
S 33 KR 417/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – Krankenhausvergütung – Bestätigung der Abrechnung durch MDK und Bezahlung des Rechnungsbetrags – nachträgliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs aufgrund neuer Erkenntnisse durch BSG-Entscheidung – geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung – Altersuntergrenze von mindestens 60 Jahren
Leitsätze	Die Bestätigung einer Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die nachfolgende Bezahlung des Rechnungsbetrags nebst Aufwandspauschale schließen die nachträgliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs durch die Krankenkasse aufgrund neuer Erkenntnisse etwa durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht aus.
Normenkette	SGb V § 4 Abs 3 ; SGb V § 69 Abs 1 S 3 ; SGb V § 109 Abs 4 S 3 ; SGb V § 109 Abs 5 F: 2018-12-11; SGb V § 118a ; SGb V § 275 Abs 1c F: 2007-03-26; SGb V § 301 Abs 2 S 4 F: 2018-12-11; SGb V § 325 F: 2018-12-11; KHEntgG § 7 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 ; KHG § 17b Abs 2 ; KHG § 19 Abs 7 ; OPS Nr 8-550.1 J: 2010; KFPVbg § 1 Abs 6 S 1 J: 2010; KFPVbg Anl 1 Teil a Nr B44A J: 2010; KFPVbg Anl 1 Teil a Nr B70D J: 2010; DKR J: 2010; BGB § 133 ; BGB § 242 ; BGB § 366 Abs 2 ; BGB § 388 S 1 ; BGB §

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KR 417/15
Datum	25.09.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 462/17
Datum	26.08.2020

3. Instanz

Datum	20.01.2021
-------	------------

Â

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 26. August 2020 und des Sozialgerichts Neuruppin vom 25.Â September 2017 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten in allen RechtszÃ¼gen.

Der Streitwert fÃ¼r das Revisionsverfahren wird auf 5548,52 Euro festgesetzt.

Â

G r Ã¼ n d e :

I

Â

1

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung.

Â

2

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg aufgenommenen Krankenhauses. Dort wurde in der Zeit vom 31.1. bis 22.2.2010 die bei der beklagten Krankenkasse versicherte, am 15.3.1950 geborene A. (im

Folgenden: Versicherte) nach einem erlittenen Schlaganfall vollstationär zunächst in der neurologischen und nachfolgend in der geriatrischen Abteilung behandelt. Das Krankenhaus stellte der Krankenkasse am 1.3.2010 für diese Behandlung 10.875,71 Euro auf der Grundlage der Fallpauschale (*Diagnosis Related Groups*,) B44A (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*) in Rechnung. Hierzu gelangte das Krankenhaus, indem es unter anderem die Prozedur 8-550.1 (*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*) des Operationen- und Prozedurenschlüssels 2010 (OPS) verschlüsselte. Die Krankenkasse veranlasste eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der die Richtigkeit der Abrechnung bestätigte. Am 15.7.2011 beglich die Krankenkasse den Rechnungsbetrag sowie die vom Krankenhaus ebenfalls in Rechnung gestellte Aufwandspauschale. Am 22.9.2015 forderte die Krankenkasse unter Berufung auf das Urteil des BSG vom 23.6.2015 ([BÄ 1 KR 21/14 R](#)) einen Betrag von 5548,52 Euro zurück, weil die Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht 60 Jahre alt gewesen sei. In der Folge verrechnete die Krankenkasse am 5.10.2015 zunächst den gesamten Rechnungsbetrag mit anderen unstreitigen Vergütungsforderungen des Krankenhauses und zahlte stattdessen am 6.10.2015 einen Betrag von 5327,18 Euro.

Ä

3

Das SG hat die Krankenkasse nach Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens zur Zahlung von 5548,52 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die Voraussetzungen des OPS 8-550.1 liegen vor. Die Kodierrichtlinien und der OPS sehen eine Altersbeschränkung für die Kodierung der geriatrischen Komplexbehandlungen nicht vor. Es sei nach dem medizinischen Fachverständnis auf das durch die individuellen Erkrankungen geprägte biologische Alter abzustellen. Die Versicherte habe die erforderliche altersspezifische Multimorbidität aufgewiesen. Die Aufrechnung der Krankenkasse mehr als vier Jahre nach der beanstandungslos durchgeführten MDK-Prüfung und der vorbehaltlosen Bezahlung der Schlussrechnung verstöße zudem gegen Treu und Glauben (*Urteil vom 25.9.2017*). Ä

Ä

4

Das LSG hat die Berufung der Krankenkasse zurückgewiesen. Der eingeklagte Vergütungsanspruch des Krankenhauses sei nicht durch Aufrechnung erloschen. Dabei könne dahingestellt bleiben, ob die Voraussetzungen des OPS 8-550.1 im Fall der Versicherten erfüllt seien. Der Erstattungsforderung der Krankenkasse habe jedenfalls der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegengestanden.

