
Datum: 24.07.2020
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 74. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 74 KR 1768/17
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2020:0724.S74KR1768.17.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, für die Behandlung des Herrn N M, geboren am XX.XX.XXXX, Aufnahmenummer: X XXXXXXXXX, in der Zeit vom 09.11.2013 bis zum 26.11.2013 der Klägerin 4.462,12 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 17.08.2017 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 4.462,12 EUR festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über einen Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte in Höhe von 4.462,12 EUR. 2
- Der bei der Klägerin versicherte, am XX.XX.XXXX geborene N M befand sich in der Zeit vom 09.11.2013 bis zum 26.11.2013 in vollstationärer Krankenhausbehandlung im Haus der Beklagten in Bochum. Für diesen stationären Aufenthalt stellte die Beklagte mit Rechnung vom 04.12.2013 auf Basis der DRG B44B (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) unter Anwendung des OPS-Kodes 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung; mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) einen Betrag in Höhe von 7.763,96 EUR in Rechnung. Die Klägerin beglich die Rechnung. 3

Am 24.09.2014 leitete die Klägerin ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser kam mit gutachterlicher Stellungnahme vom 08.03.2017 zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kodes 8-550.1 nicht vorgelegen hätten. Bei den wöchentlichen Teamsitzungen sei die erforderliche Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung nicht zu erkennen. Die sonstigen Mindestmerkmale des Kodes seien erfüllt. Eine Rückzahlung seitens der Be-klagten in Höhe des um den OPS-Kode 8-550.1 geminderten Rechnungsbetrages erfolgte nicht.

Mit der am 17.08.2017 zum Sozialgericht Dortmund erhobenen Klage verfolgt die Kläge-rin, gestützt auf das Gutachten des MDK, ihr Rückzahlungsbegehren weiter. Im Wesent-lichen trägt sie ergänzend vor, dass die Dokumentationen der Teambesprechungen nicht den Anforderungen entsprächen, die das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 19.12.2017 (Aktenzeichen B 1 KR 19/17 R) aufgestellt habe. Neben der fehlenden Do-kumentation der fachärztlichen Behandlungsleitung fehle auch die Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen. Die Protokolle seien schwer leserlich und diesen seien keine Behandlungsziele zu entnehmen. Es fehle an konkreten Handlungsanweisun-gen. Auch nach der Klarstellung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentati-on und Information (DIMDI) müssten alle Berufsgruppen einschließlich der fachärztli-chen Behandlungsleitung an den Teambesprechungen teilnehmen. Es ergebe sich be-reits aus den allgemeinen Dokumentationspflichten, dass die tatsächliche Teilnahme nachgehalten werden müsse. Die Heranziehung der Grundsätze der Entscheidung des Bundessozialgerichts sei nicht rechtswidrig. Dieses habe den OPS-Kode nah am Wort-laut ausgelegt. Es werde durch die Entscheidung klargestellt, wie die Vorgabe des OPS-Kodes von Anbeginn hätte angewandt werden müssen. Es sei weder neues Recht ge-schaffen noch eine Rechtsänderung vorgenommen worden. Eine echte Rückwirkung könne nicht vorliegen, da es an einer rückwirkenden Gesetzesänderung fehle.

5

Die Klägerin beantragt,

6

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.462,12 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Pro-zentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

7

Die Beklagte beantragt,

8

die Klage abzuweisen.

9

Sie trägt vor, dass der stationäre Aufenthalt zutreffend abgerechnet worden sei. Die für den OPS-Kode erforderlichen Teambesprechungen seien am 13.11.2013 sowie am 25.11.2013 durchgeführt worden. Im Hause der Beklagten sei es im Jahr 2013 nicht üb-lich gewesen, die Dokumentation der Teamsitzung zu unterschreiben. Es habe aber eine Dienstanweisung gegeben, nach der alle Berufsgruppen einschließlich der fachärztli-chen Behandlungsleitung an den Teambesprechungen teilzunehmen hätten und die Teamsitzung unter fachärztlicher Leitung hätte geführt werden müssen. Zur Erfüllung der Voraussetzungen des OPS-Kodes verweise sie auf die Stellungnahmen der Ärzte, die die Behandlungsleitung innegehabt hätten. Herr Dr. I und Herr Dr. K hätten durch ihre maschinengeschriebene Wiedergabe der handschriftlichen Dokumentation sowohl ihre Behandlungsleitung als auch die Dokumentationspflichten nachgewiesen. Der OPS-Kode sei streng nach seinem Wortlaut auszulegen. Danach gebe der Kode keine be-stimmte Art der Dokumentation vor. Sollte eine systematische Auslegung vorgenommen werden, so sei das Ziel der Dokumentation, die Durchführung der Teambesprechung in der notwendigen Frequenz und unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen niederzulegen und diese Information auffindbar zu machen. Diesem Ziel werde auch durch eine stichwortartige Niederlegung entsprochen. Das

