
Datum: 09.02.2021
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 559/19
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2021:0209.S13KR559.19.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 2.732,68 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

1

Die Beteiligten streiten um eine Rückforderung des Teils einer Vergütung für Krankenhausbehandlung, die auf der Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) beruht. Die Beklagte betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort behandelten ihre Ärzte vom 06.05. bis 30.05.2017 und vom 03.08. bis 22.08.2017 im Rahmen geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen die bei der Klägerin versicherte, am 00.00.0000 geborene J. L. (im Folgenden: Versicherte). Hierfür erstellte die Beklagte zwei Rechnungen jeweils unter Kodierung des OPS 8-550.1 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten), für den ersten Behandlungszeitraum in Höhe von 7.228,57 EUR, für den zweiten Behandlungszeitraum in Höhe von 12.212,91 EUR. Diese Rechnungen vom 06.06.2017 und 11.09.2017 wurden von der Beklagten vollständig beglichen. Nach der ersten Behandlung beauftragte die Klägerin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnung, u.a. der Kodierung des OPS 8-550.1. Der MDK erkannte im Gutachten vom 05.09.2017 die Kodierung des OPS 8-550.1 als korrekt an und stellte fest: "Die Mindestmerkmal des OPS 8-550.1 werden gem. der Vorgaben im OPS Katalog 2017 nachvollziehbar dokumentiert. Die Strukturmerkmale finden in dem Ergebnis keine Berücksichtigung." Mit E-Mail vom 04.10.2019 forderte die Klägerin die Beklagte auf, die beiden Fälle zu korrigieren, "da weiterhin die Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung des OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative

2

Komplexbehandlung) nicht erfüllt sind". Die Beklagte antwortete darauf am selben Tag, ein neues Gutachten liege ihr nicht vor. Die strukturellen Voraussetzungen, wie sie im OPS 8-550 vorgegeben seien, erfülle sie vollumfänglich. Sofern die Klägerin keine Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V mit negativer Beurteilung der Leistung durch eine Einzelfallbegutachtung durch den MDK vorweisen könne, sehe sie eine Rückforderung als unberechtigt an und weise sie die Forderung der Klägerin zurück. Daraufhin behauptete die Klägerin in zwei Schreiben vom 30.10.2019, dass sie aus dem ersten Behandlungsfall eine (Rück-)Forderung in Höhe von 646,68 EUR, aus dem zweiten Behandlungsfall eine solche in Höhe von 2.086,00 EUR habe; die Klägerin erklärte, sie verrechne diese Forderungen mit Forderungen der Beklagten aus fünf genau bezeichneten (unstreitigen) Abrechnungsfällen. Diese Verrechnung hat sie nach eigene Angaben wieder rückgängig gemacht. Am 19.12.2019 hat die Klägerin zwei Klagen auf Zahlung von 646,68 EUR (S 13 KR 559/19) und 2.086,00 EUR (S 13 KR 562/19) erhoben. Das Gericht hat die Klagen nach Anhörung der Beteiligten unter dem gemeinsamen Aktenzeichen S 13 KR 559/19 verbunden. Die Klägerin beruft sich zur Begründung der Klageforderung auf ein von einer anderen Krankenkasse anlässlich der Behandlung einer Versicherten vom 18.10. bis 17.11.2016 in Auftrag gegebenes Gutachten des MDK Nordrhein vom 17.05.2017. In diesem Gutachten, das auf Angaben von Krankenhausvertretern vom 27.01.2017 und einem Schreiben des Krankenhauses vom 09.02.2017 beruhte, war der MDK zu dem Ergebnis gekommen, dass die "strukturellen Voraussetzungen" des OPS 8-550 "formal" nicht erfüllt seien. Der MDK hatte die Voraussetzungen des OPS 8-550 im Krankenhaus der Beklagten im Wesentlichen deshalb nicht als erfüllt angesehen, weil die ärztliche Leitung in Abwesenheitszeiten und die Pflegefachkraft nicht über eine adäquate Vertretung verfügten und für die Therapiebereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie/Neuropsychologie keine Qualitätsnachweise zur Begutachtung vorgelegen hätten. Nach Vorlage weiterer Unterlagen bestätigte der MDK mit Schreiben vom 28.08.2018, dass die erforderlichen Qualifikationen und Erfahrungen vorliegen; er meinte aber, dass die strukturellen Voraussetzungen des OPS 8-550 formal weiterhin nicht erfüllt seien, da eine Sicherstellung der fachärztlichen Behandlungsleitung mit der Qualifikation Geriatrie im Vertretungsfall auch nach dem vorliegenden Kooperationsvertrag nicht gegeben sein könne. Die Klägerin ist der Auffassung, dass diesen Feststellungen das im Fall der Versicherten eingeholte MDK-Einzelgutachten nicht entgegenstehe. Ein Strukturgutachten werde nicht zu jedem einzelnen Behandlungsfall eingeholt. Wenn – wie hier – ein Gutachten des MDK vorliege, welches die Strukturmerkmale konkret geprüft und klare Mängel in der Erfüllung dieser Strukturmerkmale aufgezeigt habe, bestehe ein "Anscheinsbeweis zu Lasten der Beklagten im Hinblick auf die Erfüllung der Mindestmerkmale". Die Klägerin meint, Strukturvoraussetzungen beschreiben die strukturellen Mindestvoraussetzungen, die ein Krankenhaus erbringen müsse, um eine Komplexbehandlung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Die strukturellen Voraussetzungen des hier streitgegenständlichen OPS 8-550 müssten an jedem Tag erfüllt sein. Die Beklagte habe nicht nachweisen können, dass immer eine Behandlungsleitung, die auch überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein müsse, zugegen sei. Die Krankenhäuser, mit denen Kooperationsverträge geschlossen worden seien, hätten in der Regel eine eigene geriatrische Einheit, in der die Fachärzte sodann als Behandlungsleitung tätig seien; sie arbeiteten also überwiegend in ihrer eigenen zugehörigen geriatrischen Einheit und nicht in der der Beklagten. Wenn keine durchgehende fachärztliche Behandlungsleitung gewährleistet sei, könne die Beklagte auch nicht das Mindestmerkmal der wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung gewährleisten. Auch hinsichtlich der aktivierend-therapeutischen Pflege stelle sich die Frage nach der Vertretungsregelung, wenn nur eine Pflegefachkraft über hinreichende Erfahrung verfüge. Die Klägerin stützt sich für ihre Auffassung auf eine aktuelle gutachtliche Stellungnahme des MDK vom 07.12.2020.