Das Krankenhaus habe nicht damit rechnen müssen, dass die Krankenkasse ihre 2011 erfolgte Zahlung im Nachgang zu der Entscheidung des BSG vom 23.6.2015 zur Auslegung des OPS 8-550 erneut überprüfen werde. Der MDK habe die Richtigkeit der kodierten OPS bestätigt und die Krankenkasse mit der Zahlung des vollständigen Rechnungsbetrages und auch der Aufwandspauschale beim Krankenhaus das schutzwürdige Vertrauen begründet, die Kodierung sei damit endgültig abgeschlossen. Die beklagte Krankenkasse habe zudem bis zur Entscheidung des BSG in allen Fällen der Kodierung der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung die Zahlung der Vergütung nicht von einem Mindestalter der Patienten abhängig gemacht. Auch auf diese langjährige Verwaltungspraxis habe das Krankenhaus vertrauen dürfen (*Urteil vom 26.8.2020*).

Ä

5

Die beklagte Krankenkasse rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm dem in [§ 242 BGB](#) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben. Die Voraussetzungen einer unzulässigen Rechtsausübung infolge Vertrauensschutzes lägen nicht vor. Es fehle bereits an der Etablierung einer praktischen und einvernehmlichen Verfahrensweise zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bezogen auf die Auslegung des Merkmals „geriatrisch“ in OPS 8-550, auf die die klagende Krankenhausrägerin hätte vertrauen können. Zudem liege kein Fall hohem strichterlicher Billigung vor.

Ä

6

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 26. August 2020 und des Sozialgerichts Neuruppin vom 25. September 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Ä

7

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Ä

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Ä

II

Ä

9

Die zulässige Revision der beklagten Krankenkasse, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([ÄSÄ 124 AbsÄ 2 SGG](#)), ist begründet ([ÄSÄ 170 AbsÄ 2 SatzÄ 1 SGG](#)). Zu Unrecht hat das SG der Klage stattgegeben und das LSG die dagegen gerichtete Berufung zurückgewiesen. Die von der klagenden Krankenhauserin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr*; vgl zB BSG vom 16.12.2008 âÄÄ [BÄ 1Ä KN 1/07Ä KRÄ RÄ](#) âÄÄ [BSGE 102, 172](#) =Ä [SozR 4ÄÄ2500 ÄSÄ 109 NrÄ 13](#), RdNrÄ 9 mwN), jedoch unbegründet. Das Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Zahlung von 5548,52 Euro und dementsprechend keinen Zinsanspruch. Der Anspruch stand dem Krankenhaus aufgrund der Behandlung anderer Versicherter zwar zu (*dazuÄ 1*). Er erlosch jedoch infolge wirksamer Aufrechnung mit dem in derselben Höhe entstandenen Anspruch auf Rückzahlung gezahlter Vergütung für die Behandlung der Versicherten (*dazuÄ 2*). Der Krankenkasse stand ein Anspruch auf Erstattung eines ohne Rechtsgrund an das Krankenhaus gezahlten Betrags von 5548,52 Euro zu (*dazuÄ 3*). Diesem standen auch keine Einwendungen oder Einreden entgegen (*dazuÄ 4*). Die Krankenkasse hat schließlich auch wirksam die Aufrechnung erklärt (*dazuÄ 5*).

Ä

10

1.Ä Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass das Krankenhaus aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Krankenkasse zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung weiterer 5548,52 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erbringt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 6.3.2012 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 14/11Ä RÄ](#) âÄÄ [SozR 4ÄÄ2500 ÄSÄ 130 NrÄ 2 RdNrÄ 15](#); BSG vom 3.7.2012 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 16/11Ä RÄ](#) âÄÄ [SozR 4ÄÄ2500 ÄSÄ 129 NrÄ 7 RdNrÄ 10](#); BSG vom 17.12.2013 âÄÄ [BÄ 1Ä KR 57/12Ä RÄ](#) âÄÄ [SozR 45562 ÄSÄ 9 NrÄ 4 RdNrÄ 8](#)).

