

---

## S 6 KR 4708/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 4708/17
Datum	16.12.2019

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 246/20
Datum	10.12.2021

#### 3. Instanz

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

**Die Berufung der KlÄ¼gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 16. Dezember 2019 wird zurÄ¼ckgewiesen.**

**Die KlÄ¼gerin trÄ¼gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Der Streitwert fÄ¼r das Berufungsverfahren wird endgÄ¼ltig auf 2.623,44 â¬ festgesetzt.**

Ä

#### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten um die Zahlung von 2.623,44 â¬ aufgrund einer stationÄ¼ren Krankenhausbehandlung.

Die KlÄ¼gerin ist TrÄ¼gerin des M Klinikums S (im folgenden Klinikum), eines Akutkrankenhauses, das durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Niedersachsen nach [Ä§ 108 Nr. 2](#) FÄ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ein zur Versorgung gesetzlich Krankensicherter zugelassenes Krankenhaus ist.

---

Der 1940 geborene, bei der Beklagten versicherte G (im folgenden Versicherter), der am 8. April 2013 einen ausgedehnten Media- und Anteriorinfarkt rechts erlitten hatte, wurde zur weiteren neurologischen Frührehabilitation (Phase B) am 23. Mai 2013 in das Klinikum verlegt und stationär bis 17. Juli 2013 behandelt.

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 12. August 2013 einen Betrag in Höhe von 26.245,83 € in Rechnung, wobei sie u.a. das Zusatzentgelt (ZE) 130.02 (hochaufwendige Pflege von Erwachsenen) mit dem OPS-Code 9-200.c (hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte) in Ansatz brachte.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst und leitete nachfolgend eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK) ein, wobei H ausweislich ihres Gutachtens vom 3. April 2014 zu der Auffassung gelangte, dass das ZE 130.02 nicht abrechnungsfähig sei. Der Gesamtscore sei anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht ableitbar. Es sei daher keine Aussage dazu möglich, wie viele Aufwandspunkte von Klinikseite insgesamt zur Abrechnung gebracht worden seien. Ausweislich des Hinweises zur Kodierung der Prozedur 9-200 sei der Gesamtscore in einer Matrix zur Ermittlung des OPS-Kodes erforderlich. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und legte die Stellungnahme des B vom 16. Juli 2014 vor, der auf die vorgelegten Tabellen des Softwaremoduls der Firma 3M verwies, denen jeweils der einzelne Punktwert und die Tage, an denen die Leistungen erbracht worden seien, entnommen werden können. Ersatzweise werde ein Bildschirmausdruck mit der Übersichtsseite des Programmmoduls beigelegt, dem die Punktsummen zu entnehmen seien. Nach nochmaliger Hinzuziehung des MDK sah H ausweislich ihres Gutachtens vom 9. Januar 2015 weiterhin keine Abrechnungsfähigkeit des ZE 130.02, da Aufwandspunkte nicht zu berücksichtigen seien. Eine tagesbezogene Punktematrix liege weiterhin nicht vor. Im Leistungsbereich A (Körperpflege) sei bei den angegebenen Gründen (G1) der Aspekt (Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege oder Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt) nicht angegeben. Im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) liege keine ausreichende Dokumentation des Lagerungswechsels (siebenmal täglich) und der Mobilisation in den Rollstuhl (zweimal täglich) vor. Diese enthalte im Zeitraum vom 24. Mai bis 16. Juni 2013 jeweils nur ein Handzeichen pro Tag. Hiergegen erhob die Klägerin erneut Einwände und legte die weitere Stellungnahme des B vom 21. Januar 2015 vor, der darauf hinwies, dass im Leistungsbereich A für die erfolgte Pflegeintervention A3 (therapeutische Ganzkörperpflege) der Aspekt durchaus angegeben sei; hinsichtlich des Grundes G1 sei gekennzeichnet, dass der Ablauf der Körperpflege dem Patienten nicht bekannt sei. Auch bei Aberkennung der im Leistungsbereich D erfolgten Pflegeintervention D5 lägen insgesamt 159 Aufwandspunkte vor. Daraus resultiere der OPS-Code 9-200.7, der ebenfalls zum Zusatzentgelt 130.02 fñhre. Die Beklagte teilte der Klägerin sodann mit, dass eine erneute Einschaltung des MDK nicht beabsichtigt sei. Sie rechnete den vollen Rechnungsbetrag von 26.245,83 € mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen auf und wies den Betrag von 23.622,39 € zur Zahlung an. (/Bl. 87 SG).

