S 1 KR 148/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Aachen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 148/17
Datum	30.05.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Beklagte wird verurteilt, der KlÃ¤gerin einen Betrag in HÃ¶he von 65.279,93 EUR sowie Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz aus den BetrÃ¤gen in HÃ¶he von 2.380,92 EUR ab 16.06.2016, 4.619,84 EUR ab 26.09.2016, 1.686,92 EUR ab 11.11.2016, 532,52 EUR ab 03.08.2016, 2.261,50 EUR ab 10.11.2016, 1.548,00 EUR ab 15.09.2016, 1.818,21 EUR ab 25.05.2016, 4.104,85 EUR ab 15.08.2016, 1.875,44 EUR ab 05.12.2016, 2.272,42 EUR ab 08.08.2016, 1.197,34 EUR ab 25.07.2016, 1.786,13 EUR ab 18.07.2016, 3.464,19 EUR ab 14.09.2016, 1.815,93 EUR ab 07.07.2016, 2.328,65 EUR ab 03.11.2016, 754,12 EUR ab 03.08.2016, 2.057,38 EUR ab 07.12.2016, 1.359,40 EUR ab 06.07.2016, 2.383,52 EUR ab 13.07.2016, 651,63 EUR ab 17.06.2016, 1.779,53 EUR ab 20.07.2016, 548,07 EUR ab 31.05.2016, 1.852,31 EUR ab 22.07.2016, 2.056,12 EUR ab 21.12.2016, 2.350,76 EUR ab 21.12.2016, 1.749,80 EUR ab 01.06.2016, 3.013,33 EUR ab 21.04.2016, 1.316,45 EUR ab 24.10.2016, 1.994,56 EUR ab 05.08.2016, 2.854,53 EUR ab 16.09.2016, 3.271,32 EUR ab 27.07.2016 und 1.597,64 EUR ab 06.01.2017 zu zahlen. Im Ãbrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Klageverfahrens. Der Streitwert wird auf 65.279,93 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die HÃ¶he der VergÃ¼tung stationÃ¤rer Krankenhausbehandlungen in den Jahren 0000 und 0000 in HÃ¶he einer Restforderung von insgesamt 65.279,93 EUR und insofern die ErfÃ¼llung der Strukturvoraussetzungen fÃ¼r die abgerechnete geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung in 00 FÃ¤llen streitig.

Die Beklagte betreibt ein zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenes Krankenhaus, das Ã¼ber eine Fachabteilung fÃ¼r Geriatrie mit 00 Planbetten verfÃ¼gt.

In den Jahren 0000 bis 0000 wurden folgende, bei der Beklagten versicherte Patienten vollstationÃ¤r behandelt und in den jeweiligen â□□ am Ausstellungstag elektronisch Ã¼bermittelten â□□ Rechnungen u.a. eine geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung nach MaÃ□gabe des Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS) 8-550 in Ansatz gebracht:

Name (Geburtsjahr) Behandlungszeitraum Rechnung vom Teilbetrag fÃ¼r OPS 8-550

1. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.380,52 EUR 2. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 4.619,84 EUR 3. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.686,92 EUR 4. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 532,52 EUR 5. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.261,50 EUR 6. E (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.548,00 EUR 7. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.818,21 EUR 8. F (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 4.104,85 EUR 9. G (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.875,44 EUR 10. I (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.272,42 EUR 11. K (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.197,34 EUR 12. L (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.786,13 EUR 13. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.464,19 EUR 14. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.815,93 EUR 15. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.328,65 EUR 16 N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 754,12 EUR 17. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.057,38 EUR 18. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.359,40 EUR 19. O (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.383,52 EUR 20. P (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 651,63 EUR 21. Q (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.779,53 EUR 22. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 548,07 EUR 23. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.852,31 EUR 24. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.056,12 EUR 25. V (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.350,76 EUR 26. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.749,80 EUR 27. Q (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.013,33 EUR 28. X (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.316,45 EUR 29. S (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.994,56 EUR 30. G (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.854,53 EUR 31 T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.271,32 EUR 32. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.597,64 EUR

65.279,93 EUR

In allen FÃ¤llen leitete die Beklagte eine PrÃ¼fung der Abrechnung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) ein. In den FÃ¤llen

Nr. 1 bis Nr. 25 wurden die von der KlÃ¤gerin vorgenommene Kodierung und Abrechnung jeweils durch den MDK bestÃ¤tigt. In den Ã¼brigen FÃ¤llen (Nr. 26 bis Nr. 32) beanstandete der MDK mit Ausnahme des codierten OPS 8-550 die Rechnungen, die die KlÃ¤gerin sodann entsprechend der Feststellungen des MDK anpasste.