Ä

11

2.Ä Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Krankenkasse wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten die Aufrechnung erklärte (vgl zur Aufrechnung BSG vom 28.9.2010 âÄÄ [BÄ 1Ä KR](#)

[4/10Â RÂ](#) â SozR 4â2500 Â§Â 264 NrÂ 3 RdNrÂ 16; BSG vom 25.10.2016
â [BÂ 1Â KR 9/16Â RÂ](#) â SozR 4â5562 Â§Â 11 NrÂ 2; BSG vom 25.10.2016
â [BÂ 1Â KR 7/16Â RÂ](#) â SozR 4-7610 Â§Â 366 NrÂ 1).

Â

12

3.Â Die Krankenkasse hatte einen Anspruch auf Erstattung von 5548,52 Euro.

Â

13

Zahlungen ohne Rechtsgrund begrÃ¼nden einen Erstattungsanspruch des Zahlenden gegenÃ¼ber dem ZahlungsempfÃ¤nger (vgl dazu BSG vom 8.11.2011 â [BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ](#) â [BSGE 109, 236](#) =Â SozR 4â5560 Â§Â 17b NrÂ 2, RdNrÂ 11 mwN; zur AlternativitÃ¤t der Rechtsgrundlagen vgl BSG vom 16.7.2020 â [BÂ 1Â KR 15/19Â RÂ](#) â *juris* RdNrÂ 10). Die Voraussetzungen hierfÃ¼r sind erfÃ¼llt. Die Bezahlung des Rechnungsbetrags von insgesamt 10Â 875,71 Euro war in HÃ¶he von 5548,52 Euro ohne Rechtsgrund erfolgt. Dem Krankenhaus stand die VergÃ¼tung, die die Krankenkasse fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten bezahlt hatte, nicht in voller HÃ¶he zu. Denn die Versicherte war im konkreten Fall aufgrund ihres Alters von seinerzeit nur 59Â Jahren nicht geriatrisch frÃ¼hrehabilitativ zu behandeln. Der Senat hÃ¤lt an seiner bisherigen Rechtsprechung fest: Danach ist fÃ¼r die Kodierung einer geriatrischen frÃ¼hrehabilitativen Komplexbehandlung regelmÃig ein Alter von 70Â Jahren erforderlich, zumindest aber ein Alter von 60Â Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben (so BSG vom 23.6.2015 â [BÂ 1Â KR 21/14Â RÂ](#) â SozR 4â2500 Â§Â 109 NrÂ 46). Dies hat der Senat in seiner Entscheidung vom 17.12.2020 ([BÂ 1Â KR 21/20Â R](#)) klargestellt.

Â

14

a)Â Die VergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRGâKrankenhÃ¤usern wie jenem der klagenden KrankenhaustrÃ¤gerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§Â 109 AbsÂ 4 SatzÂ 3 SGBÂ V](#) iVm [Â§Â 7 KHEntgG](#) und [Â§Â 17b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge, FPV) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§Â 9 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als âVertragsparteien auf Bundesebeneâ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach [Â§Â 11 KHEntgG](#) einen FallpauschalenâKatalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer

und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG](#). Maßgeblich sind hier die für das Jahr 2010 geltende FPV einschließlich ihres Fallpauschalenkatalogs.

Ä

15

b) Das Krankenhaus durfte auf dieser Grundlage für die Behandlung der Versicherten einen Rechnungsbetrag von nur 5327,18 Euro berechnen. Sie hat dagegen keinen Anspruch auf Zahlung des höheren Gesamtbetrags von 10 875,71 Euro, der sich auf der Grundlage einer Kodierung der DRG B44A (in der hier maßgeblichen Fassung von 2010) ergäbe.

Ä

16

aa) Die Beteiligten ziehen zu Recht nicht in Zweifel, dass das Krankenhaus die DRG (2010) B44A (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*) nur abrechnen durfte, falls sie zulässig OPS 8 550.1 kodiert hat. Anderenfalls richtet sich die Kodierung nach DRG (2010) B70D (*Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bis 72 Std oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bis 72 Std*). Dies wird durch die Beteiligten ebenso wenig wie der sich dann ergebende Vergütungsbetrag von 5327,18 Euro in Zweifel gezogen und vom Senat daher ohne Weiteres zugrunde gelegt (*stRspr*; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 – [BÄ 1 KR 26/18 R](#) – juris RdNr 11 mwN).

