S 8 KR 2154/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung - Krankenhausvergütung - geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - regelmäßig ein Alter von 70 Jahren, zumindest aber von 60 Jahren erforderlich - fehlende Definition - kein einheitliches medizinisch-wissenschaftliches Begriffsverständnis - Maßgeblichkeit des allgemeinen Sprachgebrauchs
Leitsätze	1. Für die Kodierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist regelmäßig ein Alter von 70 Jahren erforderlich, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben (Bestätigung von BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 21/14 R = SozR 4-2500 § 109 Nr 46). 2. Ist eine Klassifikation nicht so präzise formuliert, dass ihre Bedeutung bei fehlender Definition oder normativer Bezugnahme auch nicht aus einem medizinisch-wissenschaftlichen Begriffsverständnis für den jeweiligen Fachkreis ohne Weiteres ersichtlich ist, ist der Kern des verwandten Begriffs maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergibt.
Normenkette	OPS Nr 8-550.1 J: 2011; SGB V § 109 Abs 4 S 3 ; SGB V § 112 ; SGB V § 301 Abs 2 S 2 ; KHG § 17b Abs 2 ; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 ; FPVBG Anl 1 Teil a Nr K44Z J: 2011; FPVBG Anl 1 Teil a Nr K60B J: 2011; BGB § 242

1. Instanz

Aktenzeichen S 8 KR 2154/15
Datum 23.01.2018

2. Instanz

Aktenzeichen L 1 KR 25/18
Datum 28.05.2020

3. Instanz

Datum 17.12.2020

Â

Auf die Revision der KlÃ¤gerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 28.Â Mai 2020 und des Sozialgerichts Hamburg vom 23.Â Januar 2018 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 2236,50Â Euro zu zahlen.

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten in allen RechtszÃ¼gen.

Der Streitwert fÃ¼r das Revisionsverfahren wird auf 2236,50Â Euro festgesetzt.

Â

G r Ã¼ n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung.

2

Die Beklagte ist TrÃ¤gerin eines Krankenhauses, das nach [Â§ 108 SGB V](#) zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Dort wurde in der Zeit vom 8.2. bis 1.3.2011 der bei der klagenden Krankenkasse versicherte, am 7.2.1956 geboreneÂ E (im Folgenden: VersicherterÂ E) vollstationÃ¤r behandelt. Die Beklagte stellte der KlÃ¤gerin am 4.3.2011 fÃ¼r diese Behandlung einen Betrag von 6305,07 Euro in Rechnung. Dem lag die Fallpauschale (Diagnosis Related Group) K44Z (*geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, ErnÃ¤hrungs- und Stoffwechselkrankheiten*) auf Grundlage der Kodierung insbesondere der Hauptdiagnose ICDâ 10 E11.75 (*nicht primÃ¤r insulinabhÃ¤ngiger Diabetes Mellitus Typ 2 mit diabetischem FuÃsyndrom, als entgleist bezeichnet*), und des Operationenâ und ProzedurenschlÃ¼ssels (OPS) 8â 550.1 (*geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14Â Behandlungstage und 20Â Therapieeinheiten*) zugrunde. Die KlÃ¤gerin bezahlte

---

die Rechnung zunächst in voller Höhe und beanstandete sie nicht.

3

Mit Urteil vom 23.6.2015 ([BÄ 1Ä KR 21/14Ä R](#)) entschied der 1.Ä Senat des BSG, dass für geriatrische rehabilitative Komplexbehandlungen ein Mindestalter der Versicherten von 60Ä Jahren erforderlich sei. Daraufhin bat die KlÄgerin die Beklagte mit Schreiben vom 14.12.2015 um eine Rechnungskorrektur, weil diese den OPS 8Ä 550.1 fehlerhaft kodiert habe. Der VersicherteÄ E sei zum Zeitpunkt der Behandlung noch keine 60Ä Jahre alt gewesen. Die Beklagte lehnte eine Neuberechnung ab.

4

Die dagegen am 23.12.2015 erhobene, auf Zahlung von 2236,50Ä Euro gerichtete Klage hat das SG abgewiesen. Ein Äffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der KlÄgerin auf Reduzierung der bereits gezahlten Krankenhausrechnung scheitere daran, dass die Prüfung erst etwa viereinhalb Jahre nach Rechnungslegung und vollstÄndigem Rechnungsausgleich eingeleitet worden sei. Zu diesem Zeitpunkt sei ein mÄglicher Erstattungsanspruch wegen Äberzahlter KrankenhausvergÄtung bereits verwirkt gewesen (*Urteil vom 23.1.2018*).

5

Das LSG hat die Berufung der KlÄgerin zurÄckgewiesen. Zwar sei die Forderung nicht verwirkt. Die Beklagte habe jedoch zu Recht die DRG K44Z abgerechnet und dabei insbesondere zutreffend die Prozedur 8Ä 550.1 nach dem OPS 2011 kodiert. Die KlÄgerin kÄnne dagegen nicht mit Erfolg einwenden, eine geriatrische Behandlung des seinerzeit nur 55ÄjÄhrigen Versicherten sei schon wegen seines Alters ausgeschlossen. Der Senat folge der Entscheidung des BSG vom 23.6.2015 äÄ [BÄ 1Ä KR 21/14Ä RÄ](#) äÄ nicht, weil OPS 8Ä 550.1 ein Mindestalter für die Abrechnung einer geriatrischen Behandlung nicht vorgebe (*Urteil vom 28.5.2020*).