Die Klägerin beantragt,	3
die Beklagte zu verurteilen, ihr 2.732,68 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 19.12.2019 zu zahlen.	4
Die Beklagte beantragt,	5
die Klage abzuweisen.	6
Sie meint, die Klägerin sei mit ihren Einwänden gegen die Abrechnung der Beklagten bereits aus formalen Gründen ausgeschlossen. Die Klägerin habe den MDK mit der Überprüfung der Abrechnung beauftragt; die Prüfanzeige sei bei ihr am 19.06.2017 eingegangen; gemäß § 8 S. 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV) hätte die Klägerin ihr spätestens bis zum 22.05.2018 die wesentlichen Gründe für die negative Entscheidung über die Abrechnung mitteilen müssen. Der OPS 8-550 differenziere zwischen strukturellen und einzelfallbezogenen Aspekten und Mindestmerkmalen. Der Behandlungsfall sei Gegenstand einer MDK-Einzelfallprüfung gewesen; der MDK habe den OPS 8-550.1 bestätigt und eine abschließende positive Leistungsentscheidung getroffen. Ein MDK-Strukturgutachten – hier: vom 17.05.2017 – sei keine Grundlage für einen Anscheinsbeweis. Die Beklagte hat Teambesprechungsprotokolle vorgelegt und dazu erklärt, aufgrund der durchaus komplexen Anforderungen bei der korrekten und vollständigen Dokumentation zu Leistungen bezüglich des OPS 8-550 erfasse sie von Beginn an softwaregestützt alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Zum Einsatz komme die Software GERDA der Firma Medicware. Die Firma setze die jeweils zum Zeitpunkt der tatsächlichen Behandlung und Dokumentation bekannten gesetzlichen und von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen um. Die Teambesprechungen bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung würden von allen beteiligten Berufsgruppen dokumentiert. Zur Vorbereitung der Teambesprechung würden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Berufsgruppen patientenindividuell das Ergebnis der laufenden bzw. vergangenen Behandlungswoche zusammengefasst. Bei der Teambesprechung selber würden unter Leitung des Geriaters und Beteiligung aller Berufsgruppen die Ergebnisse und Ziele patientenindividuell erörtert. Die Ziele würden von dem jeweiligen Vertreter der Berufsgruppe selbst in das Teambesprechungsprotokoll eingetragen. Der Teambesprechungsleiter – diese Funktion werde vom Geriater als fachärztlicher Behandlungsleiter und Moderator übernommen – pflege die Teilnehmerliste durch digitale Auswahl (Ankreuzfelder) der namentlich im Programm erfassten Teilnehmer. Die Anwesenheit der Teilnehmer werde somit durch die sachlich-inhaltlichen Beiträge und/oder das Setzen von Kreuzen in der Softwareoberfläche dokumentiert. Aus diesen Teambesprechungsprotokollen gehe die Anwesenheit aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung hervor. Die Protokolle bestätigten, dass die Strukturen im Krankenhaus der Beklagten dazu geführt hätten, dass die für die Kodierung des OPS 8-550 erforderlichen Vorgaben im Einzelfall erfüllt gewesen seien. Im Übrigen verweist die Beklagte auf einen Hinweis des Kammervorsitzenden vom 29.11.2019 an die im Verfahren S 13 KR 423/18 beklagte Krankenkasse und macht sich diesen zu eigen. Darin heißt es: "Durch die vorgelegten Kooperationsverträge werden m. E. die einschlägigen Strukturvoraussetzungen des OPS 8-550 erfüllt. Dessen Mindestmerkmale verlangen u.a. die "Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein." Dem wird m. E. durch die Kooperationsverträge genügt. Zurecht weist die Klägerin – das ist im vorliegenden Verfahren die Beklagte – darauf hin, dass der OPS 8-550 – anders, als die	7