Ä

17

bb) Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (*zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl BSG vom 8.11.2011 – [BÄ 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#) – SozR 4 5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff*). Nach § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2011 sind zur Einstufung des Behandlungsfalls in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH – Institut für

das Entgeltsystem im Krankenhaus – zertifiziert worden sind.

–

18

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (*hier in der Version 2010 nach Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 2.9.2009, BAnz 2009, 3885*). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (*stRSpr; vgl nur BSG vom 8.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – BSGE 109, 236 – SozR 4 – 5560 – § 17b Nr 2, RdNr 24*).

–

19

Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich auch des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. In Streitfällen sind daher die Gerichte zur Auslegung der Vorschriften nach diesen Maßstäben berufen.

–

20

Anderes folgt – entgegen der Rechtsauffassung des Krankenhauses – auch nicht aus der Neuregelung des [§ 301 Abs 2 Satz 4 SGB V](#) durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 (*PpSG, BGBl I 2394*), jetzt Satz 6. Darin wird das DIMDI (jetzt das BfArM) ermächtigt, bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln (ICD-10-GM) und den Prozedurenschlüsseln (OPS) Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen. Unabhängig davon, welche Bedeutung diese Regelung innerhalb einer Vergütungsstreitigkeit zukommt und wie sie verfassungsrechtlich zu bewerten ist (*vgl dazu Bockholdt, jurisPR – SozR 21/2020 Anm 1*), hat das DIMDI bzw jetzt BfArM in Bezug auf die vorliegend streitige Frage, wann eine geriatrische Behandlung iS von OPS 8 – 550 vorliegt, eine Klarstellung nicht getroffen. Die rückwirkende Änderung des OPS 8-550 in dem Corrigendum des DIMDI vom 6.12.2018 (*abrufbar unter <https://www.dimdi.de>*

/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2019/zusatz-10-anh-klarstellungen.pdf) betrifft allein das Mindestmerkmal der wÃ¼hentlichen Teambesprechung. Schon der Umstand, dass â auch jetztâ keine Klarstellung erfolgt ist, fÃ¼hrt gerade zum Erfordernis einer Auslegung durch den erkennenden Senat. Dass Gerichte ganz grundlegend und von Verfassungs wegen nicht mehr zur Auslegung von Regelungen des OPS berechtigt sein sollen, weil das DIMDI bzw BfArM insoweit (ggf auch) definitorische Vorgaben machen dÃ¼rfte, lÃ¤sst sich weder dem Wortlaut noch den Gesetzesmaterialien (vgl [BT-Drucks 19/5593 SÃ 105](#)) oder Sinn und Zweck der Regelung entnehmen. Dagegen sprechen im Ã¼brigen auch die Regelungen des [Ã 19 KHG](#), die die letztverbindliche KlÃ¤rung grundsÃ¤tzlich bedeutsamer Kodier- und Abrechnungsfragen durch die Sozialgerichte explizit vorsehen (vgl [Ã 19 Abs 7 KHG](#)).

Ã

21

Die Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen. Eine VergÃ¼tungsregelung, die fÃ¼r die routinemÃ¤Ãige 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 (vgl BSG vom 8.9.2009 â [BÃ 1Ã KR 11/09Ã RÃ](#) â BSG SozR 4â2500 Ã 109 NrÃ 19 RdNrÃ 17 mwN; BSG vom 8.11.2011 â [BÃ 1Ã KR 8/11Ã RÃ](#) â [BSGE 109, 236](#) =Ã SozR 4â5560 Ã 17b NrÃ 2, RdNrÃ 27; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG vom 19.7.2012 â [BÃ 1Ã KR 65/11Ã BÃ](#) â SozR 4â1500 Ã 160a NrÃ 32, RdNrÃ 12 ff). Da das DRG-basierte VergÃ¼tungssystem vom Gesetzgeber als jÃhrlich weiterzuentwickelndes ([Ã 17b Abs 2 Satz 1 KHG](#)) und damit âlernendesâ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft zu beseitigen (vgl BSG vom 8.11.2011 â [BÃ 1Ã KR 8/11Ã RÃ](#) â [BSGE 109, 236](#) =Ã SozR 4â5560 Ã 17b NrÃ 2, RdNrÃ 27 mwN; sÃ zum Ganzen auch BSG vom 13.11.2012 â [BÃ 1Ã KR 14/12Ã RÃ](#) â SozR 4â2500 Ã 301 NrÃ 1 RdNrÃ 12 ff mwN).