6

Die KlÄgerin rÄgt mit ihrer Revision die Verletzung von [ÄÄ 39 AbsÄ 1 SatzÄ 3](#), [ÄÄ 109 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#), [ÄÄ 17b AbsÄ 1 SatzÄ 10 KHG](#), [ÄÄ 7 SatzÄ 1 NrÄ 1](#), [ÄÄ 9 AbsÄ 1 NrÄ 1 KHEntgG](#) iVm OPS (2011) 8Ä 550.1. Das Patientenalter des VersichertenÄ E von unter 60Ä Jahren schlieÄe eine geriatrische rehabilitative Komplexbehandlung aus. Der Äffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch sei auch nicht verwirkt. Nach einem den Zinsanspruch betreffenden Teil-Unterwerfungsvergleich beantragt die KlÄgerin,

Ä

7

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

9

Die zulässige Revision der klagenden Krankenkasse ist begründet ([ÄS 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen und das LSG die dagegen gerichtete Berufung zurückgewiesen. Die auf Erstattung des ohne Rechtsgrund an das beklagte Krankenhaus gezahlten Betrages von 2236,50 Euro gerichtete echte Leistungsklage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse gemäss [ÄS 54 Abs 5 SGG](#) zulässig (*stRspr*; vgl zB BSG vom 30.6.2009 [B 1 KR 24/08 R](#) [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 ÄS 109 Nr 17, RdNr 12 mwN](#)). Sie ist auch begründet (*dazu 1.*). Einwendungen und Einreden gegen den Anspruch greifen nicht durch (*dazu 2.*).

10

1. Das Krankenhaus konnte für die Behandlung des Versicherten E Vergütung lediglich nach Maßgabe der DRG K60B (4068,47 Euro) beanspruchen und nicht nach Maßgabe der abgerechneten und bezahlten DRG K44Z (6305,07 Euro). Daraus ergibt sich bei Berücksichtigung in nicht eingeklagten 0,10 Euro ein Erstattungsanspruch in Höhe von 2236,50 Euro (*zum Erstattungsanspruch vgl BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 ÄS 17b Nr 2, RdNr 11 mwN](#); BSG vom 16.7.2020 [B 1 KR 15/19 R](#) [zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, RdNr 10](#)).*

11

Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die unstreitig erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten E zu, den [ÄS 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#), [ÄS 7 f KHEntgG](#) und [ÄS 17b KHG](#) als selbstverständlich voraussetzen und konkretisieren (*stRspr*; vgl zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 ÄS 17b Nr 2, RdNr 13, 15 mwN](#); BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 22/18 R](#) [juris RdNr 11 mwN](#)).

12

Die Voraussetzungen des OPS 8-550.1, der die höher vergütete DRG K44Z ansteuert, lagen jedoch nicht vor (*hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung*

---

des BMG gemäß [§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des OPS vom 21.10.2010, BAnz Nr. 169 vom 9.11.2010, S. 3752, in Kraft getreten am 1.1.2011; zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Gruppierungsvorgangs und zur Rechtsqualität des OPS vgl. BSG vom 8.11.2011 [B. 1. KR 8/11 R.](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [§ 17b Nr. 2, RdNr. 15 ff.](#); BSG vom 19.6.2018 [B. 1. KR 39/17 R.](#) [SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 RdNr. 13, 17](#)). Denn der Versicherte E war im konkreten Fall aufgrund seines Alters von seinerzeit nur 55 Jahren nicht geriatrisch frührehabilitativ zu behandeln.

13

Die Kodierung des OPS (2011) 8-550 setzt nach der Rspr. des Senats eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung voraus, für die neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben zu fordern ist (so BSG vom 23.6.2015 [B. 1. KR 21/14 R.](#) [SozR 4-2500 § 109 Nr. 46 RdNr. 20](#)). Hieran hält der Senat in Anwendung der maßgeblichen Auslegungsgrundsätze fest.

14

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG vom 8.11.2011 [B. 1. KR 8/11 R.](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [§ 17b Nr. 2, RdNr. 27](#); BSG vom 16.7.2020 [B. 1. KR 16/19 R.](#) [zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, juris RdNr. 17, jeweils mwN](#)).

15

a) Alle OPS (2011) 8-550, die sich im Weiteren nur anhand der Behandlungsdauer und der Anzahl der therapeutischen Einheiten unterscheiden, sind überschrieben als „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen“. Sie formulieren nach dem einleitenden „Hinweis“ als Exklusivum die „Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)“, „Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)“ und die „Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)“ und setzen als eines der Mindestmerkmale eine „Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich)“ voraus.