---

Am 13. Dezember 2017 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage und machte unter Hinweis auf die vorgelegte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)-Dokumentation (Anlage K 11; Bl. 49/64 SG-Akte) geltend, bei dem Versicherten seien vom 24. Mai bis 17. Juli 2013, und damit an 53 Tagen, Maßnahmen aus den Leistungsbereichen A (Körperpflege) und D (Bewegung/Sicherheit) angefallen. Beide Leistungsbereiche seien mit einem Punktwert von drei ausgewiesen, so dass sich pro Tag eine Punktzahl von sechs ergebe. Multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen die Maßnahmen angefallen seien (53 Tage), ergebe sich eine Gesamtzahl an Aufwandspunkten von 318. Hieraus resultiere der OPS 9-200.c (hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte), der zur Abrechnung des ZE 130.02 berechtige. Aus der PKMS-Dokumentation ergebe sich, dass an jedem einzelnen Tag des stationären Aufenthalts im Leistungsbereich A als Pflegeintervention die Maßnahme A3 (therapeutische Ganzkörperpflege) erfolgt und als Konzept das sog. „Bobath-Konzept“ angewandt worden sei. Für den Leistungsbereich D sei an den genannten Tagen die Maßnahme D5 dokumentiert. Durch Setzen des Kreuzes bei der ersten Alternative ergebe sich, dass ein Lagerungswechsel mindestens siebenmal täglich, eine Mobilisation mindestens zweimal täglich in den Rollstuhl und eine Thromboseprophylaxe durch Ausstreichen der Beine und Anlegen eines Kompressionsverbandes erfolgt sei. Anhand der vorgelegten Unterlagen könne durchaus der Gesamtsummenscore ermittelt werden. Es sei unklar, woraus der MDK in seinem Gutachten vom 3. April 2014 das Erfordernis herleite, die Punktzahl müsse in einer tagesbezogenen Punkte-Matrix dargestellt werden. Eine solche Dokumentation sei keinesfalls zwingend, insoweit handele es sich nicht um eine Abrechnungsvoraussetzung. Entscheidend sei, dass eine bestimmte Punktezahl nachvollziehbar vorliege. Die Annahme des MDK im Gutachten vom 9. Januar 2015, im Leistungsbereich A (Körperpflege) sei bei Grund 1 (Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege oder Ablauf der Körperpflege bei dem Patienten nicht bekannt) der Aspekt nicht genannt, sei unzutreffend. Vielmehr sei auf der Übersicht, die die näher Beschreibung der einzelnen Gründe angebe, bei G1 das Kreuz bei der zweiten Alternative gesetzt (Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt). Hierauf sei schon im zweiten Widerspruchsschreiben hingewiesen worden. Soweit J, MDK, in dem im Klageverfahren vorgelegten weiteren sozialmedizinischen Gutachten vom 8. November 2018 (hierzu nachfolgend) für die Anrechnungsfähigkeit als zusätzliche Anforderung eine Plausibilität der Dokumentation fordere, sei nicht erkennbar, woraus sie dies rechtlich herleite. So wiesen die Nutzungshinweise zum PKMS darauf hin, dass die Pflegedokumentation auf dem PKMS-Vordruck erfolgen könne und die vorhandene Pflegedokumentation in den vorgegebenen Leistungsbereichen ersetze. Nur in einzelnen gekennzeichneten Bereichen des PKMS sei nicht jedoch im Leistungsbereich A mit dem Grund G1 sei eine zusätzliche Dokumentation notwendig. Diese seien mit einem „Handzeichen-Symbol“ gekennzeichnet. Soweit sich J auf ein Handbuch aus dem Jahr 2018 berufe, seien die Ausführungen für die im Jahr 2013 erfolgte Behandlung irrelevant. Auch könne kein zusätzliches Abrechnungserfordernis konstruiert werden, weil dies in der Literatur so gesehen werde. Im Hinblick auf den Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) ergebe sich aus der Patientenkurve (Anlage K 13; Bl. 66 SG-Akte), dass täglich eine regelrechte Decubitusprophylaxe Standard 1, die die näher aufgeführten Maßnahmen 1 bis 7 enthielten,

---

---

durchgefhrt worden sei. Zudem sei in der PKMS-Dokumentation durch Abzeichnen des jeweiligen Tages dokumentiert, dass die Voraussetzungen der Maßnahme D5 einschließlich des Lagerungswechsels siebenmal täglich und der Mobilisation mindestens zweimal täglich in den Rollstuhl erfüllt seien. Es sei nicht erforderlich, jeden einzelnen Vorgang gesondert zu dokumentieren. Ein Handzeichen-Symbol, das auf das Erfordernis einer darüberhinausgehenden Dokumentation hinweise, finde sich insoweit nicht.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und legte das Gutachten der J vom 8. November 2018 vor, die ausführte, dass im Leistungsbereich A (Körperpflege) der Grund durch Kennzeichnung des Aspekts in der zweiten Variante (Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt) zwar dokumentiert sei, diese Kennzeichnung/Zuordnung sich jedoch weder aus der ärztlichen noch aus der pflegerischen Dokumentation plausibilisieren lasse. Weder der Pflegebericht noch der Entlassungsbericht enthielten Hinweise darauf, dass dem Versicherten der Ablauf der Körperpflege über den gesamten Behandlungszeitraum nicht bekannt gewesen sei. Nachvollziehbar sei, dass der Versicherte als Folge der neurologischen Defizite Hilfestellung bei den Waschungen benötigt habe. Diese seien jedoch nicht Ausdruck einer kognitiven Unfähigkeit. Im Leistungsbereich A könnten Aufwandspunkte daher nicht anerkannt werden. Entsprechendes gelte für den Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit). Insoweit sei der dokumentierte Grund G6 (fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen und/oder zu Gehen) zwar plausibel, allerdings setze die Abrechnung der damit verknüpfen Pflegeinterventionen D5 (Lagerungswechsel mindestens siebenmal täglich und Mobilisation mindestens zweimal täglich in den Roll-/Lehnstuhl) im Hinblick auf die aufgefhrten Häufigkeitsangaben zwingend an jedem Behandlungstag sieben Handzeichen für die Lagerungen und zwei Handzeichen für die Mobilisation in den Rollstuhl voraus. Als Durchfhrungsnachweis werde an einen Behandlungstag jeweils nur ein einziges Handzeichen aufgeführt, so dass auch nur eine einzige Pflegemaßnahme für den jeweiligen Behandlungstag belegt sei. Entgegen der Ansicht der Klägerin könnten die Voraussetzungen der Maßnahme D5 durch einmaliges Abzeichnen des jeweiligen Tages nicht erfüllt werden. Hierzu legte sie Auszüge aus dem Handbuch 2018 für PKMS und OPS 9-20, herausgegeben von Pia Wieteck u. a. vor. Die Dokumentation habe die Aufgabe, den Nachweis über die aufwendige Pflege nachweisbar zu machen. Die Form der Dokumentation richte sich nach diesem Zweck und nach den Bedingungen des OPS 9-20. Entsprechendes werde in den vorgelegten Auszügen des Handbuchs dargelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 16. Dezember 2019 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen für die Abrechnung des ZE 130.2 mit 159 Aufwandspunkten seien nicht erfüllt. Hinsichtlich des Leistungsbereichs A sei in der Pflegedokumentation zwar therapeutische Ganzkörperpflege nach Bobath mit täglichen Handzeichen hinterlegt und bei Grund 1 werde die zweite Variante (Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt) angegeben. Allerdings sei der angegebene Grund für die hochaufwendige Pflege, der erhebliche kognitive Defizite voraussetze, nicht plausibel. Denn solche Defizite seien aus den vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 16. Juli 2013 werde der Versicherte im psychischen Befund als bewusstseinsklar,