In sÃ¤mtlichen FÃ¤llen zahlte die Beklagte im Ãbrigen lediglich einen Betrag, der einer VergÃ¼tung ohne BerÃ¼cksichtigung des OPS 8-550 entsprach und verwies zur BegrÃ¼ndung auf Gutachten des MDK vom 00.00.0000 und 00.00.0000, der im Rahmen einer (von einer anderen Krankenkasse in Auftrag gegebenen) PrÃ¼fung eines anderen Behandlungsfalls der KlÃ¤gerin unter dem 00.00.0000 zu der Auffassung gelangt war, dass die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung des OPS von der KlÃ¤gerin formal nicht erfÃ¼llt seien, da der Bereich Psychologie/Neuropsychologie nicht besetzt und fÃ¼r die beiden Therapiebereiche Ergotherapie und LogopÃ¤die/fazioorale Therapie keine Vertreter fÃ¼r Abwesenheitszeiten (z.B. Urlaub, Krankheit) benannt worden seien.

Mit Schriftsatz vom 00.00.0000 widersprach die KlÃ¤gerin â wie zuvor â dieser Auffassung und forderte die Beklagte erfolglos auf, die oben dargestellten RechnungsbetrÃ¤ge fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der geriatrischen frÃ¼hrehabilitativen Komplexbehandlungen zu begleichen.

Die KlÃ¤gerin hat daraufhin am 00.00.0000 Zahlungsklage gegen die Beklagte erhoben, zu deren BegrÃ¼ndung sie vortrÃ¤gt, sÃ¤mtliche Merkmale des OPS 8-550 erfÃ¼llt zu haben. Die Abrechnung der OPS setze entgegen der Auffassung der Beklagten nicht voraus, dass das geriatrische Team Ihrer Klinik alle vier dort genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, LogopÃ¤die/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) abdecke, erforderlich sei nach dem fÃ¼r die Auslegung allein maÃgeblichen Wortlaut des OPS lediglich ein Einsatz von mindestens zwei der vier Bereiche. Die KlÃ¤gerin sieht sich insofern in Ihrer Rechtsauffassung durch das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Hamburg vom 18.12.2014, Az. L1 KR 60/14 und das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23.06.2015, Az. B 1 KR 21/14 R bestÃ¤tigt.

UnabhÃ¤ngig davon beruhten die Stellungnahmen des MDK auf unvollstÃ¤ndigen bzw. unzutreffenden Sachverhaltsannahmen. TatsÃ¤chlich halte sie alle vier Therapiebereiche vor und decke diese jeweils Ã¼ber mehrere Personen ab. Dem geriatrische Team hÃ¤tten (auch) in der streitgegenstÃ¤ndlichen Zeit neben den FachÃ¤rzten, PflegefachkrÃ¤ften und Mitarbeitern des Sozialdienstes ein Masseur und Physiotherapeut (L), ein Krankengymnast und Physiotherapeut (M), zwei LogopÃ¤den (K und C), drei Ergotherapeuten (U, K und C), eine BeschÃ¤ftigungs- und Arbeitstherapeutin (L) und zwei Diplom-Psychologen (G, T) angehÃ¶rt. Es entspreche jedoch der VersorgungsrealitÃ¤t, dass die Diplom-Psychologen sehr selten zum Einsatz kÃ¤men, weil die klinischen Fragestellungen dies in aller Regel nicht erforderten. Die Hauptfragestellungen betrÃ¤fen Demenz, Delir und Psychosen, die durch die beiden Psychiater kompetent versorgt wÃ¼rden.

Zur weiteren BegrÃ¼ndung hat die KlÃ¤gerin eine von ihr eingeholte gutachterliche

Stellungnahme des Facharztes fÃ¼r Innere Medizin, Medizincontrollers und Diplom-GesundheitsÃ¶konomen I. vom 00.00.0000 vorgelegt, wegen derer Einzelheiten auf Blatt 67 ff. der Gerichtsakte genommen wird. Soweit dieser allerdings die Auffassung vertrete, der Therapiebereich Psychologie Neuropsychologie kÃ¶nne nicht aufgrund der Einbindung eines Psychiaters anerkannt werden, Ã¼berzeuge dies nicht. Nach der Weiterbildungsordnung der Ãrztekammer Nordrhein setzte die Erlangung des Facharzttitels Psychiatrie und Psychotherapie als Weiterbildungsinhalte zwingend den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten auch in der allgemeinen und speziellen Psychopathologie, in psychodiagnostischen Testverfahren und neuropsychologischer Diagnostik sowie den Entstehungsbestimmungen, Verlaufsformen, der Erkennung und der Behandlung psychischer Erkrankungen und StÃ¶rungen voraus. Ein Facharzt fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie dÃ¼rfe somit nicht nur psychologische Behandlungen durchfÃ¼hren, er mÃ¼sse sogar Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der psychologischen Behandlung zur Erlangung des Facharzttitels nachweisen. Darauf komme es letztlich aber nicht an, da der SachverstÃ¤ndige im Ergebnis ebenfalls festgestellt hat, dass mit den Diplom-Psychologen der Therapiebereich Psychologie/Neuropsychologie abgedeckt sei.