16

Schon anhand des Wortlauts der konkreten OPS-Bezeichnung selbst, aber auch aus der Definition der Behandlungsleistung des geriatrischen Behandlungsteams folgt,

---

dass es um eine geriatrische Behandlung der Patienten geht. Wann jedoch eine geriatrische Behandlung vorliegt, wird für den Bereich der Krankenhausvergütung nach wie vor weder durch den OPS noch an anderer Stelle durch normative Vorgaben ausdrücklich definiert (vgl. zum 2005 geltenden Recht schon ausführlich BSG vom 23.6.2015 – [B 1 KR 21/14 R](#) – SozR 4–2500 – 109 Nr. 46 RdNr. 17). Aus der Begriffswahl „geriatrisch“ folgt aber zwingend, dass das Alter des Patienten maßstabsbildend ist. Konkretere Angaben dazu, wer im Sinne der OPS (2011) 8–550 alt ist, ist jedoch dem OPS nicht zu entnehmen. Dies ergibt sich auch nicht anhand eines vom OPS ausdrücklich oder implizit in Bezug genommenen, normativ determinierten Begriffsverständnisses (dazu b) oder anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs (dazu c). Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (dazu d). Der Lösungsansatz des LSG verwendet dagegen einen vom OPS-Wortlaut nicht gedeckten eigenständigen Maßstab (dazu e).

17

b) Geriatrie ist in einem allgemeinen Begriffsverständnis die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen (vgl. Wikipedia, unter <https://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>; vgl. griechisch $\gamma\epsilon\rho\iota\alpha\tau\rho\rho\iota\kappa\eta$, Substantiv: der Alte, der Greis, Adjektiv: bejahrt, betagt, <https://www.gottwein.de/GrWk/Gr01.php?qu=%CE%B3%CE%AD%CF%81%CF%89%CE%BD&ab=Hui>; beide abgerufen am 16.12.2020). Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie eV (DGG) übersetzt den Begriff der Geriatrie daher auch mit „Altersmedizin“ (vgl. die Ausführungen zu [Was ist Geriatrie](#) der Internetseite der DGG, abrufbar unter <https://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html>, abgerufen am 16.12.2020; so im Übrigen auch Wikipedia, <https://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>).

18

Für das Krankenhausvergütungsrecht gibt es aber – nach wie vor und so auch im hier maßgeblichen Abrechnungszeitraum 2011 – keine normative Festlegung auf die Eingrenzung geriatrischer Behandlung (vgl. anders im vertragsärztlichen Bereich die Vereinbarung nach [§ 118a SGB V](#) [Geriatrie Institutsambulanzen – GIA] idF aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß [§ 118a SGB V](#) vom 15.7.2015, dort § 2; dazu noch später). OPS (2011) 8–550 setzt den Begriff der Geriatrie voraus, ohne ihn zu konkretisieren.

19

Soweit dort auf die Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung „Klinische Geriatrie“ abgestellt wird, können auch die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern maßstabsbildend herangezogen werden, die jedoch ebenfalls keine Konkretisierung des Geriatriebegriffs enthalten: Die Zusatzweiterbildung Geriatrie umfasst nach der Muster-Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer in der 2011 maßgeblichen Fassung „in Ergänzung zu

---

einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit. Weiterbildungsinhalt ist ua der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters. Entsprechend sind auch die landesrechtlichen Weiterbildungsordnungen ausgestaltet (*vgl nur die Regelungen der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.2.2005, hier in der maßgeblichen Fassung vom 1.9.2008*). Entsprechendes gilt im übrigen auch mit Blick auf die Weiterbildungsordnungen derjenigen Bundesländer, die mittlerweile einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingerichtet haben.

20

Systematisch lässt sich OPS (2011) 8550 darüber hinaus entnehmen, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung von den anderen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (insbesondere der neurologisch-neurochirurgisch bedingten Frührehabilitation) abzugrenzen ist. Daraus lässt sich jedoch unmittelbar ebenfalls nur ableiten, dass die Komplexbehandlung nach Maßgabe von OPS (2011) 8550 altersbedingt erfolgen muss, ohne im Weiteren Abgrenzungskriterien vorzugeben (*vgl entsprechend schon BSG vom 23.6.2015 – BÄ 1A KR 21/14A R – SozR 452500 – § 109 Nr 46 RdNr 16*). Konkretisierungen lassen sich im übrigen weder der FPV entnehmen, noch ergibt sich anhand des 2011 geltenden ICD-10-GM-Katalogs eine Eingrenzung geriatrischer Behandlungsfälle. Schließlich legt auch das landesrechtliche Krankenhausplanungsrecht für das hier maßgebliche Jahr 2011 keine präzisen, bundeseinheitlichen Vorgaben für begründende Grenzen zugrunde.