Ã

22

cc)Ã Die VergÃ¼tung der Behandlung des Versicherten richtet sich vorliegend nicht nach DRG (2010) B44A. Diese wird nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn zusÃ¤tzlich zu den zwischen den Beteiligten unstreitigen Parametern,

nämlich der Hauptdiagnose I63.5 (Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien) sowie der Nebendiagnose U50.40 (Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35, jeweils ICD-10-GM Version 2010), sowie dem OPS 8-981.0 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden) Prozeduren nach OPS 8-550 zu kodieren sind. Der Senat hält aufgrund der nachstehenden Erwägungen an seiner Rechtsprechung zum Kodierungsbereich geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung fest. Danach ist für diese neben der typischen Multimorbidität regelmäßig ein Alter von 70 Jahren zu fordern, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben (so BSG vom 23.6.2015 – [BÄ 1 Ä KR 21/14 Ä R](#) – [SozR 4-2500 ÄSÄ 109 NrÄ 46 RdNrÄ 20](#)). Dies hat der Senat in seiner Entscheidung vom 17.12.2020 ([BÄ 1 Ä KR 21/20 Ä R](#)) klargestellt. Die dafür erforderlichen Voraussetzungen liegen nicht vor. Denn die Versicherte war im konkreten Fall nur 59 Jahre alt.

Ä

23

Alle OPS 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 ua eine „Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Klinische Geriatrie“ erforderlich)“ voraus.

Ä

24

Schon anhand des Wortlauts der konkreten OPS-Bezeichnung selbst, aber auch aus der Definition für ein geriatrisches Behandlungsteam folgt, dass es um eine geriatrische Behandlung der Patienten geht. Wann 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 – [BÄ 1 Ä KR 21/14 Ä R](#) – [SozR 4-2500 ÄSÄ 109 NrÄ 46 RdNrÄ 17](#)). Aus der Begriffswahl „geriatrisch“ folgt aber zwingend, dass das Alter des Patienten maßstabsbildend ist. Konkretere Angaben dazu, wer im Sinne der OPS (2010) 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 Ä 1) oder anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen

Sprachgebrauchs (*dazu* 2). Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (*dazu* 3). Der Lösungsansatz des Krankenhauses von einem „vorgealterten Menschen“, der sich insoweit den Maßstab des Sachverständigen in erster Instanz zu eigen macht, führt zu einem vom OPS-Wortlaut nicht gedeckten, völlig eigenständigen und damit unzutreffenden Maßstab (*dazu* 4).

Ä

25

Der Senat hat in seiner Entscheidung vom 17.12.2020 zu den Punkten (1) bis (3) bereits grundlegend entschieden und dort wie folgt ausgeführt:

Ä

Ä

Ä

Ä

Ä

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Ä

26

Diese Ausführungen beanspruchen auch im vorliegenden Fall GÄltigkeit.

Ä

27

(4)Ä Demgegenüber ist etwa ein Abstellen auf das âbiologischeâ Alter oder eine âVoralterungâ, wie das Krankenhaus es für richtig hält, wenn es die Auffassung des gerichtlichen Gutachters zitiert, nicht im eigentlichen Wortkern des âalten Menschenâ angelegt. Auch der Sachverständige hat mit dem Abstellen auf das biologische Alter nämlich einen eigenen, freiÄndig gesetzten Maßstab zum Vorliegen eines geriatrischen Behandlungsfalls aufgestellt. Er hat jedoch in seinem Gutachten völlig zutreffend ausgeführt, dass die Auslegung des Geriatriebegriffs eine juristische, keine tatsächliche sei. Auch der Maßstab der Voralterung führte zudem nicht zum Wegfall notwendiger Konkretisierungen, sondern zÄge das BedÄrfnis nach weiteren Kriterien nach sich, die noch weniger in einem einfachen Wortverständnis angelegt sind. Es wäre dann insbesondere zu klären, wie geriatrische zu anderen frührehabilitativen 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 wären âfreischÄpfendâ zu beantworten, ohne dass sich hierfür Maßstäbe aus dem OPS ergÄben (vgl BSG vom 17.12.2020 âÄ BÄ 1Ä KR 21/20Ä R; vgl mit diesem Einwand unklarer Folgefragen auch BSG vom 27.10.2020 âÄ BÄ 1Ä KR 12/20Ä RÄ ââ Verlegungâ).