Die KlÃ¤gerin beantragt schriftsÃ¤tzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 65.279,93 EUR nebst Zinsen in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit RechtshÃ¤ngigkeit sowie i.H.v. 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz bis zur RechtshÃ¤ngigkeit

aus einem Betrag von 2.380,52 EUR seit dem 14.06.2016, aus einem Betrag von 4.619,84 EUR seit dem 22.09.2016, aus einem Betrag von 1.686,92 EUR seit dem 09.11.2016, aus einem Betrag von 532,52 EUR seit dem 03.08.2016, aus einem Betrag von 2.261,50 EUR seit dem 10.11.2016, aus einem Betrag von 1.548,00 EUR seit dem 13.09.2016, aus einem Betrag von 1.818,21 EUR seit dem 25.05.2016, aus einem Betrag von 4.104,85 EUR seit dem 11.08.2016, aus einem Betrag von 1.875,44 EUR seit dem 30.11.2016, aus einem Betrag von 2.272,42 EUR seit dem 08.08.2016, aus einem Betrag von 1.197,34 EUR seit dem 25.07.2016, aus einem Betrag von 1.786,13 EUR seit dem 13.07.2016, aus einem Betrag von 3.464,19 EUR seit dem 12.09.2016, aus einem Betrag von 1.815,93 EUR seit dem 07.07.2016, aus einem Betrag von 2.328,65 EUR seit dem 02.11.2016, aus einem Betrag von 754,12 EUR seit dem 02.08.2018, aus einem Betrag von 2.057,38 EUR seit dem 07.12.2016, aus einem Betrag von 1.359,40 EUR seit dem 06.07.2016, aus einem Betrag von 2.383,52 EUR seit dem 12.07.2016, aus einem Betrag von 651,63 EUR seit dem 14.06.2016, aus einem Betrag von 1.779,53 EUR seit dem 20.07.2016, aus einem Betrag von 548,07 EUR seit dem 31.05.2016, aus einem Betrag von 1.852,31 EUR seit dem 19.07.2016, aus einem Betrag von 2.056,12 EUR seit dem 21.12.2016, aus einem Betrag von 2.350,76 EUR seit dem 29.11.2016, aus einem Betrag von 1.749,80 EUR seit dem 01.06.2016, aus einem Betrag von 3.013,33 EUR seit dem 21.04.2016, aus einem Betrag von 1.316,45 EUR seit dem 19.10.2016, aus einem Betrag von 1.994,56 EUR seit dem 05.08.2016, aus einem Betrag von 2.854,53 EUR seit dem 13.09.2016, aus einem Betrag von 3.271,32 EUR seit dem

27.07.2016 und aus einem Betrag von 1.597,64 EUR seit dem 16.11.2016

zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Klage abzuweisen.

Sie sieht sich durch die EinschÃ¤tzung des MDK gebunden. Aufgrund mangelnder personellen Ausstattung der Klinik kÃ¶nne der OPS 8-550 nicht abgerechnet werden. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin und des LSG Hamburg ergebe sich das Erfordernis aller vier Therapiebereiche aus dem Wortlaut des Kodes. Das Wort "mindestens" genÃ¼ge als klares Signal dafÃ¼r, dass davon ausgegangen werden mÃ¼sse, dass aus allen Bereichen kodiert werden kÃ¶nne, zumal nicht von "zwei der Therapiebereiche" die Rede sei. Auch die nach dem OPS erforderliche wÃ¶chentliche Teambesprechung "unter Beteiligung aller Berufsgruppen" spreche dafÃ¼r. Der Begriff "mindestens" setze im Ãbrigen voraus, dass eine Auswahl bestehe, ansonsten sei das Wort Ã¼berflÃ¼ssig. Das Wort "Vorhandensein" mÃ¼sse hingegen nicht notwendig ErwÃ¤hnung finden. Im Ãbrigen mute es absurd an, dass bei einer teilstationÃ¤ren Behandlung (8-98a) allgemein und unstreitig alle vier Therapiebereiche vorhanden sein mÃ¼ssten, um den OPS abrechnen zu kÃ¶nnen, im stationÃ¤ren Bereich dies aber nicht erforderlich sein solle. Der systematische Vergleich mit dem teilstationÃ¤ren Setting fordere dieselben Voraussetzungen erst recht im stationÃ¤ren Bereich.

Rechtlich sieht sie ihre Auffassung auch durch die Entscheidung des BSG vom 19.12.2017, Az. B 1 KR 19/17 R bestÃ¤tigt.