---

zur Person orientiert, zu Zeit und Situation unscharf orientiert, im Kontakt zugewandt und ohne Hinweis auf formale oder inhaltliche Denkstörungen beschrieben. Auch im Leistungsbereich D seien Aufwandspunkte nicht zu berücksichtigen. Der angegebene Grund G6 (fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen und/oder zu Gehen) sei zwar plausibel und im Entlassungsbericht durch Angabe einer Stand- und Gangunsicherheit belegt. Jedoch fordere die Pflegeintervention D5 einen Lagerungswechsel mindestens siebenmal täglich und die Mobilisation in den Roll-/Lehnstuhl mindestens zweimal täglich, weshalb denklogisch erforderlich sei, die einzelne Maßnahme durch ein einzelnes Handzeichen zu dokumentieren, da nicht dieselbe Pflegekraft die Pflege im Verlauf von 24 Stunden durchführen. Das einmal täglich angebrachte Handzeichen sei nicht geeignet, die Durchführung mit der erforderlichen Anzahl zu belegen. Für Decubitusprophylaxe seien auf der Dokumentation keine Handzeichen angebracht, so dass hierfür keine Punkte vergeben werden könnten.

Am 17. Januar 2020 hat die Klägerin dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt und ihr Vorbringen im Klageverfahren wiederholt und vertieft. Soweit das SG in Bezug auf den Leistungsbereich A den angegebenen Grund für die hochaufwendige Pflege nicht für plausibel erachtet habe, habe es Dokumentationsanforderungen und damit letztlich Abrechnungserfordernisse aufgestellt, die der OPS nicht vorsehe. Der Beklagten sei es schon im erstinstanzlichen Verfahren nicht gelungen, nachvollziehbar herzuleiten, worauf sie die zusätzlichen Dokumentationsanforderungen stelle. Auch das SG habe sich damit in seiner Entscheidung nicht auseinandergesetzt. Soweit die Abrechnung einer OPS-Prozedur an bestimmte Dokumentationsanforderungen geknüpft sei, müssten diese im OPS selbst genannt werden. Die streitige OPS 9-200 enthalte keine direkten Vorgaben zur Dokumentation. Es sei lediglich geregelt, dass ein Kode aus diesem Bereich anzugeben sei, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des PKMS für Erwachsene (PKMS-E) erfüllt seien. Für die Erfassung dieser Bedingungen sei der PKMS-Bogen entwickelt worden. Es handle sich um ein Dokument, das explizit dafür vorgesehen sei, sowohl die Gründe zu erfassen, weshalb eine hochaufwendige Pflegemaßnahme erforderlich sei, als auch die Durchführung der Maßnahmen selbst zu dokumentieren. Die Nutzung des PKMS-Bogens diene auch dazu, durch standardisierte Vorgaben eine aussagekräftige und effektive Dokumentation zu erhalten und unnötigen Dokumentationsaufwand gerade zu vermeiden. Aus diesem Grund sei es auch nicht erforderlich, Angaben, die im PKMS-Bogen gemacht worden seien, an anderer Stelle nochmals zu wiederholen. Vielmehr ersetze die Dokumentation im PKMS-Bogen die Pflegedokumentation. Anders sei dies nur, wenn im PKMS-Bogen selbst auf ein zusätzliches Dokumentationsanforderung hingewiesen werde. Insoweit verwies die Klägerin auf die Nutzungshinweise zum PKMS unter der Überschrift „Hinweise zur Pflegedokumentation zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes“. Daraus ergebe sich, dass nur bei Abbildung des „Handzeichensymbols“ die Dokumentation auf dem PKMS-Bogen nicht ausreichend sei und der zu dokumentierende Punkt einen zusätzlichen Niederschlag in der sonstigen Pflegedokumentation finden müsse. Ein solches „Handzeichensymbol“ finde sich bei Angabe des Grundes für die

---

hochaufwendige Körperpflege nicht. Da Maßnahmen aus dem Bereich Körperpflege mit drei Punkten pro Tag zu bewerten seien, ergebe sich bei 53 Tagen eine Gesamtpunktzahl von 159, was zur Kodierung des OPS-Verfahrens 9-200.7 für 1/4 Stunde, die bereits zur Abrechnung des ZE 130.02 berechtige. Auch hinsichtlich des Leistungsbereichs D gingen die Anforderungen des SG an eine Dokumentation zur Abrechnung des ZE 130.02 über die Vorgaben des OPS bzw. des hierzu entwickelten PKMS-Bogens hinaus. Der PKMS-Bogen sei bereits so konzipiert, dass das Eintragen von sieben Handzeichen für die Lagerung und weiteren zwei Handzeichen für die Mobilisation nicht erfolgen könne, was zeige, dass das pro Tag einmalige Abzeichnen der Gesamtmaßnahme ausreichend sei. Mangels eines Handzeichensymbols werde eine zusätzliche Dokumentation, etwa in einem gesonderten Dokument, auch zu diesem Punkt nicht verlangt. Auch die Maßnahmen in diesem Bereich seien mit drei Punkten pro Tag bewertet, so dass sich auch insoweit eine Gesamtpunktzahl von 159 ergebe, was auch in diesem Bereich schon für sich genommen zu dem abgerechneten Zusatzentgelt für 1/4 Stunde.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 16. Dezember 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 2.623,44 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22. April 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Zur weiteren Begründung hat sie ausgeführt, dass die Berechtigung zur Abrechnung einer besonders aufwendigen Pflege nur dann bestehe, wenn diese hochaufwendige Pflege tatsächlich durchgeführt und auch entsprechend dokumentiert sei. Dies sei vorliegend nicht erfolgt und gehe aus der entsprechenden Pflegedokumentation nicht hervor.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verfahrensakten des SG und des Senats sowie die von der Klägerin vorgelegte Patientenakte des Versicherten.