10

Erfordernis der Unterzeichnung ergebe sich aber weder aus dem Wortlaut noch aus dem systematischen Zusammenhang. Aus den MDK-Gutachten vergangener Jahre sei zu entnehmen, dass das Vorliegen der Voraussetzungen des OPS-Kodes nicht daran gescheitert sei, dass nicht alle Berufsgruppen bei jeder Teambesprechung zugegen gewesen seien. Der MDK habe im Übrigen erst nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.12.2017 seine Auslegungshinweise geändert. Der MDK Mecklenburg-Vorpommern habe in einem Rundschreiben mitgeteilt, dass die vom Bundessozialgericht zugrunde gelegten Anforderungen über die, die der Begutachtung zuvor zugrunde gelegt worden seien, hinausgingen und eine rückwärtsbetriebene Begutachtungspraxis nicht zu betreiben sei. Aus der Änderung beziehungsweise Klarstellung des DIMDI folge, dass die Dokumentation erfüllt sei, wenn diese die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasse und sich dabei die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen widerspiegeln würden. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung und eine personenbezogene Dokumentation seien mithin nicht erforderlich. Der OPS-Code stelle allein auf qualitätsbezogenen Inhalt ab. Durch die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.12.2017 sei das mit dem Rechtsstaatsprinzip verbundene Rückwirkungsverbot verletzt. Zudem sei durch die bisherige Begutachtungspraxis des MDK ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden.

Mit Schriftsätzen jeweils vom 13.12.2019 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt. 11

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den Inhalt der beigezogenen den Behandlungsfall des Versicherten betreffenden Verwaltungsakte der Klägerin und den Inhalt der Patientenakte des Versicherten, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind, Bezug genommen. 12

Entscheidungsgründe: 13

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt haben gem. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). 14

Die Klage ist zulässig und begründet. 15

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18.09.2008, Az.: B 3 KR 15/07 R, Rn. 10, zit. nach juris). 16

Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Rückzahlung in Höhe von 4.462,12 EUR nebst Zinsen zu. 17

Als Rechtsgrundlage des streitgegenständlichen Zahlungsanspruchs kommt allein ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht, der bei der hier gegebenen öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) tritt (vgl. BSG, Urteil vom 18.06.2014, Az.: B 3 KR 10/13 R, Rn. 11, zit. nach juris). Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses 18

Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 30.01.1962, Az.: 2 RU 219/59, Rn. 22 ff. zit. nach juris).

Die Klägerin zahlte an die Beklagte 4.462,12 EUR ohne Rechtsgrund. Die Beklagte war nicht 19
berechtigt, die Krankenhausbehandlung des Versicherten unter der DRG B44B (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) in Höhe von 7.763,96 EUR abzurechnen. Sie hatte lediglich einen Vergütungsanspruch in Höhe von 3.301,84 EUR gemäß der DRG B63Z (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer 20
Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 14/12 R, Rn. 10, zit. nach juris m.w.N.). Diese Grundvoraussetzungen sind erfüllt. Die Beklagte behandelte den Versicherten der Klägerin vom 09.11.2013 bis zum 26.11.2013 stationär. Die Beklagte berechnete diesen Krankenhausaufenthalt aber mit der falschen DRG.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Beklagten wegen der hier streitigen 21
Behandlung war § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V (in der Fassung vom 01.07.2008) in Verbindung mit § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (in der Fassung vom 01.08.2013) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (in der Fassung vom 01.01.2013). Gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) 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 Code gemäß dem DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301) 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 eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus, wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18.7.2013 Az B 3 KR 7/12 R, Rn. 12; Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), Urteil vom 13.01.2011, Az.: L 5 KR 363/10, Rn. 30, jeweils zit. nach juris). Gemäß § 301 Abs. 2 S. 6 SGB V und § 295 Abs. 1 S. 8 SGB V ist das DIMDI ab dem 1. Januar 2019 berechtigt, bei Auslegungsfragen zu ICD-10-GM und OPS Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.