21

Der Blick in die vertragsärztlichen Vergütungsregelungen führt ebenfalls nicht weiter. Dabei bleibt dahingestellt, ob und inwieweit überhaupt die unterschiedlichen Regelungskreise in diesem Zusammenhang eine gegenseitige Maßstababgleichung erlauben (*vgl zur grundsätzlich bereichsspezifischen Ausgestaltung der Regelungen zB BSG vom 29.6.2017 – BÄ 3A KR 16/16A R – BSGE 123, 268 = SozR 452500 – § 129 Nr 12, RdNr 18*). Denn der für das vorliegende Abrechnungsjahr 2011 relevante Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthielt ohnehin nur in 03240 (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) eine einzelne Ausgestaltung geriatrischer Behandlung. Dieser waren jedoch keinerlei definitorische Ansätze, sondern nur Behandlungsformen zu entnehmen. Soweit mittlerweile sowohl für die hausärztliche ambulante Behandlung als auch für die hinzugetretenen geriatrischen Institutsambulanzen nach [§ 118a SGB V](#) (GIA) Eingrenzungskriterien für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen Behandlung existieren, sind diese für den hier maßgeblichen Abrechnungszeitraum nicht relevant. Zudem sind sie nicht einheitlich konzipiert. Die Vereinbarung nach [§ 118a SGB V](#) zur GIA (*idF aus der Sitzung des erweiterten*

Bundesschiedsamt vom 15.7.2015) gibt in § 2 Patientengruppe vor, dass nur Patienten in Betracht kommen, die aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben (§) und die die folgenden Kriterien erfüllen: 1. ein höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) und 2. geriatritypische Morbidität (§). Dagegen ist die Definition in Ziffer 3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung EBM weiter gefasst. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 ist danach, dass Patienten entweder ein höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) (haben) und geriatritypische Morbidität (§) und/oder (§) einen Pflegegrad aufweisen, oder auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben an bestimmten Krankheiten (Demenz, Alzheimer, Parkinson) erkrankt sind. Schon aufgrund ihrer unterschiedlichen Ansätze könnte aus diesen Vorgaben kein Maßstab für das Krankenhausvergtungsrecht gewonnen werden. Vor allem aber wird deutlich, dass der Begriff der Geriatrie in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlichen Definitionen zugänglich ist und solche definitorischen Vorgaben auch geschaffen worden sind, an denen es für den Bereich der Krankenhausvergtung aber gerade fehlt.

22

c) Der mangels normativer definitorischer Vorgaben maßgebliche Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne ihres medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauchs zu verstehen sind (vgl. *BSG* vom 19.7.2012 § 1 [BÄ 1Ä KR 65/11Ä BÄ](#) § 4 *SozR* 4:1500 § 160a Nr. 32 *RdNr.* 18; *BSG* vom 23.6.2015 § 1 [BÄ 1Ä KR 21/14Ä RÄ](#) § 4 *SozR* 4:2500 § 109 Nr. 46 *RdNr.* 18), führt ebenfalls nicht zu einem klaren Maßstab.

23

Der vom DIMDI herausgegebene OPS ist dadurch charakterisiert, dass er Operationen und Prozeduren unter Verwendung medizinischer Begriffe definiert und strukturiert. Die Inkorporierung dieser Klassifikation in die Vergütungsvorschriften bedeutet, dass den medizinischen Begriffen des OPS der Sinngehalt zukommt, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird. Anderes gilt nur, soweit die Vertragsparteien etwas anderes ausdrücklich bestimmen, was hier nicht erfolgt ist. Dieser den Regelungsgehalt determinierende Sprachgebrauch kann wie eine Tatsache als Vorfrage für die Auslegung im gerichtlichen Verfahren durch Beweiserhebung ermittelt werden (vgl. *BSG* vom 19.7.2012 § 1 [BÄ 1Ä KR 65/11Ä BÄ](#) § 4 *SozR* 4:1500 § 160a Nr. 32 *RdNr.* 18; *BSG* vom 23.6.2015 § 1 [BÄ 1Ä KR 21/14Ä RÄ](#) § 4 *SozR* 4:2500 § 109 Nr. 46 *RdNr.* 18).

24

Eine klare medizinisch-wissenschaftliche Übereinkunft darüber, an welches Verständnis vom Alter eine geriatrische Behandlung gebunden ist, ist von

---

vornherein nicht erkennbar. Nach der WHO ist Geriatrie der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim Älteren Menschen beschäftigt (vgl. WHO, *Health of the Elderly*, 1989). Die DGG, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie eV (DGGG) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Einrichtungen (BAG) haben 2007 gemeinsam eine Definition des geriatrischen Patienten ausgearbeitet, die auf eine geriatritypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) oder auf ein Alter größer oder gleich 80 Jahren und eine altersstypisch erhöhte Vulnerabilität abstellt (vgl. die Ausführungen zu *Was ist Geriatrie* der Internetseite der DGG, <https://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html>, abgerufen am 16.12.2020; vgl. dazu auch *Was ist Geriatrie* der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 1991). Einen etwas anderen Schwerpunkt setzt die Definition der Geriatric Medicine Section der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS; vgl. die am 3.5.2008 in Malta formulierte und am 6.9.2008 in Kopenhagen konsenterte Definition: http://www.uemsgeriaticmedicine.org/documents/important_documents/geriatric_medicine_definition_english_and_french.pdf; abgerufen am 16.12.2020). Danach ist Geriatrie die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung Älterer Menschen befasst. Hauptziel der Behandlung sei die Optimierung des funktionellen Status des Älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Die geriatrische Medizin sei zwar nicht spezifisch altersdefiniert; sie konzentriere sich jedoch auf typische bei Älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten seien über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitierten, seien in der Regel 80-jährig und älter. Anhand dieser Definitionen wird ein Altersbezug deutlich, ohne diesen jedoch hinreichend zu konkretisieren (vgl. insbesondere die UEMS: *nicht spezifisch altersdefiniert*).