Des Weiteren weise Sie darauf hin, dass die von der KlÃ¤gerin benannten Psychologen T und G in dem â rÃ¤umlich und fachlich von der Klinik abgetrennten â sozialpÃ¤diatrischen Zentrum (SPZ) der KlÃ¤gerin tÃ¤tig seien. Eine psychologische Versorgung der geriatrischen Patienten durch sie erfolge nach ihrer Auffassung generell nicht, da es sich um Erwachsenenklientel handle. UnabhÃ¤ngig davon weise Frau T eine Ausbildung als Diplom-Psychologin auf, habe allerdings nicht die Weiterbildung fÃ¼r Neuropsychologie absolviert, die explizit im OPS erwÃ¤hnt sei. Herr G sei zwar Psychotherapeut und Neuropsychologe, als stellvertretender Leiter des SPZ sei aber auch sein standardmÃ¤Ãiger Einsatz weder in der Geriatrie vorgesehen noch tatsÃ¤chlich mÃ¶glich sein, zumal es an einer regelmÃ¤Ãig vorkommenden Urlaubs- und krankheitsbedingten Abwesenheitsvertretung fehle. Dass die Struktur des OPS 8-550 durch das von der KlÃ¤gerin aufgelistete Personal nicht abgedeckt werde, zeige sich auch an der KomplexitÃ¤t und der benÃ¶tigten Dauer der MaÃnahmen, die vorgesehen seien: Die Leistungen im psychosozialen Bereich begÃ¤nnen mit der integrierten psychosozialen Komplexbehandlung und reichten â nach MaÃgabe des Kodierleitfadens Altersmedizin von 2010, wegen derer Einzelheiten auf Blatt 102 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen wird â bis hin zu psychosozialen Interventionen ggf. von mehr als sechs Stunden. Die Leistungen der Neuropsychologie und LogopÃ¤die umfasste eine Testdiagnostik mit bis zu 60

Minuten Dauer bis hin zu neuropsychologischer Therapie mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten und der phoniatrischen Komplexbehandlung mit einer unbestimmten Zeitdauer. Weder allgemein noch im konkreten Behandlungsfall kÃ¶nne der Einsatz eines Psychiaters zur Abdeckung des psychologischen Bereichs gewertet werden, zumal der Psychiater Dr. E grundsÃ¤tzlich in der M-Klinik beschÃ¤ftigt sei. In dem Behandlungsansatz der KlÃ¤gerin liege ein VerstoÃ gegen das QualitÃ¤tsgebot, der die VergÃ¼tung entfallen lasse. Es gehe im stationÃ¤ren Bereich um multimorbide, hÃ¶chst komplexe FÃ¤lle.

Die geriatrische Komplexbehandlung habe auch immer den Bereich Psychologie/Neuropsychologie zu berÃ¼cksichtigen. Die DurchfÃ¼hrung der Behandlung im stationÃ¤ren Bereich gebiete eine Eingangsuntersuchung auch durch Psychologen. Insofern verweise Sie auf die Beschreibung der geriatrischen Behandlung bzw. die Besonderheiten einer geriatrischen Behandlung durch die Deutsche Gesellschaft fÃ¼r Geriatrie, die auf ihrer Internetseite ausfÃ¼hre:

"Wegen der komplexen Situation Ã¤lterer Patienten nutzt der Geriater zusÃ¤tzlich zu den klassischen Ã¤rztlichen Untersuchungen das geriatrische Assessment, um alterstypische Mehrfacherkrankungen, kÃ¶rperlich funktionelle Defizite, aber auch mentale und psychische Probleme sowie das soziale Umfeld des Patienten abzubilden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann der Arzt die multiprofessionelle Therapie planen und Ã¼berprÃ¼fen. Das Ziel des Geriaters ist, die geriatrischen Patienten zu identifizieren, dem funktionellen Abbau und der BeeintrÃ¤chtigung des gesamten Organismus entgegenzuwirken und das bisherige Niveau an Autonomie zu erhalten oder wiederherzustellen."

Eine Heranziehung eines bereichsexternen Psychologen "bei Bedarf" oder "auf Wunsch" verkenne den ganzheitlichen Behandlungsansatz der geriatrischen Komplexbehandlung. Bei einer solchen mÃ¼sse ein Psychologe bereits hinzugezogen werden, um die qualitÃ¤tsgerechte BehandlungsdurchfÃ¼hrung ermitteln zu kÃ¶nnen. Zur weiteren BegrÃ¼ndung verweist die Beklagte insofern auf Fachliteratur, die Bewertungskriterien der StrukturqualitÃ¤t stationÃ¤rer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen sowie auf eine VerÃ¶ffentlichung des Bundesverbandes Geriatrie zum Thema "Personalkennzeichen in der Geriatrie" (wird weiter ausgefÃ¼hrt). Auch im Krankenhausplan NRW 2015 heiÃe es ausdrÃ¼cklich:

"Dazu halten anerkannte Geriatrie ein multiprofessionelles geriatrisches Team vor, das strukturell und kommunikativ miteinander verzahnt ist. Dieses Team besteht den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 entsprechend in der Regel aus Ã¤rztlichem Personal, PflegekrÃ¤ften, Personal fÃ¼r Physiotherapie, Ergotherapie, LogopÃ¤die, Psychologie und Sozialdienst."

SchlieÃlich weise Sie auf die Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Fortbildung der FachÃ¤rztinnen und FachÃ¤rzte und der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus hin, auf die sich der Krankenhausplan beziehe.

Wegen den Einzelheiten dieser Unterlagen, der zwischen den Beteiligten gewechselten SchriftsÃ¤tze und des Sach- und Streitstandes im Ãbrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der von der Beklagten beigezogenen VerwaltungsvorgÃ¤nge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Kammer kann durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklÃ¤rt haben (Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz â SGG -).