Ä

28

4.Ä Einwendungen und Einreden gegen den daher bestehenden Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Krankenkasse leistete nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld (*dazuÄ a*). Ihr kann nicht das präfrechtliche Beschleunigungsgebot (*dazuÄ b*) entgegengehalten werden. Ihre Forderung war auch weder verjÄhrt (*dazuÄ c*), noch stand ihr der Einwand unzulÄssiger RechtsausÄbung entgegen (*dazuÄ d*).

Ä

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 KKn überhaupt anwendbar ist (vgl. dazu zuletzt BSG vom 16.7.2020 – [BÄ 1 KR 15/19 R](#) – [juris RdNr. 31 f.](#)), fehlte es hier ohnehin an den erforderlichen Voraussetzungen. Die Krankenkasse zahlte die Krankenhausvergütung nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld. Diese erlangte sie vielmehr erst durch die Entscheidung des BSG vom 23.6.2015.

Ä

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](#); [prÄflichtliches Beschleunigungsgebot](#)) steht der Geltendmachung einer Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrags 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.](#); 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 einer nur 59-jährigen neu bewerten.

Ä

c) Der Wirksamkeit der Aufrechnung stand auch nicht die Verjährung der Erstattungsforderung der Krankenkasse entgegen (vgl. [§ 390 BGB](#) iVm [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). 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 11/15 R](#) – [SozR 4-2500 § 69 Nr. 10 RdNr. 11 ff.](#)). Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung, die bereits im Augenblick der Überzahlung (hier im Anschluss an die MDK-Prüfung am 15.11.2011) entstanden ist (vgl. zB BSG vom 21.4.2015 – [BÄ 1 KR 7/15 R](#) – [SozR 4-7610 § 242 Nr. 8 RdNr. 15](#); BSG vom 1.8.1991 – [6 RKa 9/89](#) – [BSGE 69, 158, 163](#) = [SozR 3-1300 § 113 Nr. 1](#)), begann nach Ablauf des Jahres 2011 ([§ 45 Abs. 1 SGB I](#)). Die

Krankenkasse hat die Erstattungsforderung am 5.10.2015 mit anderen unstreitigen Forderungen verrechnet und damit vor Ablauf der Verjährung die Aufrechnung erklärt. Die mittlerweile geltende, verkürzte Verjährungsfrist von zwei Jahren nach Maßgabe von [Â§ 109 Abs 5 SGB V](#) (idF durch Art 7 Nr 8a Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018, [BGBl I 2394](#), mWv 1.1.2019) findet vorliegend keine Anwendung. Die Krankenkasse hat die vor dem 1.1.2017 entstandene Forderung bereits vor dem 9.11.2018 (vgl. [Â§ 325 SGB V](#)) aufgerechnet und sie ist dadurch erloschen ([Â§ 389 BGB](#); vgl. entsprechend BSG vom 9.4.2019 â€‹[B 1 KR 5/19 R](#)â€‹ [BSGE 128, 65](#) = *SozR 4â€‹2500* [Â§ 129a Nr 2, RdNr 38](#)).

Â

32

d) Dem Erstattungsanspruch stand nicht der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen ([Â§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm dem in [Â§ 242 BGB](#) verankerten Grundsatz von Treu und Glauben).

Â

33

aa) Der Erstattungsanspruch der beklagten Krankenkasse war nicht verwirkt. Krankenkassen haben grundsätzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der Verjährungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht gezahlter Vergütungen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen (hier noch vierjährigen) Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl. BSG vom 12.11.2013 â€‹[B 1 KR 56/12 R](#)â€‹ *SozR 4â€‹2500* [Â§ 264 Nr 4 RdNr 15](#); BSG vom 13.11.2012 â€‹[B 1 KR 24/11 R](#)â€‹ [BSGE 112, 141](#) = *SozR 4â€‹2500* [Â§ 275 Nr 8, RdNr 37 mwN](#); BSG vom 1.7.2014 â€‹[B 1 KR 2/13 R](#)â€‹ *juris RdNr 18*). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor.