Nach diesen Grundsätzen war die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten nach der DRG-Fallpauschale B63Z abzurechnen. Die Beklagte durfte den OPS-Code 8-550.1 nicht kodieren. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass unter Streichung des OPS-Kodes 8-550.1 der Behandlungsfall mit der DRG B63Z zu vergüten ist.

Die Kodierung des OPS-8550.1 setzt nach der OPS-Version 2013 in der Fassung der Klarstellung des DIMDI zum 01.01.2019 eine "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung" voraus, die folgende Mindestmerkmale erfordert: 23

&61485; Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein &61485; Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung 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 &61485; 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 Zustand des Patienten es erlaubt &61485; Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. &61485; 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. Sofern diese nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine 2-jährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend &61485; Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie 24

Streitig ist vorliegend das Mindestmerkmal: "Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend". Das DIMDI präzisierte zu den Änderungen, dass über die in dem Code genannten Berufsgruppen hinaus eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich ist. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich. 25

Das Bundessozialgericht stellte mit Entscheidung vom 19.12.2017 (Aktenzeichen B 1 KR 19/17 R), die zu der Klarstellung/Änderung des DIMDI führte, unter anderem den Grundsatz auf, dass Behandlungsergebnisse konkret wochenbezogen zu dokumentieren sind. Die Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen 26

Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Dem zu bezeichnenden Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" kommt dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dies entspricht auch dem Gedanken der Komplexbehandlung, der namensgebend für den OPS-Code 8-550 und einige andere OPS-Kodes der OPS-Gruppen 8-55 bis 8-60 sowie 8-97 und 8-98 ist. Die Komplexbehandlung geht über den Bedarf eines Patienten in einem "geriatriischen" Alter hinaus, der nur in einzelnen im OPS-Code 8-550 angesprochenen Bereichen auf Therapie und/oder Pflege durch besonders geschultes Personal angewiesen ist. Es muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzertierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Die Team-Abstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierte konkrete Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Der Umfang der Dokumentation hat sich an dem Ziel, den Rehabilitationsprozess transparent und die therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen plausibel zu machen, zu orientieren. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (z.B. Steigerung der Selbstständigkeit, Mobilität) genügen nicht. Dementsprechend fordert der OPS-Code bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergibt und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf besteht (vgl. neben OPS 8-550 zB: OPS 8-552, 8-559, 8-563, 8-972, 8-975 - dort sogar zweimal in der Woche Besprechung -, 8-97d, 8-982, 8-984, 8-986). In den Fällen anderer Komplexbehandlungen ohne ausdrücklich vorgesehene Beteiligung unterschiedlicher Therapiebereiche wird weder eine wochenbezogene noch überhaupt eine besondere Dokumentation vom jeweiligen OPS-Code verlangt (keine besondere Dokumentationspflicht zB: OPS 8-973, 8-976, 8-978, 8-979, 8-97a, 8-97b, 8-97c, 8-97e, 8-980, 8-987, 8-988, 8-989, 8-98c). Die Dokumentation kann orientiert an dem professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle nicht aus. Diesen aufgeführten Grundsätzen schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an.

Entgegen der Ansicht der Beklagten sind die vom Bundessozialgericht in der genannten Entscheidung vom 19.12.2017 aufgestellten Grundsätze durch die Klarstellung und Änderung des DIMDI zum OPS-Code 8-550 nicht vollständig aufzugeben. Das DIMDI hat unter und insbesondere aufgrund der Kenntnis der Entscheidung des Bundessozialgerichts Klarstellungen und Änderungen getroffen. Diese sollten dazu dienen, Auslegungsunsicherheiten und das erneute Aufgreifen von zurückliegenden Abrechnungsverfahren zu vermeiden (vgl. BT-Drucksache 19/5593 S. 123). Der OPS-Code ist daher unter Beachtung der Rechtsprechung in Form der Klarstellung des DIMDI wortlautnah auszulegen.