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG zulÃ¤ssig. Bei einer auf Erstattung Ã¼berzahlter Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (stÃ¤ndige Rechtsprechung, u.v.a. BSG, Urteile vom 17.06.2000 â Az. B 3 KR 33/99 R und vom 23.07.2002 â Az. B 3 KR 64/01 R). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist im tenorierten Umfang mit Ausnahme eines Teils der geltend gemachten ZinsansprÃ¼che begrÃ¼ndet.

Rechtsgrundlage der fÃ¼r stationÃ¤re Behandlungen der oben aufgefÃ¼hrten 00 Versicherten der Beklagten von der KlÃ¤gerin geltend gemachten VergÃ¼tungsansprÃ¼che ist Â§ 109 Abs. 4 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in Verbindung mit dem aus Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung u.v.a. BSG, Urteile vom 13.12.2001 â Az. B 3 KR 11/01 R und vom 23.07.2002 â Az. B 3 KR 64/01 R). Die nÃ¤heren Einzelheiten Ã¼ber Aufnahme und Entlassung der Versicherten, KostenÃ¼bernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die ÃberprÃ¼fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen andererseits geschlossenen VertrÃ¤gen nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Dies sind der Vertrag Ã¼ber allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung und der Vertrag zur ÃberprÃ¼fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Krankenhausleistungen werden nach Â§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), unter anderem mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (Â§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Dieser umfasst insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach Â§ 17b Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der KrankenhÃ¤user und zur Regelung der

KrankenhauspflegesÃ¤tze (KHG). Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (fallbezogene DiagnoseschlÃ¼ssel = Diagnosis Related Groups = DRG) geordnet. FÃ¼r die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgefÃ¼hrte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prÃ¤genden Merkmalen mit einem Kode gemÃ¤Ã dem vom Deutschen Institut fÃ¼r medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Â§ 301 SGB V" (OPS) verschlÃ¼sselt (Â§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V). Zur sachgerechten DurchfÃ¼hrung der VerschlÃ¼sselung ("Kodierung") haben die Vertrags-partner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand derer dann nach MaÃgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet wird. Diesem als "Grouping" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zu Grunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18.7.2013 â Az. B 3 KR 25/12 R m.w.N.).

Nach diesen GrundsÃ¤tzen hat der Beklagte zu Recht fÃ¼r die Behandlung der Versicherten geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlungen nach der OPS 8-550 in HÃ¶he von 65.279,93 EUR in Rechnung gestellt.

Nach diesem fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen Jahre 0000 und 0000 weitgehend gleichlautende Kode ist die frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung zu verschlÃ¼sseln, wenn folgende Mindestmerkmale erfÃ¼llt sind:

â Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachÃ¤rztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich [in der Fassung von 2015 mit dem Zusatz "Klinische"] Geriatrie erforderlich). Die fachÃ¤rztliche Behandlungsleitung muss Ã¼berwiegend in der zugehÃ¶rigen geriatrischen Einheit tÃ¤tig sein.

â Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (MobilitÃ¤t, SelbsthilfefÃ¤higkeit, Kognition, Emotion) und "vor der Entlassung" [bzw. in der Fassung von 2016 "am Ende der geriatrischen frÃ¼hrehabilitativen Behandlung"] in mindestens zwei Bereichen (SelbststÃ¤ndigkeit, MobilitÃ¤t). LÃ¤sst 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.

â Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, hÃ¤usliche/auÃerhÃ¤usliche AktivitÃ¤ten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche VerfÃ¼gungen). LÃ¤sst der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern mÃ¶glich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.

â WÃ¶chentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschlieÃlich der fachÃ¤rztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisherige Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

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

â Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logotherapie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Die Beklagte hat in den hier maÃgeblichen Jahren die Mindestmerkmale erfÃ¼llt, insbesondere das zwischen den Beteiligten strittige Merkmal des teamintegrierten Einsatzes von mindestens zwei der Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logotherapie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Insofern kommt es entgegen der mit Schriftsatz der KlÃ¤gerin vom 00.00.0000 (im Anschluss an das von ihr vorgelegte Parteigutachten) nicht auf die personelle Ausstattung der Station wÃ¤hrend des konkreten Behandlungszeitraums der Versicherten an. Ob in einem Krankenhaus der teamintegrierte Einsatz von Therapeuten im oben dargestellten Sinne gewÃ¤hrleistet wird, ist als strukturelle Abrechnungsvoraussetzung des Kodes 8-550 unabhÃ¤ngig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen.

Einer der in Â§ 275 Abs. 1 S 1 SGB V abschlieÃend aufgefÃ¼hrten BegutachtungsanlÃ¤sse liegt insofern nicht vor, so dass es nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles geht, zu deren KlÃ¤rung der MDK bzw. im Rahmen des Klageverfahrens ein SachverstÃ¤ndiger eingeschaltet werden muss (BSG, Urteil vom 18.07.2013 â Az. B 3 KR 25/12 R m.w.N.).