25

d) In einer solchen Konstellation ist es vornehmlich Aufgabe des DIMDI, bzw. jetzt des BfArM, Klassifikationen, die funktionsbedingt einen hohen fachsprachlichen Grad aufweisen müssen, so präzise zu formulieren, dass ihre Bedeutung für den jeweiligen Fachkreis ohne Weiteres ersichtlich ist. Daneben bleibt es den Vertragsparteien unbenommen, auch jenseits des [§ 19 KHG](#) Auslegungsprobleme vertraglich verbindlich zu regeln, wenn der Klassifikationsgeber diesen Anforderungen nicht entsprochen hat.

26

Solange es daran aber fehlt und sich wie hier kein eindeutiges fachliches Verständnis des verwendeten Wortes ermitteln lässt, ist der Begriffskern des Wortes maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergibt. Dies gebietet der Vorrang der engen Wortlautauslegung. Der Senat verbleibt unter

---

diesem Gesichtspunkt bei seiner Rechtsauffassung, dass die geriatrische Behandlung eine Altersuntergrenze von mindestens 60 Jahren zwingend voraussetzt. Ihrem Begriffskern nach kann eine „Altersbehandlung“ (*geron*: der Alte, der Greis, bejahrt, betagt, s^Ä oben) nur Personen betreffen, die in einem gesamtgesellschaftlichen Konsens als „alt“ angesehen werden können. Dies gilt fr^Ähestens f^Är jemanden, der das „letzte Drittel“ seines Lebens beginnt (vgl mit diesem Konsens auch die Vereinten Nationen, *Problems of the Elderly and the Aged, Dokument A 35/129, 1980*). Unter der Mindestgrenze von 60 Jahren ist nach einem einfachen Wortkernverständnis von einer „Altersbehandlung“ demgegenüber nicht auszugehen.

27

Dass diese Grenze insgesamt einen zutreffenden Maßstab bildet, wird nicht zuletzt dadurch belegt, dass bis jetzt eine dieses Normverständnis ändernde Definition weder durch das DIMDI formuliert noch durch die Vertragsparteien vereinbart worden ist. Sie entspricht einem allgemeinen Verständnis von Alter, das zugleich eine rechtssicher zu handhabende Abgrenzung im Vergütungskontext schafft. Angesichts neuerer Definitionen zB in § 2 der Vereinbarung nach [§ 118a SGB V](#) (s^Ä zuvor) wird im Übrigen deutlich, dass die Anknüpfung an das Alter von mindestens 60 Jahren nicht zu eng gefasst ist.

28

e) Demgegenüber ist die vom LSG vorgeschlagene Einbeziehung eines auch „vorgealterten“ Menschen nicht im eigentlichen Wortkern des „alten Menschen“ angelegt. Auch das LSG geht im Ergebnis nämlich nicht davon aus, dass einschrännungslos alle Personen unter eine geriatrische fr^Ärehabilitative Komplexbehandlung fallen, wenn das Krankenhaus sie infolge Multimorbidität geriatrisch behandelt hat. Das LSG stellt vielmehr einen eigenen „freihändig festgesetzten“ Maßstab der Voralterung auf. Gerade dieser Maßstab führt aber nicht zum Wegfall notwendiger Konkretisierungen, sondern z^Äge das Bed^Ärfnis nach weiteren Kriterien nach sich, die noch weniger in einem einfachen Wortverständnis angelegt sind. Es w^Äre dann insbesondere zu klären, auf welches Alter die „Voralterung“ zu beziehen w^Äre, wie geriatrische zu anderen fr^Ärehabilitativen Komplexbehandlungen abzugrenzen sind, ob man die Voralterung an spezifischen Krankheitsbildern festmachen muss und ob im Ergebnis nicht doch auch unter Einbeziehung starker Voralterung eine irgendwie festzulegende Altersgrenze erforderlich ist, um beispielsweise infolge Drogenkonsums stark vorgealterte Jugendliche oder junge Erwachsene von der Behandlung auszuschließen. Solche Folgefragen w^Ären freisch^Äpfend zu beantworten, ohne dass sich hier^Är Maßstäbe aus dem OPS ergeben (vgl mit diesem Einwand unklarer Folgefragen auch BSG vom 27.10.2020 [BÄ 1Ä KR 12/20Ä RÄ](#) „Verlegung“, zur Ver^Äffentlichung in SozR vorgesehen).

29

2.Ä Einwendungen und Einreden gegen den daher bestehenden

Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Krankenkasse leistete nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld (*dazu* a). Ihr kann nicht das prä¹/₄rechtliche Beschleunigungsgebot (*dazu* b) entgegengehalten werden. Ihre Forderung war auch weder verjährt (*dazu* c) noch stand ihr der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen (*dazu* d). Schließlich folgt auch aus landesrechtlichen Regelungen nichts anderes (*dazu* e).

30

a) Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen. Unabhängig davon, ob diese Vorschrift im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen überhaupt anwendbar ist (vgl. dazu zuletzt BSG vom 16.7.2020 – [BÄ 1 KR 15/19 R](#) – juris RdNr. 31, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen), fehlte es hier ohnehin an den erforderlichen Voraussetzungen. Die Krankenkasse zahlte die Krankenhausvergütung nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld.