27

Danach gelten die oben aufgeführten Grundsätze zum Umfang der Dokumentationspflicht der Ergebnisse der bisherigen Behandlung und der weiteren Behandlungsziele fort. Unter Kenntnis dieser Grundsätze stellte das DIMDI lediglich klar, dass die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend sind. Abweichend vom Bundessozialgericht sollen damit nicht Beiträge aller Berufsgruppen erforderlich sein,

28

sondern nur die derjenigen Berufsgruppen, die im individuellen Fall des Patienten in Betracht kommen. Zudem sollte nicht der Verlauf der Teambesprechung, sondern die Ergebnisse der Behandlung und die weiteren Behandlungsziele für den jeweiligen Patienten dokumentiert werden. Klarstellungen zu den Anforderungen an den Umfang und den Inhalt der Dokumentation der Behandlung und der Ziele trifft das DIMDI gerade nicht.

Ferner erfolgt auch nach den Änderungen des DIMDI die wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Das DIMDI hat klargestellt, dass eine Beteiligung von über den in dem Kode genannten Berufsgruppen hinaus, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich ist. Unter Berücksichtigung der Änderungen und Klarstellungen des DIMDI müssen danach dennoch alle Berufsgruppen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neurologie) einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen. Dies entspricht auch einem wesentlichen Grundelement des Fachbereichs Geriatrie. Der umfassende geriatrische Behandlungsansatz zielt auf eine generelle Erfassung und einen fachübergreifenden Zugang zu den Problemen älterer Menschen ab. Dabei kommt dem interdisziplinären Team eine besondere Bedeutung zu. Dieses ist kennzeichnend für die Geriatrie und unterscheidet diese von anderen medizinischen Fächern. Aus diesem Grund ist die Beteiligung aller Professionen an einer gemeinsamen Besprechung zur umfassenden Beurteilung des Behandlungsbedarfs des geriatrischen Patienten sinnvoll, da so auch bislang nicht erkannte Funktionseinschränkungen von den jeweils entsprechend spezialisierten Therapeuten erkannt und angesprochen werden können. Andernfalls würde sich die Frage der sinnvollen Abgrenzung der geriatriespezifischen Frührehabilitation von einer bloßen Frühmobilisation (so die Stellungnahme des Bundesverbands Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zum Urteil des Bundessozialgerichts B1 KR 19/17 R aus Juni 2018) stellen. Dann muss die Beteiligung aller Berufsgruppen aber auch nachweisbar sein, selbst wenn die Dokumentation der Teilnahme nicht Voraussetzung des Kodes selbst ist. Krankenhäuser haben eine sozialrechtliche Dokumentationspflicht und tragen die objektive Beweislast für das Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale (vgl. BSG, Urteil vom 19.11.2019, Az: B 1 KR 33/18, Rn. 16 ff., zit. nach juris).	29
Zur Überzeugung der Kammer steht aufgrund des Abgleichs der handschriftlichen Angaben in der Patientenakte mit den maschinellen Wiedergaben beider Ärzte folgende Dokumentation der beiden Teambesprechungen fest:	30
Gemeinsame Ziele, ausgefüllt durch den Behandlungsleiter der ersten Teambe-sprechung	31
Akute Verwirrtheit, Unruhe AZ &61615;, immobil, V.a. Dysphagie E86 Frühreha &61614; &61615;Pflege, Ehefrau versorgt Ehemann v.z.H., PS III	32
Teambesprechung vom 13.11.2013 Status: KG, Pflege, Ergo, Sozialdienst, Logopädie KG: Transferübung, Steh-Training, Rollstuhl!! Lgos: V.a. Dysphagie, weitere Therapie sinnvoll Ergo: MMSE 18/38 funktionelles Training Pflege: vollkomp. Versorgung TZ: Behandlung Delir + Exsikkose, &61615;Pflege Diskussion: Frühreha sinnvoll	33
Teambesprechung vom 25.11.2013 Arzt: Trinken &61615;, Gefahr Exsikkose, Restharnbildung, RR Werte besser Pflege: Gesicht, OK selbstständig, sonst komplette Übernahme, Essen nach Vor-bereitung selbstständig, Suppe anreichen KG: gute Mitarbeit, Transfer wenig Hilfe, Gehen schwierig, Gleichgewicht, Fahrrad Ergo: Transfertraining, Ausdauer &61615; Lgos: Sens.-Training wechselhaft, teilweise Aspirationsgefährdung, Sohn	34