Der 1. Bereich der Physiotherapie/Physikalischen Therapie ist mit einem Masseur und Physiotherapeuten (L) und einem Krankengymnasten und Physiotherapeuten (M), der 2. Bereich der Ergotherapie mit zwei LogopÃ¤den (K und C) und der 3. Bereich der Logotherapie/fazioorale Therapie mit vier Ergotherapeuten (U, K, L und C) abgedeckt.

Soweit es den 4. Bereich der Psychologie/Neuropsychologie anbelangt, kann sowohl dahin gestellt bleiben, ob die dem SPZ der KlÃ¤gerin zugewiesenen Diplom-Psychologen ebenso wie der Psychiater Dr. C, der nach Aktenlage (hauptberuflich) in der M-Klinik arbeitet, Ã¼berhaupt regelhaft dem geriatrischen Team der Klinik angehÃ¶ren als auch, ob es fÃ¼r die Abrechnung des Kodes 8-550 ggf. ausreicht, wenn ausschlieÃlich ein psychiatrischer Dienst zur VerfÃ¼gung steht.

Eine VergÃ¼tungsregelung, die â□□ wie die hier streitige OPS 8-550 â□□ fÃ¼r die routinemÃ¤Ã□iger Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfÃ¼llen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÃ¼r weitere Bewertungen sowie AbwÃ¤gungen belÃ¤sst. DemgemÃ¤Ã□ sind VergÃ¼tungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÃ¤nzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃ□er Betracht (stÃ¤ndige Rechtsprechung u.v.a. BSG, Urteile vom 13.12.2001 â□□ Az. B 3 KR 1/01 R, vom 08.09.2009 â□□ Az. B 1 KR 11/09 R und vom 18.07.2013 a.a.O. jeweils m.w.N.).

Nach MaÃ□gabe dieser AuslegungsgrundsÃ¤tze setzt die Kodierung weder nach seinem Wortlaut noch nach der Systematik des OPS voraus, dass dem geriatrischen Team Therapeut(inn)en aller vier Fachbereiche angehÃ¶ren.

Insbesondere lÃ¤sst sich entgegen der Ansicht der Beklagten dem oben dargestellten Wortlaut nicht entnehmen, dass eine Auswahl aus den vier Fachbereichen im konkreten Fall mÃ¶glich sein muss. Mit dieser Forderung geht die Beklagte Ã¼ber den Wortlaut hinaus, der lediglich einen "Einsatz" von mindestens zwei Fachbereichen voraussetzt. Auch das Mindestmerkmal der DurchfÃ¼hrung wÃ¶chentlicher Teambesprechungen "unter Beteiligung aller Berufsgruppen" lÃ¤sst ebenso wenig wie das weitere Mindestmerkmal der DurchfÃ¼hrung eines standardisierten geriatrischen Assessments, welches selbst nicht definiert wird, zwingend diesen Schluss zu. Vielmehr bestÃ¤tigt der Vergleich zwischen dem Wortlaut des 2001/2005 (wegen der historischen Entwicklung vgl. www.geriatrie-drg.de) eingefÃ¼hrten OPS 8-550 mit dem Wortlaut des (2007 eingefÃ¼hrten) OPS 8-98a (teilstationÃ¤re geriatrische Komplexbehandlung) die Auffassung der KlÃ¤gerin. WÃ¤hrend der OPS 8-98a das "Vorhandenseins" der Therapiebereiche voraussetzt, erfordert der OPS 8-550 lediglich den "Einsatz" von (mindestens) zwei Bereichen. Im OPS 8-97d (multimodalen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson) werden sogar beide Begriffe unmittelbar nebeneinander genannt. Und auch im unmittelbaren Zusammenhang mit dem OPS 8-550 werden die Begriffe nebeneinander verwandt: Der OPS 8-552 (neurologisch-neurochirurgische FrÃ¼hrehabilitation und der OPS 8-559 (fachÃ¼bergreifende und andere FrÃ¼hrehabilitation) setzen beide Begriffe direkt nebeneinander und formulieren "Vorhandensein und Einsatz von". Dies macht deutlich, dass bei der Erstellung des OPS beide Begriffe bekannt waren und man sich des unterschiedlichen Bedeutungsgehaltes bewusst war. Wenn also vom "Einsatz" eines Therapiebereiches die Rede ist, kann damit gerade nicht davon ausgegangen werden, dass auch gleichzeitig das Vorhandensein aller genannten Bereiche gemeint war. Die Kammer schlieÃ□t sich insofern den AusfÃ¼hrungen des LSG Hamburg im Urteil vom 18.12.2014 (Az. L 1 KR 60/14) an.