Ä

### **Entscheidungsgründe**

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [§ 105 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124](#)

---

[Abs. 2 SGG](#) ohne mÄ¼ndliche Verhandlung entscheidet, ist auch im Ä¼brigen zulÄ¼ssig. Die Berufung bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, denn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei Berufungseinlegung betrug 2.623,44 Ä¼– und damit mehr als 750,00 Ä¼– ([Ä¼ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der KlÄ¼gerin auf Zahlung der RestvergÄ¼tung fÄ¼r eine stationÄ¼re Krankenhausbehandlung in HÄ¼he von 2.623,44 Ä¼– zzgl. Zinsen hieraus ab dem 22. April 2015.

3. Die Berufung der KlÄ¼gerin ist unbegrÄ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die KlÄ¼gerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 2.623,44 Ä¼– zzgl. Zinsen aufgrund der stationÄ¼ren Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 23. Mai bis 17. Juli 2013. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte nach zunÄ¼chst erfolgter Aufrechnung der geleisteten VergÄ¼tung in HÄ¼he von 26.245,83 Ä¼– nur noch den geminderten Betrag von 23.622,39Ä¼ Ä¼– neu zur Zahlung anwies. Denn das von der KlÄ¼gerin fÄ¼r die Behandlung des Versicherten der Beklagten in Rechnung gestellte ZE 130.02 war nicht abrechnungsfÄ¼hig.

a) Die Klage ist zulÄ¼ssig. Die KlÄ¼gerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [Ä¼ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewÄ¼hlt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÄ¼gers gegen eine Krankenkasse um einen sog. Parteienstreit im GleichordnungsverhÄ¼ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 â¼ B 1 KR 19/19 R â¼ juris, Rn. 8 m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÄ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 â¼ B 3 KR 33/12 R â¼ juris, Rn. 9). Die KlÄ¼gerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch fÄ¼r den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: MÄ¼nchener Kommentar zur ZPO, 6.Ä¼ Aufl. 2020, Ä¼ 253 Rn. 132).

b) Die Klage ist jedoch nicht begrÄ¼ndet. Der KlÄ¼gerin steht kein VergÄ¼tungsanspruch fÄ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten im Zeitraum vom 23. Mai bis 17. Juli 2013 in HÄ¼he von weiteren 2.623,44 Ä¼– nebst Zinsen hieraus in HÄ¼he von zwei Prozentpunkten Ä¼ber dem Basiszinssatz seit dem 22. April 2015 zu. Der anderweitige VergÄ¼tungsanspruch fÄ¼r Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte mit einem Ä¼ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ä¼berzahlung der VergÄ¼tung fÄ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [Ä¼ 387](#) BÄ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) wirksam die Aufrechnung erklÄ¼rte (vgl. BSG, Urteil vom 27.Ä¼ Oktober 2020Ä¼ â¼ B 1 KR 8/20 RÄ¼ â¼ juris, Rn. 8; Urteil vom 8. Oktober 2019 â¼ B 1 KR 2/19 R â¼ juris, Rn. 9; Urteil vom 23. Juni 2015 â¼ B 1 KR 26/14 R â¼ juris, Rn. 33 m.w.N.). Die Beklagte hatte den gesamten von der KlÄ¼gerin mit Rechnung vom 12. August 2013 geltend gemachten Betrag in HÄ¼he von 26.245,83 Ä¼– zunÄ¼chst gezahlt, jedoch nachtrÄ¼glich den VergÄ¼tungsanspruch mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen VergÄ¼tungsansprÄ¼chen der KlÄ¼gerin aus anderen

---

Behandlungsfällen gegen die Beklagte in voller Höhe aufgerechnet und für die Behandlung des Versicherten sodann den Gesamtbetrag von 23.633,39 € neu angewiesen. Mit der erhobenen Leistungsklage verfolgt die Klägerin nunmehr die Zahlung des Differenzbetrags zwischen dem in Rechnung gestellten Betrag in Höhe von 26.245,83 € und dem Zahlbetrag von 23.633,39 €, mithin 2.623,44 €. Der verfolgte Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten der Beklagten ist unstreitig. Darauf, welchen Vergütungsanspruch die Klägerin auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nicht an (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 33/12 R – juris, Rn. 10), sodass insoweit keine weitere Prüfung durch den Senat erforderlich ist (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 34/13 R – juris, Rn. 8, 25. Oktober 2016 – B 1 KR 9/16 R – juris, Rn. 8 und 25. Oktober 2016 – B 1 KR 7/16 R – juris, Rn. 9).

Der Beklagten steht insoweit als Grundlage für ihre Gegenforderung ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 2.623,44 € zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Abrechnung von Krankenhausentgelten: BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – B 1 KR 15/19 R – juris, Rn. 10; Urteil vom 1. Juli 2014 – B 1 KR 24/13 R – juris, Rn. 10), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte insoweit ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte keinen weitergehenden Vergütungsanspruch gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten vom 23. Mai bis 17. Juli 2013.

(a) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt.