Die Kammer ist der Ansicht, dass die Dokumentationen der Teambesprechungen nicht die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8.550.1 erfüllen. Bereits die Dokumentation vom 13.11.2013 erfüllt die genannten Voraussetzungen nicht. Sie stellt überwiegend eine Statusbeschreibung dar. Bei der Krankengymnastik fehlt es an Behandlungsergebnissen. Es ist nicht erkennbar, welche Ziele bereits erreicht wurden und damit zugleich noch erreicht werden müssen. Nicht eindeutig ist, ob sich die Behandlungsmaßnahmen auf die Vergangenheit oder die Zukunft beziehen. Für die Berufsgruppe Logopädie wird der Ist-Zustand dokumentiert unter der Angabe, dass weitere Therapie sinnvoll ist. Nicht ersichtlich ist, ob, wie und zu welchem Zeitpunkt diese durchgeführt werden soll. In der Zeile der Ergotherapie wird der Ist-Zustand durch die Angabe des Ergebnisses des MMSE Tests (Minimal Mental State Test) wiedergegeben, konkrete Behandlungsziele fehlen. Die weitere Beschreibung der Therapieziele stellt ebenfalls allgemeine Formulierungen dar. Das Delir und die Exsikkose sollen behandelt und die Pflege gemindert werden. Wie dies erfolgen soll, bleibt offen. Eine Handlungsanleitung lässt sich nicht herleiten. 35

Nach Ansicht der Kammer ist die fachärztliche Behandlungsleitung durch die Stellungnahmen der beiden Ärzte nachgewiesen, da die Dokumentation der Teilnahme nicht Voraussetzung des Kodes selbst ist (andere Auslegung und Bewertung Sozialgericht München, Urteil vom 14.11.2019, Az.: S 15 KR 783/18, Rn. 33 ff, zit. nach juris). Allerdings lässt sich allein aus den aufgeführten Berufsgruppen nicht schließen, dass diese auch während der Besprechungen anwesend waren. Die Berufsgruppe Psychologie/Neuropsychologie wird in den Protokollen der Teambesprechungen und in den Stellungnahmen der beiden Ärzte nicht erwähnt. Auch aus dem Inhalt der Patientenakte lässt sich nicht auf eine Beteiligung dieser an der Teambesprechung schließen. Zum Nachweis der Teilnahme kann auch die Dienstanweisung nicht ausreichen. Allein aufgrund der Existenz einer Dienstanweisung kann nicht auf dessen Einhaltung geschlossen werden. Die Kammer hat davon abgesehen, die Beteiligung weiter aufzuklären, da bereits die erforderliche Dokumentationspflicht nicht erfüllt wurde. Es kann daher auch dahinstehen, ob die weiteren Voraussetzungen des OPS-Kodes vorlagen und ob die rückwirkende Klarstellung des DIMDI verfassungsgemäß ist. 36

Die Erstattung der damit als ohne Rechtsgrund gezahlten zu qualifizierenden Krankenhausvergütung ist auch nicht in entsprechender Anwendung des § 814 BGB ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete u.a. nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 24/08 R, Rn. 30; BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R, Rn. 47, jeweils zit. nach juris; zustimmend Wahl in: Schlegel/Voelzke jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2019, § 109 Rn. 194). An diesen Voraussetzungen fehlt es in dem vorliegenden Fall. Die Klägerin zahlte nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld. Da es zu diesem Zeitpunkt keine gefestigte Rechtsprechung zu der Auslegung des Begriffs der "geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung" gab, könnte man zu dem von der Beklagten gewünschten Ergebnis nur gelangen, wenn es zwischen den Beteiligten eine ständige Praxis oder Vereinbarung dahingehend gab, wie der OPS-Code auszulegen war. Dies war nicht der Fall. 37

Es liegt durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch keine echte Rückwirkung vor. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung die Voraussetzungen für die 38