Auf den oben dargestellten Unterschied der Formulierungen in den OPS 9-98d und OPS 8-550 weist schlieÃ□lich auch das des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) des MDK selbst in einem an das fÃ¼r die Klassifikation des OPS zustÃ¤ndige DIMDI â□□ bezogen auf den im wesentlichen gleichlautenden OPS 2013 â□□ gerichteten Ã□nderungsantrag hin, mit dem als Mindestmerkmal das "Vorhandensein eines

patientenÃ¼bergreifend kontinuierlich zusammenarbeitenden geriatrischen Teams unter Beteiligung von Medizin, Pflege, Sozialdienst und den u.g. Therapiebereichen" gefordert wurde. Zur BegrÃ¼ndung des Antrags hat das KCG (vgl. www.dimdi.de) ausgefÃ¼hrt:

"Weniger in den bestehenden als in den immer zahlreicher in GrÃ¼ndung begriffenen geriatrischen Neueinrichtungen wird kontrovers darÃ¼ber diskutiert, was `Behandlung durch ein geriatrisches TeamÂ´ bedeutet. Es wird unter Verweis auf den letzten Spiegelstrich (Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche) teilweise argumentiert, dass grundsÃ¤tzlich bereits das Vorhandensein von 2 der 4 Therapiebereichen eine `Behandlung durch ein geriatrisches Team" darstelle und dieser Anforderung damit GenÃ¼ge getan sei resp. weitere Therapiebereiche strukturell gar nicht vorgehalten werden mÃ¼ssten, um eine geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung zu erbringen. WÃ¤re dies so gemeint, wÃ¤re die im ersten Spiegelstrich formulierte strukturelle Anforderung Ã¼berflÃ¼ssig. Allerdings ist einzurÃ¤umen, dass formal im Gegensatz zu der etwas spÃ¤ter entwickelten teilstationÃ¤ren geriatrischen Komplexbehandlung 8-98d eine klare Abgrenzung Zwischenstrukturmerkmalen (`VorhandenseinÂ´) und fallbezogenen `ProzessmerkmalenÂ´ (Einsatz von) vorliegt, was o.g. Interpretationsvarianten Vorschub leistet. (â¦)"

Wie dem insofern seit Jahren indes unverÃ¤nderten Wortlaut des OPS zu entnehmen ist, wurde dem Änderungsvorschlag nicht gefolgt, was ohne weiteres darauf schließen lÃ¤sst, dass auch das DIMDI selbst davon ausgeht, dass der Einsatz von zwei Bereichen fÃ¼r die Abrechnung des Codes 8-550 ausreichend ist und daher an der â in wesentlichen Teilen seit der EinfÃ¼hrung im Jahr 2001 (OPS-301 V2.0) und der EinfÃ¼hrung eigenstÃ¤ndiger, rein geriatrisch definierter DRG im Jahr 2005 unverÃ¤nderten Version (zur Entwicklung der Geriatrie-DRGÂ´s vergleiche www.geriatrie-drg.de) â festhÃ¤lt.

Dem Erst-Recht-Schluss der Beklagten (soweit die teilstationÃ¤re Behandlung nach OPS-98d das Vorhandensein aller vier Therapiebereiche erfordere, mÃ¼sse dies erst recht fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung gelten) ist nicht zu folgen. GemÃ¤Ã [Â§ 39 Abs. 1 Satz 3](#) zweiter Halbsatz SGB V umfasst die akutstationÃ¤re Behandlung auf die im Einzelfall erforderlichen und zum frÃ¼hestmÃ¶glichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur FrÃ¼hrehabilitation. Damit werden bestimmte frÃ¼hrehabilitative Leistungen als integraler Bestandteil der stationÃ¤ren Akutbehandlung unter Mitwirkung der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und des spezifischen Fachpersonals bestimmt, ohne jedoch RehabilitationsmaÃnahmen in Rehabilitationseinrichtungen zu ersetzen (vgl. GesetzesbegrÃ¼ndung [BT-Drucksache 14/5074 S. 117](#) f.). Das volle Spektrum der MÃ¶glichkeiten von RehabilitationsmaÃnahmen durch die Klinik ist allein schon durch die zeitliche Begrenzung fÃ¼r die jeweilige Akutbehandlung erforderliche Verweildauer und durch die inhaltliche BeschrÃ¤nkung auf die vorrangige Wiederherstellung der BasisfÃ¤higkeiten beschrÃ¤nkt und die Leistungsbreite nicht im Sinne eines "Erst-Recht-Schlusses" vergleichbar.