Â

34

Die vorbehaltlose Zahlung nach Rechnungstellung stellt eine solche Ausnahmekonstellation ebenso wenig dar wie der bloße Zeitablauf. Der Umstand, dass das Krankenhaus bis kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet hat, genügt deshalb nicht. Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf (*stRspr*, vgl. nur BSG vom 21.4.2015 â€‹[B 1 KR 7/15 R](#)â€‹ *juris RdNr 19*; BSG vom 23.6.2015 â€‹[B 1 KR 26/14 R](#)â€‹ [BSGE 119, 150](#) = *SozR 4â€‹5560* [Â§ 17c Nr 3, RdNr 48](#)). Dafür gibt der vorliegende Sachverhalt

jedoch keine Anhaltspunkte.

Ä

35

Schließlich lässt sich auch daraus, dass der MDK die Kodierung des OPS 86550.1 in dem Gutachten vom 23.6.2011 ausdrücklich bestätigt und die Krankenkasse in der Folge sowohl den Rechnungsbetrag als auch die Aufwandspauschale bezahlt hat, kein die Verwirkung begründendes Umstandsmoment herleiten. Hiermit gab die Krankenkasse lediglich zu erkennen, dass sie im Zeitpunkt der Zahlung vom Bestehen der Vergütungsforderung ausgegangen ist. Ein schutzwürdiges Vertrauen dahingehend, dass der Fall damit als definitiv abgeschlossen ist und die Krankenkasse von der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs auch für den Fall absehen werde, dass sich ihre auf das MDK-Gutachten gestützte Annahme aufgrund neuer Erkenntnisse – wie hier durch die Entscheidung des Senats vom 23.6.2015 – nachträglich als unrichtig herausstellt, wird dadurch nicht begründet.

Ä

36

bb) Der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs steht auch nicht aus sonstigen, nicht im Verhalten der beklagten Krankenkasse wurzelnden Gründen der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen (*vgl mit diesem Gesichtspunkt BSG vom 16.7.2020 – B 1 KR 15/19 R – juris RdNr 21*). Ein Vertrauen des Krankenhauses in die richtige Kodierung der DRG B44A konnte sich nicht bilden, weil es weder eine langjährige gemeinsame Praxis von Krankenhäusern und Krankenkassen zur Kodierung und Anerkennung des OPS 86550 auch bei unter 60-jährigen gab, noch eine solche Praxis durch höchstgerichtliche Rechtsprechung gebilligt worden war (*vgl BSG vom 17.12.2020 – B 1 KR 21/20 R*).

Ä

37

Im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhäusern sind Leistungen im Grundsatz so zu fordern und zu gewähren, wie es der materiellen Rechtslage nach der Auslegung durch die höchstgerichtliche Rechtsprechung des BSG entspricht. Dieser Grundsatz strikter Maßgeblichkeit der materiellen Rechtslage kann ausnahmsweise durch Grundsätze des Vertrauensschutzes modifiziert werden. Die Rechtsordnung sanktioniert widersprüchliches Verhalten eines Beteiligten nicht grundsätzlich mit einem automatischen Rechtsverlust. Widersprüchliches Verhalten ist erst dann rechtsmissbräuchlich, wenn für den anderen Teil ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist oder wenn andere besondere Umstände die Rechtsausübung als treuwidrig erscheinen lassen (*vgl BSG vom*

19.4.2016 â [B  1  KR 33/15  R ](#) â [BSGE 121, 101](#) =  SozR 4  2500
    109 Nr  57, RdNr  20 mwN). Dies kann auch im Verhältnis von
Krankenhausträgern und KKn auftreten, da diese allgemein durch [    4 Abs  3](#)
[SGB  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 â [B  1  KR 11/09  R ](#) â SozR
4  2500     109 Nr  19 RdNr  20; BSG vom 18.7.2013 â [B  3  KR 22/12  R](#)
  â SozR 4  2500     276 Nr  2 RdNr  25). In diesem Rahmen sind beide
Seiten rechtlich verpflichtet und auch faktisch gezwungen, sich bei der
konkretisierenden Umsetzung gesetzlicher und untergesetzlicher Normen
einschließlich der Normenvertr ge miteinander abzustimmen. Der Schutz des
Vertrauens von Krankenkassen und Krankenhäusern in von ihnen dabei
einget bte Verfahrensweisen ist dabei umso stärker, je länger und
eilvernehmlicher die Verfahrensweisen praktiziert werden, je bedeutsamer sie sind,
und wenn sie zugleich bereits über längere Zeit eine h chststrichterliche
Billigung erfahren haben (vgl BSG vom 16.7.2020 â [B  1  KR 15/19  R ](#) â
juris RdNr  21).