Dokumentationspflicht der wöchentlichen Teambesprechung des OPS-Kodes 8-550 definiert und festgelegt. Dass die Klägerin diese höchstrichterliche Auslegung des Begriffs auch auf die 2013 erfolgte Behandlung des Versicherten übertragen hat, verstößt nicht gegen das sich aus dem Grundgesetz ergebende Verbot echter Rückwirkung (vgl. zu den Voraussetzungen der echten Rückwirkung: Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 22.03.1983, Az.: 2 BvR 475/78, Rn. 42 f; BVerfG, Beschluss vom 14.05.1986, Az.: 2 BvL 2/83, Rn. 85 f., jeweils zit. nach juris). Denn im vorliegenden Fall geht es nicht um eine durch die Legislative festgelegte Rückbewirkung von Rechtsfolgen. Vielmehr werden hier die Voraussetzungen des OPS-Kodes ausgelegt. Für diese - naturgemäß immer in der Vergangenheit liegende Sachverhalte betreffende - Aufgabe der Rechtsprechung kann das Verbot der echten Rückwirkung nicht gelten (Landessozialgericht NRW (LSG NRW), Urteil vom 22.02.2018, Az.: L 5 KR 537/17, Rn. 24, zit. nach juris).

Der geltend gemachte Anspruch ist auch weder verjährt noch verwirkt. Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist auch für das Sozialversicherungsrecht anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 27.07.2011, Az.: B 12 R 16/09 R, Rn. 36 m.w.N., zit nach juris). Ein solcher Umstand liegt gerade nicht vor. Soweit die Klägerin vor der ergangenen Rechtsprechung ausschließlich die fehlende Dokumentation des Behandlungsleiters bezweifelte, lässt sich hieraus keine Vertrauensgrundlage ableiten. Ohne unzulässige Rückwirkung zählt das Risiko einer Auslegung von Abrechnungsvorschriften entgegen der eigenen Rechtsauffassung zu den allgemeinen Lebensrisiken (vgl. LSG NRW, Urteil vom 20.09.2018, Az.: L 5 KR 154/18, Rn. 40, zit. nach juris). Zudem heißt es in der Dienstanweisung der Beklagten: "Der Arzt dokumentiert das Ergebnis der Besprechung – überprüft und gibt die Berichte hinsichtlich Befund und Therapieziel der einzelnen Bereiche wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Sozialdienst, Logopädie, Psychiater/Psychologe und Pflegedienst frei.". Die Beklagte ging selbst von einer verpflichtenden wöchentlichen Teilnahme aller dort genannten Berufsgruppen unter einer Behandlungsleitung aus. Nur wenn alle Berufsgruppen teilnehmen, kann auch der Bericht der einzelnen Gruppen freigegeben werden. Wenn die Beklagte von diesen Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kodes ausgeht, ist nicht verständlich, wie das Stützen der Klägerin auf das Einhalten dieser Voraussetzungen rechtsmissbräuchlich sein soll.

39

Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass bei der Verneinung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nur die DRG B63Z zum Tragen kommt mit der Folge, dass 4.462,12 EUR zu viel geleistet wurden.

40

Der Zinsanspruch folgt aus der entsprechenden Anwendung des § 15 Abs. 1 S. 3 Sicherstellungsvertrag NRW (vgl. BSG, Urteil vom 12.07.2012, Az.: B 3 KR 18/11 R, Rn. 31, zit. nach juris). Daher hat die Klägerin einen Anspruch auf Zinsen in Höhe von 2

41

Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1
Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 42

Die Berufung ist gemäß § 144 Abs. 1 SGG zulässig. Der Berufungsstreitwert von 750,00 EUR 43
wird vorliegend bei der streitgegenständlichen Klageforderung in Höhe von 4.462,12 EUR
erreicht.

In dem Klageverfahren gehören weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG 44
genannten Personen. Damit werden Kosten nach den Vorschriften des
Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben (§ 197 a Abs. 1 S. 1 SGG). Der Streitwert im Sinne
des § 63 Abs. 2 GKG ist nach der sich aus dem Antrag der Klägerin für sie ergebenden
Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen (§ 52 Abs. 1 GKG). Die Klage war auf
Zahlung von 4.462,12 EUR gerichtet. Dieser Betrag ist gemäß §§ 52 Abs. 3, 43 Abs. 1 GKG
als Streitwert festzusetzen.