31

b) Auch [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, [BGBl. I 378](#); – prä¹/₄rechtliches Beschleunigungsgebot –) steht der Geltendmachung einer Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages nicht entgegen. Die Regelung findet hier keine Anwendung, weil es sich um eine sachlich-rechnerische Prüfung der Richtigkeit der Krankenhausabrechnung handelt, die einem eigenen Prüfregime unterliegt und nicht von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erfasst ist (stRspr.; vgl. BSG vom 16.7.2020 – [BÄ 1 KR 15/19 R](#) – juris RdNr. 11 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; grundlegend in der Begründung: BSG vom 25.10.2016 – [BÄ 1 KR 22/16 R](#) – [BSGE 122, 87](#) = SozR 4 – 2500 – [§ 301 Nr. 7](#)). Die Krankenkasse durfte daher die Krankenhausbehandlung eines nur 55-jährigen neu bewerten. Ungeachtet dessen handelt es sich bei dem Geburtsdatum des Versicherten E nicht um ein Datum, das sich allein aus den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergibt. Insoweit greift die Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) ohnehin nicht ein.

32

c) Das Krankenhaus kann dem Anspruch der Krankenkasse auch nicht die Verjährung der Erstattungsforderung entgegenhalten. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterlag nach Maßgabe des im konkreten Behandlungsfall noch geltenden Rechts einer vierjährigen Verjährung (stRspr.; vgl. zB BSG vom 13.11.2012 – [BÄ 1 KR 24/11 R](#) – [BSGE 112, 141](#) = SozR 4 – 2500 – [§ 275 Nr. 8](#), RdNr. 39; BSG vom 28.2.2007 – [BÄ 3 KR 12/06 R](#) – [BSGE 98, 142](#) = SozR 4 – 2500 – [§ 276 Nr. 1](#), RdNr. 25; zur Verjährung des Vergütungsanspruchs vgl. ausführlich BSG vom 21.4.2015 – [BÄ 1 KR](#)

[11/15Â RÂ](#) [â](#) [SozR 4â](#) [2500 Â](#) [69 NrÂ 10 RdNrÂ 11Â ff](#)). Die VerjÃ¤hrung der streitigen Erstattungsforderung, die bereits im Augenblick der Ã¼berzahlung entstanden ist (vgl zB BSG vom 21.4.2015 [â](#) [BÂ 1Â KR 7/15Â RÂ](#) [â](#) [SozR 4â](#) [7610 Â](#) [242 NrÂ 8 RdNrÂ 15](#); BSG vom 1.8.1991 [â](#) [6Â RKa 9/89Â](#) [â](#) [BSGE 69, 158, 163 = SozR 3â](#) [1300 Â](#) [113 NrÂ 1](#)), begann nach Ablauf des Jahres 2011 ([Â](#) [45 AbsÂ 1 SGBÂ I](#)). Die Krankenkasse hat am 23.12.2015 vor Eintritt der VerjÃ¤hrung Klage erhoben ([Â](#) [90 SGG](#)) und hierdurch den Eintritt der VerjÃ¤hrung der Forderung gehemmt ([Â](#) [45 AbsÂ 2 SGBÂ I analog iVm Â](#) [204 AbsÂ 1 NrÂ 1 BGB](#)). Die mittlerweile geltende verkÃ¼rzte VerjÃ¤hrungsfrist von zwei Jahren nach MaÃgabe von [Â](#) [109 AbsÂ 5 SGBÂ V](#) (idF durch ArtÂ 7 NrÂ 8a Gesetz zur StÃ¤rkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018, [BGBIÂ I 2394, mWv 1.1.2019](#)) findet vorliegend keine Anwendung. Die Krankenkasse hat die vor dem 1.1.2017 entstandene Forderung bis zum 9.11.2018 (vgl [Â](#) [325 SGBÂ V](#)) gerichtlich geltend gemacht, nÃ¤mlich am 23.12.2015 (vgl entsprechend BSG vom 9.4.2019 [â](#) [BÂ 1Â KR 5/19Â RÂ](#) [â](#) [BSGE 128, 65 = SozR 4â](#) [2500 Â](#) [129a NrÂ 2, RdNrÂ 38](#)).

33

d)Â Der Forderung stand nicht der Einwand unzulÃ¤ssiger RechtsausÃ¼bung ([Â](#) [69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V](#) iVm dem in [Â](#) [242 BGB](#) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben) entgegen.

34

aa)Â Zu Recht hat das LSG entschieden, dass der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht verwirkt ist. Krankenkassen haben grundsÃ¤tzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der VerjÃ¤hrungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht, gezahlter VergÃ¼tungen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergÃ¤nzende Regelung innerhalb der kurzen (hier noch vierjÃ¤hrigen) VerjÃ¤hrungsfrist grundsÃ¤tzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl BSG vom 12.11.2013 [â](#) [BÂ 1Â KR 56/12Â RÂ](#) [â](#) [SozR 4â](#) [2500 Â](#) [264 NrÂ 4 RdNrÂ 15â](#) [16](#); BSG vom 13.11.2012 [â](#) [BÂ 1Â KR 24/11Â RÂ](#) [â](#) [BSGE 112, 141 = SozR 4â](#) [2500 Â](#) [275 NrÂ 8, RdNrÂ 37 mwN](#); BSG vom 1.7.2014 [â](#) [BÂ 1Â KR 2/13Â RÂ](#) [â](#) [juris RdNrÂ 18](#)). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor.