 

38

Ein schutzwürdiges Vertrauen des Krankenhauses dahingehend, dass auch für
Patienten unter 60  Jahren der OPS 8  550 kodiert werden könne, bestand nicht.
Ein solches Vertrauen hatte sich entgegen der Ansicht des LSG für
Abrechnungstreitigkeiten zu dieser Frage nicht gebildet. Die Entscheidung des BSG
vom 23.6.2015 ([B  1  KR 21/14  R ](#) â SozR 4  2500     109 Nr  46), in der
das BSG erstmals entschieden hat, dass die Kodierung des OPS 8  550 einen
mindestens 60 j hrigen Patienten voraussetzt, ist die erste Entscheidung, die
zu den Voraussetzungen einer geriatrischen frührehabilitativen
Komplexbehandlung ergangen ist. Sie ist darüber hinaus auch die erste
h chststrichterliche Entscheidung, die sich überhaupt mit dem Begriff der
geriatrischen Behandlung auseinandersetzt. Eine Abkehr von gefestigter, anders
lautender und daher ggf vertrauensbildender h chststrichterlicher Rechtsprechung
liegt daher nicht vor. Unabhängig davon enthielten bereits die ersten
Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie des MDK zur Auslegung des
Begriffs âgeriatrisch  im OPS 8  550 (Version 2005) die Einschränkung,
dass für die Anwendung einer geriatrischen Komplexbehandlung in der Regel ein
Alter von 70  Jahren, zumindest jedoch ein Alter von 60  Jahren erforderlich sei.
Auch wenn nicht alle Krankenkassen diese Auslegungshilfe offenbar
berücksichtigt haben, zeigt dies jedoch, dass die Frage nach einem Mindestalter
zur Kodierung der OPS 8  550 frühzeitig adressiert und aufgeworfen war (vgl
entsprechend BSG vom 17.12.2020 â [B  1  KR 21/20  R](#)).

 

5. Die Krankenkasse erklärte die Aufrechnung auch wirksam.

Ä

Die Aufrechnung als empfangsbedürftige einseitige Willenserklärung erfolgt nach [§ 388 Satz 1 BGB](#) durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Sie setzt voraus, dass sowohl die Hauptforderung (Passivforderung) als auch die Gegenforderung (Aktivforderung) hinreichend konkret bezeichnet werden. Die Erklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben zu werden, es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens, selbst wenn der wirkliche Wille nur unvollkommen oder andeutungsweise aus der Erklärung erkennbar wird. Dabei ist auf den bei der Auslegung von Willenserklärungen maßgebenden objektiven Empfängerhorizont abzustellen. Für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden schafft die Verweisung des [§ 396 Abs 1 Satz 2 BGB](#) auf [§ 366 BGB](#) eine Erleichterung, die die Wirksamkeit der Aufrechnungserklärung sichert (siehe zum Vorstehenden insgesamt BSG vom 25.10.2016 – B 1 KR 9/16 R – SozR 45562 § 11 Nr 2, RdNr 29; BSG vom 30.7.2019 – B 1 KR 31/18 R – BSGE 129, 1 – SozR 47610 § 366 Nr 2, RdNr 16, jeweils mwN).

Ä

Die Krankenkasse machte nach diesen Grundsätzen ihren Aufrechnungswillen hinreichend deutlich. Sie hat nach den bindenden Feststellungen des LSG zunächst angegeben, mit welcher Forderung sie aufrechnen werde und im Rahmen der Ausgabe-Sammelanzahlung mit der Auflistung der Rechnungsnummern und Rechnungsdaten die laufenden Vergütungsforderungen bezeichnet, gegen die sie mit dem Rechnungsbetrag aus der Rechnung vom 1.3.2010 aufrechnete. Dies genügt unter Berücksichtigung der sich aus [§ 396 Abs 1 Satz 2 iVm § 366 Abs 2 BGB](#) ergebenden Tilgungsgrundsätze auch den Anforderungen an die von § 9 Satz 2 der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossenen Vereinbarung über das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#), wonach der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen sind (vgl BSG, aaO, RdNr 19 ff).

Ä

6. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47](#)

[AbsÂ 1 GKG.](#)

Â

Erstellt am: 24.01.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024