(aa) Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) wird mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet (Satz 2). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhaus Träger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) zu führen (Satz 3). Bei den Plankrankenhausnutzern gilt die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 KHG](#) als Abschluss des Versorgungsvertrages ([§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 – B 1 KR 19/19 R – juris, Rn. 10; Urteile vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 25/13 R – juris, Rn. 8 und [B 1 KR 26/13 R](#) – juris, Rn. 8). Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen

---

Krankenhaus ([Â§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(bb) Die Beklagte ist  $\hat{=}$  wie sie auch nicht bestreitet  $\hat{=}$  verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten im klägerischen Klinikum für den Zeitraum vom 23. Mai bis 17. Juli 2013 zu vergüten. Beim Versicherten lagen bei Aufnahme in das nach [Â§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. In der Zeit vom 23. Mai bis 17. Juli 2013 war er krankhausbehandlungsbedürftig. Auch dies steht zwischen den Beteiligten zu Recht nicht in Streit.

(b) Der Klägerin stand jedoch kein Anspruch auf eine Vergütung in Höhe von weiteren 2.623,44 € zu.

(aa) Die Höhe der Vergütung für vollstationäre Behandlung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie der Klägerin grundsätzlich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Nach [Â§ 1 Abs. 1 KHEntgG](#) (hier anzuwenden i.d.F. durch Art. 2 Nr. 2 Buchst. a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 [Krankenhausfinanzierungsreformgesetz  $\hat{=}$  KHRG] vom 17. März 2009, [BGBl. I, S. 534](#)) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser [Fallpauschalengesetz  $\hat{=}$  FPG] vom 23. April 2002, [BGBl. I, S. 1412](#)) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#) (i.d.F. des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vom 17. März 2009, [BGBl. I, S. 534](#) m.W.v. 25. März 2009) und [Â§ 17b KHG](#) (i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013, [BGBl. I, S. 2776](#) m.W.v. 25. Februar 2013). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen [FPV]) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbarten nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 9 Buchst. a KHRG) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als  $\hat{=}$ Vertragsparteien auf Bundesebene  $\hat{=}$  mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlüsse sowie einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte einschließlich der Vergütungshöhe. Ferner vereinbarten sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der FPV auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#) (i.d.F. durch Art. 19 Nr. 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

---

[GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG] vom 26. März 2007, [BGBl. I, S. 378](#)). Maßgebend sind vorliegend die FPV 2013 einschließlich der Anlagen 2 und 5, der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI; nun Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene OPS (hier in der Version 2013), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2013 (zum Ganzen BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) – juris, Rn. 11 m.w.N.) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag nach [Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Niedersachsen, der länderübergreifend gemäß [Â§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) auch für die Beklagte verbindlich ist.

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen, wobei systematische Erwägungen unterstützend herangezogen werden können (z.B. BSG, Urteil vom 20. Januar 2021 – [B 1 KR 31/20 R](#) – juris, Rn. 21 m.w.N.; Urteil vom 17. Dezember 2020 – [B 1 KR 13/20 R](#) – juris, Rn. 11; Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 22/19 R](#) – juris, Rn. 14; Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) – juris, Rn. 13; Urteil vom 9. April 2019 – [B 1 KR 27/18 R](#) – juris, Rn. 14; Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.). Auch die Entstehungsgeschichte hat außer Betracht zu bleiben (BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 22/19 R](#) – juris, Rn. 17). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des FPV in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 24. April 2020 – [L 4 KR 3159/18 R](#) – juris, Rn. 36). Dies gilt sowohl für die Auslegung der DKR als auch für die Auslegung des OPS. Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen sind in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung (vgl. [Â§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen („lernendes System“). Dieser Anpassungsmechanismus betrifft auch die Begriffsbestimmungen im OPS. Sie werden erst durch die jährlich abgeschlossene FPV für das Vergütungssystem verbindlich (BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N. zur st. Rspr.).

(bb) Das im Streit stehende von der Klägerin geltend gemachte ZE 130.02 ist nach dem „Zusatzentgelte-Katalog“ gemäß [Â§ 5 Abs. 1 FPV 2013 i.V.m. Anlage 2](#) der FPV 2013 für „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ bestimmt, was in Anlage 5 näher definiert wird, u.a. mit den OPS-Kodes 9-200.c und 9-200.7. Die Beteiligten gehen insoweit übereinstimmend von einem Entgelt in Höhe von 2.623,44 € aus.

Die Klägerin erfüllt nicht die Voraussetzungen, um die OPS-Kodes 9-200.c oder

---

9-200.7 zu kodieren.

Die OPS-Version 2013 enthält im Kapitel 9 die Gruppe 9-20 (Hochaufwendige Pflege von Patienten) und hierbei den Bereich 9-200 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen). Dieser enthält folgenden Hinweis:

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 19. Lebensjahres anzugeben

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-E über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger Innen oder unter deren Verantwortung erbracht
- Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden

Die nachfolgend aufgeführten Kategorien 9-200.0 bis 9-200.e geben jeweils die für die entsprechende Kodierung erforderlichen Aufwandspunkte an. So sind für die Kodierung des OPS-Kodes 9-200.c insgesamt 304 bis 332 Aufwandspunkte und für den OPS-Kode 9-200.7 insgesamt 159 bis 187 Aufwandspunkte erforderlich.

Ausweislich der ergänzenden Informationen zur OPS Version 2013 werden die Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege von Patienten (Kodes unter 9-20) anhand der sich im Anhang befindenden Tabellen mit den Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) berechnet.

Der Anhang Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2013 enthält eingangs die folgenden Hinweise zur Nutzung:

Der PKMS ist ein von der Expertengruppe des DPR (Deutscher Pflegerat) entwickeltes Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf Normalstationen. Durch die Deutschsprachige medizinische Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) wurden die Kriterien für die hochaufwendige Pflege bei Patienten mit Querschnittslähmung beschrieben, entwickelt und ergänzt. Diese hochaufwendige Pflege geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der vier Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegungen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit deutlich hinaus und/oder im fünften

---

Bereich Kommunizieren/Beschäftigten besteht ein wesentlich höherer Bedarf als beim durchschnittlichen Patienten mit besonderen Leistungen (vgl. PPR [Pflege-Personalregelung] Stufe A3 der entsprechenden Altersstufe). Zusätzlich wurden die beiden Leistungsbereiche Kreislauf und Wundmanagement bzw. Wund- und Hautbehandlung in der speziellen Pflege für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie integriert. Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

- für Erwachsene (PKMS-E): ab Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres
- für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

Die Struktur und Logik der drei Scores sind gleich und bei der Anwendung ist Nachfolgendes grundsätzlich zu beachten.

Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Die für hochaufwendige Pflege sind einmalig bei Aufnahme und bei Änderungen der Gründe zu erfassen und die Pflegeinterventionen sind durch eine tägliche (Kalendertag) Leistungsdokumentation nachzuweisen.

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, muss

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und
2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprotokoll zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu einer OPS-Prozedur 9-20 - Hochaufwendige Pflege, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene) erreicht ist.

Zur Definition "volle Übernahme" in den Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung) ist u.a. das Folgende aufgeführt:

Im PKMS wird als Ausgangslage des "normal aufwendigen Patienten" ein Patient beschrieben, der eine "volle Übernahme" der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erfährt. Der PKMS nutzt die Definition "volle Übernahme" in den Leistungsbereichen, die bei dem Instrument PPR entwickelt wurden. Nachfolgend wird die Definition "volle Übernahme" vorgestellt. Es ist keine Voraussetzung für Einrichtungen, die PPR zu nutzen, um

---

den PKMS richtig zu kodieren.

In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die **âvolle Ãbernahme** pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen **KÃ¶rperpflege, ErnÃ¤hrung, Ausscheidung sowie Bewegung und Lagerung** jeweils wie folgt definiert: Patienten brauchen in allen Lebensbereichen ein hohes MaÃ an **UnterstÃ¼tzung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung** brauchen, denn sie sind durch **ImmobilitÃ¤t, eingeschrÃ¤nkte KÃ¶rperfunktionen** oder durch ihre Erkrankung an der **eigenstÃ¤ndigen ErfÃ¼llung ihrer GrundbedÃ¼rfnisse** gehindert.

In dem vorliegend relevanten Leistungsbereich **âKÃ¶rperpflege** wird die **âvolle Ãbernahme** definiert als **âÃ¼berwiegende oder vollstÃ¤ndige Ãbernahme der KÃ¶rperpflege** und wie folgt beschrieben: Der Patient kann sich nicht selbstÃ¤ndig waschen, die **ZÃ¤hne putzen, rasieren** und die **Haare pflegen**. Dies muss von den Pflegenden ausgefÃ¼hrt oder der Patient muss helfend und aktivierend **unterstÃ¼tzt** werden.

Im Leistungsbereich **âBewegung und Lagerung** wird die **âvolle Ãbernahme** definiert als **âHÃ¤ufiges (zwei- bis vierstÃ¼ndliches) KÃ¶rperlagern oder Mobilisieren** und wie folgt beschrieben: Der Patient wird aufgrund seiner **ImmobilitÃ¤t hÃ¤ufig gelagert** oder mobilisiert. Dies kann **therapeutisch erforderlich** sein oder seinen **persÃ¶nlichen Bewegungs- und LagerungsbedÃ¼rfnissen** entsprechen.

Die Hinweise zur Nutzung enthalten des Weiteren die folgenden

**âHinweise zur Pflegedokumentation zur Vermeidung eines unnÃ¶tigen Dokumentationsaufwandes**:

Ist bei einem Patienten bereits absehbar, dass er trotz des Zutreffens eines oder mehrerer Leistungsmerkmale nicht eine entsprechende Anzahl von Tagen (z.B. bei vier Leistungsmerkmalen an weniger als vier Tage) in der Klinik verweilt, um die **Mindestpunktzahl fÃ¼r den OPS-Kode** zu erreichen, so ist keine Dokumentation im Sinne des PKMS durchzufÃ¼hren.

In der Regel kann die Pflegedokumentation auf dem PKMS-Vordruck (Dokumentationsbogen; Bezugnahme auf [www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)) durchgefÃ¼hrt werden und die vorhandene Pflegedokumentation in den vorgegebenen Leistungsbereichen ersetzen. Nur in einzelnen, mit diesem Symbol **âHandzeichen-Symbol** gekennzeichneten Bereichen des PKMS ist eine **zusÃ¤tzliche Dokumentation** notwendig (z.B. Schmerzprotokoll, Assessment usw.) oder das Symbol verweist auf ein **zusÃ¤tzliches Dokument**, in dem die Dokumentation stattfinden kann. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier **Ã¼berwiegend um Dokumentationsanteile** handelt, die bereits bei **hochaufwendigen Patienten** zur **Standardpflegedokumentation** gehÃ¶ren, wie z.B. **DekubitusrisikoeinschÃ¤tzung, Lagerungsplan, ErnÃ¤hrungsprotokoll** usw.

Die PKMS-Items ersetzen Teilaspekte der pflegerischen Dokumentation und bieten

---

eine Struktur- und Formulierungshilfe für die Pflegepraxis bei der täglichen Pflegedokumentation.

Der PKMS ist ein Score für die hochaufwendigen Pflegeinterventionen. Die Dokumentation der Gründe für hochaufwendige Pflege erfolgt nur einmal bei der stationären Aufnahme der Patienten und bei Änderungen der Gründe im Rahmen des stationären Aufenthalts. Änderungen sind bei diesem Patientenklientel nur in geringem Ausmaß zu erwarten.