35

Die vorbehaltlose Zahlung nach Rechnungstellung stellt keine solche Ausnahmekonstellation dar. Nach der unangegriffenen Feststellung des LSG ([Â](#) [163 SGG](#)) traf die Krankenkasse eine sofortige Zahlungsverpflichtung, weil nach [Â](#) [12](#) des am 1.1.2003 in Kraft getretenen Vertrags [â](#) [Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungâ](#) vom 19.12.2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft eV und unter anderem der AOK Hamburg, einer RechtsvorgÃ¤ngerin der klagenden Krankenkasse (Vertrag nach [Â](#) [112 SGBÂ V](#)), Krankenhausrechnungen mit dem Vorliegen aller Daten nach [Â](#) [301 SGBÂ V](#) innerhalb einer Frist von 15Â Arbeitstagen zu zahlen sind, ohne dass auch spÃ¤ter

---

mÄngliche Beanstandungen aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Zahlungsverpflichtung hÄtten (Ä§Ä 11 AbsÄ 2 SatzÄ 4 des Vertrags nach [Ä§Ä 112 SGBÄ V](#)). Das LSG hat weiter festgestellt, dass Sachverhalte, die die Krankenkasse vorÄbergehend berechtigten, die Zahlung zu verweigern (Ä§Ä 11 AbsÄ 2 SatzÄ 6 des Vertrags nach [Ä§Ä 112 SGBÄ V](#)), nicht vorlagen.

36

Auch der bloÄe Zeitablauf stellt kein die Verwirkung begrÄndendes Verhalten dar. Der Umstand, dass die Krankenkasse bis kurz vor Ablauf der vierjÄhrigen VerjÄhrungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet hat, genÄgt deshalb nicht. Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwÄrdiges Vertrauen in AusnahmefÄllen allenfalls dann begrÄnden und zur Verwirkung des Rechts fÄhren, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmÄÄig erachten darf (*stRspr*; vgl nur BSG vom 21.4.2015 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 7/15Ä RÄ](#) âÄÄ SozR 4âÄÄ7610 Ä§Ä 242 NrÄ 8 RdNrÄ 19; BSG vom 23.6.2015 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 26/14Ä RÄ](#) âÄÄ [BSGE 119, 150](#) = SozR 4âÄÄ5560 Ä§Ä 17c NrÄ 3, RdNrÄ 48âÄÄ49). DafÄr gibt der vorliegende Sachverhalt jedoch keine Anhaltspunkte her. Das LSG hat im Äbrigen zutreffend darauf hingewiesen, dass frÄhere Rspr des 3.Ä Senats des BSG nicht mehr relevant ist, weil dieser fÄr das Leistungserbringungsrecht der KrankenhÄuser nicht mehr zustÄndig ist (vgl BSG vom 21.4.2015 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 7/15Ä RÄ](#) âÄÄ SozR 4âÄÄ7610 Ä§Ä 242 NrÄ 8 RdNrÄ 20).

37

bb)Ä Der Einwand unzulÄssiger RechtsausÄbung kommt auch unter sonstigen, nicht im Verhalten der klagenden Krankenkasse wurzelnden Vertrauensschutz Gesichtspunkten nicht in Betracht (vgl mit diesem Gesichtspunkt BSG vom 16.7.2020 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 15/19Ä RÄ](#) âÄÄ zur VerÄffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, juris RdNrÄ 21). Ein Vertrauen des Krankenhauses in die richtige Kodierung der DRG (2011) K44Z konnte sich nicht bilden, weil es weder eine langjÄhrige gemeinsame Praxis von KrankenhÄusern und Krankenkassen zur Kodierung und Anerkennung des OPS (2011) 8âÄÄ550 auch bei unter 60âÄÄÄÄhrigen gab, noch eine solche Praxis durch hÄchstrichterliche Rspr gebilligt worden war.

38

Im VerhÄltnis zwischen Krankenkassen und KrankenhÄusern sind Leistungen im Grundsatz so zu fordern und zu gewÄhren, wie es der materiellen Rechtslage nach der Auslegung durch die hÄchstrichterliche Rspr des BSG entspricht. Dieser Grundsatz strikter MaÄgeblichkeit der materiellen Rechtslage kann ausnahmsweise durch GrundsÄtze des Vertrauensschutzes modifiziert werden. Die Rechtsordnung sanktioniert widersprÄchliches Verhalten eines Beteiligten nicht grundsÄtzlich mit einem automatischen Rechtsverlust. WidersprÄchliches Verhalten ist erst dann rechtsmissbrÄuchlich, wenn fÄr den anderen Teil ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist oder wenn andere besondere UmstÄnde die RechtsausÄbung als treuwidrig erscheinen lassen (vgl BSG vom