Soweit die Beklagte ihre Auffassung mit den AusfÃ¼hrungen des BSG im Urteil vom

19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) bestÃ¤tigt sieht, stellt die Kammer auch dies in Abrede. Zwar fÃ¼hrt der Senat (sinngemÃ¤Ã an mehreren Stellen) aus: Der Patient "muss zur erforderlichen FrÃ¼hrehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzentrierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedÃ¼rfen. Hierzu zÃ¤hlen die Ãrzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst." Zu berÃ¼cksichtigen ist aber, dass sich das BSG rechtlich ausschlieÃlich mit der Frage befasst hat, ob es in dem von ihm entschiedenen Fall an einer ausreichenden Dokumentation der wÃ¶chentlichen Teambesprechung fehle. Insofern geht aus dem von der Vorinstanz (LSG Baden-WÃ¼rttemberg) im Urteil vom 14.12.2016 (Az. L 5 KR 4875/14) detaillierter dargestellten Tatbestand hervor, dass die Klinik Ã¼ber alle vier Therapiebereiche verfÃ¼gte. Insofern bestand fÃ¼r das BSG nicht die Erforderlichkeit, sich mit der im vorliegenden Verfahren relevanten Frage, ob auch das Vorhandensein von zwei der im OPS bezeichneten vier Therapiebereiche ausreichend ist, zu befassen. Dies hÃ¤tte zudem eine Auseinandersetzung mit seinem Urteil vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 21/14 R) bedurft, mit dem der gleiche (Erste) Senat des BSG bezogen auf die geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung (streitig war in diesem Verfahren das fÃ¼r die Abrechnung des Codes 8-550 erforderliche Mindestalter des Patienten) neben dem generellen Versorgungsauftrag eine "hinreichende" Ausstattung der Abteilung als ausreichend ansieht und zur StÃ¼tzung ihrer Auffassung ausdrÃ¼cklich u.a. das oben angefÃ¼hrte Urteil des LSG Hamburg vom 14.12.2014 (Az.: L 1 KR 60/14 R) hingewiesen hat.

Der Verweis der Beklagten auf in der Fachliteratur definierte QualitÃ¤tsanforderungen sind als Definition eines Idealzustands anzusehen, die aber nach den o.a. maÃgeblichen MaÃstÃ¤ben als Ã¼berobligatorische QualitÃ¤tsmerkmale fÃ¼r die Kodierung nicht relevant sind, soweit sie â wie hier â nicht ihren Niederschlag im Wortlaut des OPS befunden haben. DafÃ¼r mag es vielfÃ¤ltige (auch gesundheitspolitische) GrÃ¼nde geben, die keiner gerichtlichen Bewertung unterliegen.

Nach alledem ist der Hauptantrag der KlÃ¤gerin begrÃ¼ndet. Dies gilt nicht in vollem Umfang fÃ¼r den als Nebenanspruch geltend gemachten Zinsanspruch, sowohl was den Zinssatz als auch was die geltend gemachten ZeitrÃ¤ume anbelangt.

Der Zinsanspruch ist im tenorierten Umfang unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begrÃ¼ndet. Nach Â§ 15 Abs. 1 des im Zeitpunkt der streitigen Behandlung geltenden Vertrages Ã¼ber allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung gilt: Die Rechnungen sind innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Ãbergabe des Ãberweisungsauftrages an einem Geldinstitut oder Ãbersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus (Satz 2). Ist der FÃ¤lligkeitstag Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nÃ¤chstfolgenden Arbeitstag (Satz 3). Unter BerÃ¼cksichtigung des Umstandes, dass die Rechnungen jeweils am Ausstellungstag bei der Beklagten eingegangen sind, ergeben sich folgende FÃ¤lligkeiten in den 00 streitgegenstÃ¤ndlichen BehandlungsfÃ¤llen:

Name Rechnung vom (bei der Beklagten am selben Tag eingegangen) FÃ¤lligkeit Zinsforderung (2%) gemÃ¤Ã Klageantrag mit Schriftsatz vom 21.04.2017 ab

1. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 2. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 3. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 4. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 5. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 6. E 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 7. E 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 8. F 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 9. G 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 10. I 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 11. K 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 12. L 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 13. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 14. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 15. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 16. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 17. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 18. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 19. O 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 20. P 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 21. Q 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 22 T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 23. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 24 T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 25. V 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 26. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 27. Q 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 28. V 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 29. S 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 30. G 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 31. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 32. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000

Die mit Fettdruck hervorgehobenen Daten entsprechen der Tenorierung unter BerÃ¼cksichtigung der von der KlÃ¤gerin geltend gemachten ZinsansprÃ¼che (ne ultra petita, Â§ 123 SGG).

Auch hinsichtlich der geltend gemachten ZinshÃ¶he ist nur ein Teil der geltend gemachten Zinsforderung der KlÃ¤gerin begrÃ¼ndet.

Bei Ãberschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach MaÃgabe der Â§Â§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB (BGB) Verzugszinsen in HÃ¶he von 2 v.H. Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den FÃ¤lligkeitstag folgenden Tag verlangen (Satz 4). Diese eindeutige und spezielle Regelung setzt schlieÃt eine ErhÃ¶hung des Zinssatzes ab Klageerhebung nach MaÃgabe des Â§ 288 Abs. 1 BGB aus (BSG, Urteil vom 08.09.2008, Az. B 1 KR 8/09 R).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit Â§Â§ 155 Abs. 1 Satz. 3, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1, 2 und 3 Verwaltungsgerichtsordnung. Nach Auffassung der Kammer war das teilweise unterliegen der KlÃ¤gerin hinsichtlich der geltend gemachten Zinsforderungen nicht so maÃgeblich, dass eine Kostenbeteiligung der KlÃ¤gerin angezeigt war.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit Â§Â§ 40, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz

Erstellt am: 02.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024