG SozR 4-2500 Ä§ 129 Nr 7 Rn. 10).

Nach allem war die Klage abzuweisen. Die Kostenentscheidung folgt aus [Ä§ 197a Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Verbindung mit [Ä§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung](#). Der Streitwert war nach der mit der Klage geltend gemachten Klageforderung festzusetzen, denn gemÄÄ [Ä§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [Ä§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz \(GKG\)](#) ist bei einer Klage auf eine bezifferte Geldleistung deren HÄhe maÄgebend. Die geltend gemachten Zinsen waren gemÄÄ [Ä§ 43 Abs. 1 GKG](#) nicht zu berÄcksichtigen.

Erstellt am: 04.12.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024