OPS 8-980 und 8-98f – nicht die Sicherstellung/Gewährleistung der ständigen Anwesenheit verlangt. Insofern trägt das MDK-Gutachten vom 28.08.2018 im abschließenden Satz auf Seite 3 nicht den Mindeststrukturmerkmalen des OPS 8-550 Rechnung. Das BSG verlangt ein wortgetreue Anwendung und Auslegung der Strukturmerkmale." Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung der Kammer ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Klägerin und die Patientendokumentation der Beklagten, die bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

8

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil sich die Beteiligten übereinstimmend mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG). Die Klage ist zulässig. Bei einer auf Erstattung gezahlter Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 – B 3 KR 33/99 R; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten. Die Klage ist jedoch nicht begründet. Rechtsgrundlage des mit der Klage verfolgten Erstattungsanspruchs der Klägerin aus den elf Behandlungsfällen ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R). Soweit die Zahlung der Vergütung zu Unrecht erfolgt, hat die Krankenkasse einen öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch auf Rückzahlung der Vergütung. Die Krankenhausleistungen werden nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), unter anderem mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Dieser umfasst insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (fallbezogene Diagnoseschlüssel = Diagnosis Related Groups = DRG) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedureschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand derer dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Grouping" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zu Grunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 25/12 R – m.w.N.). Nach diesen Grundsätzen hat die Beklagte zu Recht für die geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen der Versicherten den OPS 8-550.1 kodiert und ihrer Abrechnung der beiden Behandlungsfälle zugrunde gelegt. Nach diesem für das

9

streitgegenständliche Jahr 2017 geltenden OPS- Kode ist die früh-rehabilitative Komplexbehandlung zu verschlüsseln, wenn folgende Mindestmerkmale erfüllt sind: 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Hinw.: Mindestmerkmale: - Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein - Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen - Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zu-stand des Patienten es erlaubt - Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen - Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie 10

Die Beklagte hat 2017 diese Mindestmerkmale erfüllt (ebenso in Bezug auf das Krankenhaus der Beklagten und das Jahr 2017: SG Aachen, Urteile vom 07.07.2020 – S 14 KR 560/19 – und vom 22.09.2020 – S 13 KR 423/18). Dies folgt bereits aus dem auf den konkreten Behandlungsfall der Versicherten im Jahr 2017 bezogenen MDK-Gutachten vom 05.09.2017. In diesem gelangte der MDK zu folgendem Ergebnis: "Die Klinik kodierte den OPS 8-550.1. Anhand der vorgelegten Unterlagen sind die im OPS 8-550.1 geforderten Mindestmerkmale plausibel nachvollziehbar. Die Kodierung des OPS 8-550.1 ist korrekt." Im Hinblick auf diese unzweideutige Aussage ist die Kürzung der Rechnungen in Höhe von 646,68 EUR bzw. 2.086,00 EUR nicht nur unverständlich, sondern offensichtlich zu Unrecht erfolgt. Allerdings beruft sich die Klägerin auf ein sog. Strukturgutachten vom 17.05.2017, das der MDK anhand einer "Checkliste zur Abfrage der Strukturmerkmale des OPS-Kodes 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, Version 2016" erstellt hat. Der OPS-Kode selbst unterscheidet nicht zwischen "Mindestmerkmalen" und "Strukturmerkmalen". Das BSG hat jedoch entschieden, dass die Sicherstellung der Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung als strukturelle Abrechnungsvoraussetzung unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen ist (vgl. entsprechend zum OPS-Kode 8-980: BSG, Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 25/12 R). Soweit das MDK-Gutachten vom 17.05.2017 zunächst beanstandet hatte, dass für die Behandler in den Therapiebereichen 11

Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie/Neuropsychologie keine Qualifikationsnachweise vor-gelegen hätten, geht die Kammer davon aus, dass dies letztlich auf einer unvollständigen Erfassung in dem zuletzt wieder zur Klagebegründung ins Feld geführten Strukturgutachten beruhte. In seiner Stellungnahme vom 28.08.2018 hat der MDK auf den Widerspruch der Beklagten gegen das Gutachten vom 17.05.2017 ausdrücklich nach Einsicht in die Unterlagen die Qualifikation der namentlich aufgeführten Ärzte und Therapeuten bestätigt. Dadurch ist insoweit dem Einwand der Klägerin die Grundlage entzogen. Der weiteren Beurteilung des MDK am Ende der Stellungnahme vom 28.08.2018 ("Die strukturellen Voraussetzungen des OPS 8-550 werde formal weiterhin nicht erfüllt, da die Sicherstellung der fachärztlichen Behandlungsleitung mit der Qualifikation Geriatrie im Vertretungsfall nach den vorliegenden Kooperationsverträgen nicht gegeben sein kann."), die sich die Klägerin zu eigen macht, ist nicht zu folgen (so bereits: Urteil der Kammer vom 22.09.2020 – S 13 KR 432/18). Zur Abrechnung des streitigen OPS bedarf es in struktureller Hinsicht überhaupt der Einrichtung eines geriatrischen Teams, in dem die den Voraussetzungen des OPS entsprechend qualifizierten Kräfte repräsentiert sind (BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 21/14 R). Ein solches geriatrisches Team war unstreitig vorhanden. Ebenso unstreitig erfolgte im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Haus der Klägerin eine aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal sowie ein teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der vier Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie (so auch in Bezug auf das Krankenhaus der Beklagten im Jahr 2017: SG Aachen, Urteil vom 07.07.2020 – S 14 KR 560/19 – und vom 22.09.2020 – S 13 KR 423/18). Entgegen der Auffassung des MDK ist dem OPS 8-550 das Erfordernis der Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit der ärztlichen Behandlungsleistung und der qualifizierten Pflegefachkraft nicht zu entnehmen. Die Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteile vom 14.10.2014 – B 1 KR 26/13 R – und vom 23.06.2015 – B 1 KR 21/14 R – m.w.N.). Der OPS 8-550 formuliert das Erfordernis einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit des besonders qualifizierten Personals sowohl in Bezug auf die Behandlungsleitung als auch das besonders geschulte Pflegepersonal gerade nicht ausdrücklich. Eine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit lässt sich auch nicht systematisch aus dem Erfordernis der wöchentlichen Teambesprechung herleiten. Das "Strukturgutachten" des MDK vom 17.05.2017 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 28.08.2018 lassen nicht erkennen, worauf die eingenommene Rechtsauffassung beruht. Selbst den "Auslegungshinweisen der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550* Version 2017" (Kompetenzzentrum Geriatrie 2017) ist das Erfordernis einer generell verfügbaren ausreichend qualifizierten Vertretung für den möglichen Fall der Abwesenheit der ärztlichen Behandlungsleistung und/oder der besonders geschulten Pflegefachkraft nicht zu entnehmen. Doch selbst wenn eine jederzeitige Vertretungsmöglichkeit ein ungeschriebenes Mindestmerkmal des OPS 8-550 wäre, werden die einschlägigen Strukturvoraussetzungen des OPS 8-550 durch Kooperationsverträge (vgl. dazu im Einzelnen: Urteil der Kammer vom 22.09.2020 – S 13 KR 423/18) erfüllt. Die Mindestmerkmale des OPS 8-550 verlangen u.a. die "Behandlung durch ein geriatrisches

Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein." Dem wird durch Kooperationsverträge genügt. Anders als die OPS 8-980 und 8-98f verlangt der OPS 8-550 nicht die Sicherstellung/Gewährleistung der ständigen Anwesenheit. Insofern trägt das MDK-Gutachten vom 28.08.2018 im abschließenden Satz auf Seite 3 nicht den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 Rechnung. Das BSG verlangt eine wortgetreue Anwendung und Auslegung der Vergütungsmerkmale. Es kann dahinstehen, ob auch das Mindestmerkmal einer wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung eine abstraktgenerelle "Strukturvoraussetzung" beinhaltet, die unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen ist, oder ob dieses Merkmal (allein) einen unmittelbaren Bezug zum Behandlungsfall haben und für diesen erfüllt sein muss (vgl. dazu ausführlich: SG Aachen, Urteil vom 07.07.2020 – S 14 KR 560/19). Die Beklagte hat wöchentliche Teambesprechungsprotokolle vorgelegt. Angesichts dieser korrekten Dokumentation ist die Kammer davon überzeugt, dass die Klägerin das Mindestmerkmal einer wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung nicht nur in den konkreten Behandlungsfällen, sondern auch strukturell im Jahr 2017 erfüllt hat (ebenso: Urteil der Kammer vom 22.09.2020 – S 13 KR 423/18). Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 39 Abs. 1, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).