---

19.4.2016 [BÄ 1Ä KR 33/15Ä RÄ](#) [BSGE 121, 101](#) = SozR 4Ä 2500 Ä 109 NrÄ 57, RdNrÄ 20 mwN). Dies kann auch im Verhältnis von Krankenhausträgern und Krankenkassen auftreten, da diese allgemein durch [Ä 4 AbsÄ 3 SGBÄ V](#) und besonders durch den dauerhaften Vertragsrahmen des Leistungserbringungssystems in der Grundsituation vertrauensvoller Zusammenarbeit und gegenseitiger Rücksichtnahme im Interesse der zu versorgenden GKV-Versicherten zu einer engen professionellen Kooperation verpflichtet sind (vgl BSG vom 8.9.2009 [BÄ 1Ä KR 11/09Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 109 NrÄ 19 RdNrÄ 20](#); BSG vom 18.7.2013 [BÄ 3Ä KR 22/12Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 276 NrÄ 2 RdNrÄ 25](#)). In diesem Rahmen sind beide Seiten rechtlich verpflichtet und auch faktisch gezwungen, sich bei der konkretisierenden Umsetzung gesetzlicher und untergesetzlicher Normen einschließlich der Normenverträge miteinander abzustimmen. Der Schutz des Vertrauens von Krankenkassen und Krankenhäusern in von ihnen dabei eingeübte Verfahrensweisen ist dabei umso stärker, je länger und einvernehmlicher die Verfahrensweisen praktiziert werden, je bedeutsamer sie sind, und wenn sie zugleich bereits über längere Zeit eine höchststrichterliche Billigung erfahren haben (vgl BSG vom 16.7.2020 [BÄ 1Ä KR 15/19Ä RÄ](#) [zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, juris RdNrÄ 21](#)).

39

Ein schutzwürdiges Vertrauen des Krankenhauses dahingehend, dass auch für Patienten unter 60Ä Jahren der OPS 8Ä 550 kodiert werden kann, bestand nicht. Ein solches Vertrauen hatte sich für Abrechnungsstreitigkeiten zu dieser Frage nicht gebildet (aA LSG Berlin-Brandenburg vom 26.8.2020 [LÄ 9Ä KR 462/17Ä](#) [juris RdNrÄ 46](#); dazu *anhängig* [BÄ 1Ä KR 31/20Ä R](#)). Die Entscheidung des BSG vom 23.6.2015 ([BÄ 1Ä KR 21/14Ä R](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 109 NrÄ 46](#)), in der das BSG erstmals entschieden hat, dass die Kodierung des OPS 8Ä 550 einen mindestens 60Äjährigen Patienten voraussetzt, ist die erste Entscheidung, die zu den Voraussetzungen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergangen ist. Sie ist darüber hinaus auch die erste höchststrichterliche Entscheidung, die sich überhaupt mit dem Begriff der geriatrischen Behandlung auseinandersetzt. Eine Abkehr von gefestigter, anders lautender und daher ggf vertrauensbildender höchststrichterlicher Rspr liegt daher nicht vor. Unabhängig davon enthielten bereits die ersten Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Auslegung des Begriffs *geriatrisch* im OPS 8Ä 550 (Version 2005) die Einschränkung, dass für die Anwendung einer geriatrischen Komplexbehandlung in der Regel ein Alter von 70Ä Jahren, zumindest jedoch ein Alter von 60Ä Jahren erforderlich sei. Auch wenn nicht alle Krankenkassen diese Auslegungshilfe offenbar berücksichtigt haben, zeigt dies doch, dass die Frage nach einem Mindestalter zur Kodierung der OPS 8Ä 550 frühzeitig adressiert und aufgeworfen war.

40

e)Ä Der Krankenkasse ist schließlich auch landesvertraglich nicht verwehrt, diesen

---

Anspruch geltend zu machen. Insbesondere folgt dies nicht aus der Regelung in [Â§Â 11 AbsÂ 2 SatzÂ 1](#) des Vertrags nach [Â§Â 112 SGBÂ V](#) vom 19.12.2002 (KHBV), wonach Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung (nur) innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden können, nachdem die in [Â§Â 301 SGBÂ V](#) vorgeschriebenen Daten der Krankenkasse zugeleitet worden sind. Die Zahlungsregelung des [Â§Â 11 AbsÂ 2 KHBV](#) ist nämlich nichtig (vgl BSG vom 19.11.2019 [BÂ 1Â KR 10/19Â RÂ](#) [SozR 4â 2500 Â§Â 109 NrÂ 80 RdNrÂ 9](#)).

41

3.Â Die Kostenentscheidung, die auch den Teilunterwerfungsvergleich hinsichtlich der zunächst geltend gemachten Zinsforderung einbezieht, folgt dem Ergebnis in der Sache und ergibt sich aus [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 3 SGG](#) iVm [Â§Â 155 AbsÂ 1 SatzÂ 3 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 1 SGG](#) iVm [Â§Â 63 AbsÂ 2](#), [Â§Â 52 AbsÂ 1](#) undÂ 3 sowie [Â§Â 47 AbsÂ 1 GKG](#).

Â

Erstellt am: 15.12.2021

Zuletzt verändert am: 21.12.2024