Einrichtungen haben die Möglichkeit, die im PKMS formulierten Items auch in einer anderen Weise darzustellen oder den PKMS-Vordruck automatisiert durch eine elektronische Patientendokumentation mit standardisierter Pflegeterminologie befüllen zu lassen.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kodieren auf einer Matrix das „Zutreffen“ des jeweiligen PKMS-E, PKMS-J, PKMS-K in den einzelnen Leistungsbereichen. Aufgefüllt sind nachfolgend entsprechende Tabellen, die für einzelne Tage und die jeweiligen Leistungsbereiche Punkte, eine Summe pro Tag und eine Gesamtsumme ausweist.

Zu 1. PKMS-E für Erwachsene: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres sind einzelne Gründe für eine hochaufwendige Pflege aufgeführt, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen weiter spezifiziert werden.

Für den Leistungsbereich A (Körperpflege), der mit drei Punkten bewertet ist, ist vorliegend der Versicherte dokumentierte Grund „G1“ maßgebend, der eine „Qualitative Bewusstseinsveränderung“ erfasst. Der Grund G1 wird bei der Körperpflege mit „Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege“ oder „Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt“ beschrieben. Dabei hat der erste Aspekt die folgenden Kennzeichen: Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab. Der zweite Aspekt hat die nachfolgenden Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen. Vorliegend wurde im Hinblick auf den Versicherten ausweislich der vorgelegten PKMS-Dokumentation der zweite Aspekt dokumentiert. Soweit die Beklagte gestützt auf das Gutachten der H vom 9. Januar 2015 im vorgerichtlichen Schriftwechsel gegenüber der Klägerin noch die Auffassung vertrat, im Hinblick auf den Grund G1 sei kein Aspekt dokumentiert, hat sie diesen Einwand im Klageverfahren zu Recht nicht mehr aufrechterhalten. Als erbrachte Pflegeintervention wurde die Variante A3 (= Therapeutische Ganzkörperpflege nach aufgefülltem Konzept), und zwar nach dem Bobath-Konzept dokumentiert.

Für den Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit), der gleichermaßen mit drei Punkten bewertet ist, wurde für eine hochaufwendige Pflege des Versicherten als Grund „G6“ dokumentiert, der eine „Beeinträchtigte Geh- und

---

Transferfähigkeit erfasst. Der Grund G6 wird im Bereich Bewegen/Sicherheit mit dem Fehlen der Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen beschrieben. Aufgeführt werden insoweit folgende Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen, und Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen. Als erbrachte Pflegeintervention ist insoweit die Variante D5 dokumentiert. Diese setzt einen Lagerungswechsel mindestens siebenmal täglich (keine Mikrolagerungen) und eine der beiden aufgeführten zusätzlichen Aktivitäten voraus, wobei im Hinblick auf den Versicherten die Variante Mobilisation mindestens 2 x täglich in den Roll-/Lehnstuhl dokumentiert ist.

Ausgehend hiervon ist die Beklagte und ihr folgend das SG zutreffend davon ausgegangen, dass weder im Leistungsbereich A (Körperpflege) noch im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) für eine hochaufwendige Pflege Aufwandspunkte zu berücksichtigen sind.

Im Hinblick auf den Leistungsbereich A (Körperpflege) ist bereits nicht erkennbar, weshalb beim Versicherten eine hochaufwendige Pflege erforderlich gewesen sein soll. Insoweit weist die von der Klägerin vorgelegte Pflegedokumentation bezüglich der PKMS-E zwar aus, dass eine hochaufwendige Pflege wegen einer qualitativen Bewusstseinsveränderung (Grund G1) erforderlich gewesen sei, weil dem Versicherten der Ablauf der Körperpflege nicht bekannt gewesen sei. Allerdings liegen Anhaltspunkte dafür, dass beim Versicherten während des gesamten stationären Aufenthaltes Bewusstseinsveränderungen vorlagen, derentwegen er mangels Kenntnis des Ablaufs der Körperpflege unfähig war, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege adäquat einzusetzen und die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen oder zur Durchführung dieser Maßnahmen keine Eigeninitiative zeigte, nicht vor. Kognitive Einschränkungen, die beim Versicherten zu derartigen Einschränkungen führten, lassen sich der von der Klägerin vorgelegten Patientendokumentation nicht entnehmen. Weder die Dokumentation zum PKMS-E enthält nähere Angaben zu solchen Bewusstseinsveränderungen, noch finden sich entsprechende Hinweise in der vorgelegten Patientenakte, insbesondere nicht in den vorliegenden Pflegeberichten. Auch im Entlassungsbericht des M1 vom 16. Juli 2013 werden entsprechende Bewusstseinsveränderungen, die die Annahme rechtfertigen würden, dass dem Versicherten der Ablauf der Körperpflege nicht bekannt war, nicht beschrieben. Bei der stationären Aufnahme des Versicherten am 23. Mai 2013 lag ausweislich des Entlassungsberichts als Folge des erlittenen Media- und Anteriorinfarkts rechts zwar ein erheblicher neurologischer Befund mit einer linksseitigen Hemiplegie und einem Hemineglect nach links vor, der Versicherte wird ausweislich des psychischen Befundes jedoch als wach, bewussteinklar, zur Person orientiert und im Kontakt als zugewandt beschrieben und es fanden sich keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen. Schließlich hat auch die Klägerin selbst keine Gesichtspunkte vorgebracht, die darauf hinweisen würden, dass dem Versicherten der Ablauf der Körperpflege nicht bekannt war. Nach alledem ist nicht festzustellen, dass beim Versicherten während seiner stationären Behandlung vom 23. Mai bis 17. Juli 2013 im Klinikum

---

der KIÄxgerin eine hochaufwendige Pflege im Bereich der KÄrperpflege erforderlich war, die die BerÄcksichtigung von Aufwandspunkten rechtfertigen wÄrde.

Soweit die KIÄxgerin geltend macht, die Beklagte und ihr folgend das SG stellen mit dem herangezogenen PlausibilitÄts Gesichtspunkt zusÄtzliche Dokumentations- und damit Abrechnungserfordernisse auf, die im OPS nicht vorgesehen seien, trifft dies nicht zu. Insoweit hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass die Abrechnung einer hochaufwendigen Pflege voraussetzt, dass diese tatsÄchlich durchgefÄhrt wurde und entsprechend dokumentiert ist. Dies erfordert dennotwendig, dass die jeweils erfolgten InterventionsmaÄnahmen und die hierfÄr erforderlichen GrÄnde unter BerÄcksichtigung der im PKMS-E dargestellten Kriterien nachvollziehbar dokumentiert werden und damit plausibel sind. Aus den Hinweisen zur Nutzung des PKMS-E und insbesondere den Hinweisen zur Vermeidung eines unnÄtigen Dokumentationsaufwandes lÄsst sich entgegen der Ansicht der KIÄxgerin nichts Abweichendes herleiten. Zu Unrecht beruft sich die KIÄxgerin insoweit auf die AusfÄhrungen, wonach in der Regel die Pflegedokumentation auf dem PKMS-Vordruck durchgefÄhrt werden und die vorhandene Pflegedokumentation in den vorgegebenen Leistungsbereichen ersetzen kÄnne und nur in einzelnen mit dem Handzeichen-Symbol gekennzeichneten Bereichen des PKMS eine zusÄtzliche Dokumentation notwendig sei. Dieser Hinweis entbindet bei hochaufwendigen Patienten nicht von den grundsÄtzlich bestehenden Dokumentationserfordernissen. Geregelt wird lediglich, dass die (erforderliche) Pflegedokumentation nunmehr auf dem PKMS-Vordruck erfolgen und die vorhandene Pflegedokumentation in den vorgegebenen Leistungsbereichen ersetzen kann. DemgegenÄber wird gerade nicht geregelt, dass die Pflegedokumentation insoweit gÄnzlich entfallen kann und es ausreichend ist, im PKMS-Vordruck lediglich noch den Grund fÄr die hochaufwendige Pflege durch Ankreuzen zu kennzeichnen. Dies wird auch anhand der weiteren AusfÄhrungen in dem angesprochenen Hinweis deutlich, wonach hierbei Äberwiegend Dokumentationsanteile betroffen sind, die bei hochaufwendigen Patienten zur Standardpflegedokumentation gehÄren, wie z.B. DekubitusrisikoeinschÄtzung, Lagerungsplan und ErnÄhrungsprotokoll.

Im Hinblick auf den Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) ist angesichts der dokumentierten schwerwiegenden neurologischen FunktionseinschrÄnkungen (linksseitige Hemiplegie und Hemin neglect nach links) ohne weiteres plausibel, dass beim Versicherten wegen der beeintrÄchtigten Geh- und TransferfÄhigkeit (Grund G6) eine hochaufwendige Pflege erforderlich gewesen sein kann. Allerdings ist nicht festzustellen, dass die im PKMS-Vordruck angegebene Pflegeintervention D5 beim Versicherten tatsÄchlich durchgefÄhrt wurde. Die BerÄcksichtigung von drei Aufwandspunkten tÄglich erfordert, dass mindestens siebenmal tÄglich ein Lagerungswechsel (keine Mikrolagerungen) durchgefÄhrt wird und zusÄtzlich eine der beiden aufgefÄhrten weiteren AktivitÄten, vorliegend also die dokumentierte Mobilisation mindestens zweimal tÄglich in den Roll-/Lehnstuhl. Die DurchfÄhrung der genannten MaÄnahmen in dem aufgefÄhrten Umfang ist nicht festzustellen. FÄr die jeweiligen Tage der stationÄren Behandlung des Versicherten enthÄlt der vorgelegte PKMS-Vordruck jeweils nur ein einziges

---

Handzeichen. Damit wird nicht dokumentiert, dass an jedem Tag des stationären Aufenthalts jeweils die genannten neun Maßnahmen durchgeführt wurden. Insoweit hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass mit dem Handzeichen einer einzigen Pflegekraft schon denkbare Pflegemaßnahmen dokumentiert werden können, die über einen Zeitraum von 24 Stunden anfallen, da die Maßnahmen nicht vollumfänglich von nur einer bestimmten Pflegekraft erbracht werden können.

Soweit die Klägerin geltend macht, der von ihr im Rahmen der Dokumentation verwendete PKMS-Bogen lasse das Einfügen von sieben Handzeichen für die Lagerung und weiteren zwei Handzeichen für die Mobilisation nicht zu, kommt es hierauf nicht an. Denn das Fehlen einer Dokumentationsmöglichkeit in dem verwendeten Dokumentationssystem macht die als Abrechnungsvoraussetzung erforderliche Dokumentation der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen nicht entbehrlich. Lediglich hilfsweise wird insoweit darauf hingewiesen, dass für den Senat nicht erkennbar ist, dass das von der Klägerin verwendete elektronische Dokumentationssystem es tatsächlich nicht zulässt, jede einzelne Maßnahme zu dokumentieren und mit einem entsprechenden Handzeichen zu versehen. Dies mag aufgrund der vorgelegten Ausdrucke so erscheinen, weil täglich jeweils nur ein einzelnes Handzeichen aufgeführt ist und Lücken, in die weitere Handzeichen eingefügt werden könnten, nicht vorhanden sind. Allerdings lässt dies nicht zwingend den Schluss zu, dass weitere Eingaben tatsächlich nicht möglich waren. Vielmehr ist denkbar, dass der Ausdruck nur die tatsächlich eingefügten Handzeichen enthält, weitere jedoch durchaus möglich gewesen wären, ohne dass dies in den ausgedruckten und vorgelegten Dokumenten zum Ausdruck kommt.

cc) In Ermangelung eines Hauptanspruchs geht auch der geltend gemachte Antrag auf Verzinsung ins Leere.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

6. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [Â§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [Â§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [Â§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Erstellt am: 19.04.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024

---