

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 5/25 R**

LSG Hamburg 30.01.2025 - L 1 KR 73/23 KH D

SG Hamburg 22.05.2023 - S 45 KR 1935/21

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. März 2026 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E s t e l m a n n , den Richter Dr. S c h o l z und die Richterin Dr. M a t t h ä u s sowie die ehrenamtliche Richterin B r ü c k n e r und den ehrenamtlichen Richter G r o s k r e u t z für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 30. Januar 2025 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2379,87 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die weitere Vergütung einer stationären Behandlung unter Kodierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung.
- 2 Die Klägerin betreibt ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde vom 6. bis 26.7.2018 eine 1933 geborene Versicherte der beklagten Krankenkasse (KK) behandelt. Nach Behandlung in der Unfallchirurgie erfolgte am 9.7.2018 die Verlegung der Versicherten in die Abteilung für Geriatrie. Für die Behandlung forderte die Klägerin von der Beklagten mit Rechnung vom 27.7.2018 insgesamt 6726,90 Euro nach der Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) I41Z inklusive Zusatzentgelt (ZE) 162. Hierzu kodierte sie ua OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 8-550.1 (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*). Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung und beglich den Rechnungsbetrag. Der MDK zeigte der Klägerin seine Beauftragung am 3.8.2018 an. Er kam nach Prüfung der Abrechnung zu dem Ergebnis, dass der Kodierung von OPS 8-550.1 das Fehlen des dort geforderten teamintegrierten Einsatzes von mindestens zwei Therapiebereichen in der letzten Woche der Behandlung entgegenstehe. Die Beklagte machte gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch in Höhe von 2379,87 Euro geltend. Es sei DRG I69A abzurechnen, weil OPS 8-550.0 anstelle von OPS 8-550.1 zu kodieren sei. Diesen Betrag rechnete die Beklagte mit einer anderen unstreitigen Vergütungsforderung der Klägerin auf.
- 3 Das SG hat die Beklagte zur Zahlung des streitigen Betrages verurteilt (*Urteil vom 22.5.2023*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Mindestvoraussetzungen von OPS 8-550 erforderten nicht, dass in jeder Behandlungswoche mindestens zwei Therapiebereiche eingesetzt werden. Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom 2.12.2020 (KDE-372), veröffentlicht am 16.12.2020, stehe der Berücksichtigung der durchgeführten Kryotherapie als Therapieeinheit iS des OPS 8-550.x nicht entgegen. Mit weiteren Einwänden gegen die Kodierbarkeit von OPS 8-550.1 sei die Beklagte ausgeschlossen, weil sie ihre abschließende Entscheidung nach Ablauf der Ausschlussfrist des § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV) 2016 nicht auf andere als die mitgeteilten Gründe stützen dürfe (*Urteil vom 30.1.2025*).
- 4 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von § 39 Abs 1, § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1, § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 1 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2018 sowie Anlage 1 zur FPV 2018 iVm OPS 8-550.1. Die Systematik der OPS-Komplexbehandlungen, die Notwendigkeit kontinuierlicher Rehabilitation, die wöchentliche Teambesprechung und die Qualitätsansprüche würden verlangen, dass mindestens zwei Therapiebereiche pro Woche

eingesetzt werden. Die durchgeführten Kryotherapien seien als passive Maßnahme nach KDE-372 pauschal um 50 % zu kürzen. Schließlich sei die Beklagte mit dem Einwand der fehlenden Indikation für die Kryotherapie nicht präkludiert.

- 5 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 30. Januar 2025 sowie des Sozialgerichts Hamburg vom 22. Mai 2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung des LSG für zutreffend.

II

- 8 Die Revision der Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des LSG-Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).
- 9 Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr*; vgl zB BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - BSGE 133, 24 = SozR 4-2500 § 2 Nr 17 RdNr 7).
- 10 Der Senat kann aber auf Grundlage der bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) nicht abschließend entscheiden, ob die Beklagte den der Klägerin vom SG zuerkannten - bis auf die Frage seiner Erfüllung unstreitigen - Vergütungsanspruch mit einem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Gegenanspruch durch Aufrechnung erfüllt hat (vgl zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN; *stRspr*; vgl zur Aufrechnung BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 9/16 R - SozR 4-5562 § 11 Nr 2 RdNr 8 ff; BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 7/16 R - SozR 4-7610 § 366 Nr 1 RdNr 9). Es steht nicht fest, dass der Beklagten aus dem hier in der Sache umstrittenen Behandlungsfall der Versicherten ein Erstattungsanspruch gegen die Klägerin zusteht.
- 11 Das LSG hat diesen Erstattungsanspruch und deshalb auch eine Erfüllung der streitgegenständlichen Hauptforderung im Wege der Aufrechnung verneint. Es ist davon ausgegangen, dass eine Kodierung von OPS 8-550.1 nicht aus dem in der gutachterlichen Stellungnahme des MDK und in der Mitteilung der abschließenden Entscheidung genannten Grund ausgeschlossen ist. Die Beklagte sei aber mit weiteren Einwänden gegen die Kodierung von OPS 8-550.1 präkludiert. Dies hält einer revisionsgerichtlichen Prüfung nur teilweise stand. Keinen revisionsgerichtlichen

Bedenken begegnet die Auffassung des LSG, dass der Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte dem Grunde nach entstanden ist (*dazu 1.*). Dem LSG ist auch darin zu folgen, dass das in OPS 8-550 genannte Mindestmerkmal des teamintegrierten Einsatzes von mindestens zwei Therapiebereichen nicht in jeder Behandlungswoche erfüllt werden muss und eine durchgeführte Kryotherapieeinheit grundsätzlich mit ihrer tatsächlichen Dauer berücksichtigungsfähig ist (*dazu 2.*). Weitere Voraussetzungen für die Kodierung dieses OPS waren der gerichtlichen Prüfung entgegen der Auffassung des LSG nicht entzogen (*dazu 3.*). Insbesondere kann die Beklagte geltend machen, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung unwirtschaftlich war und deshalb nicht hätte kodiert werden dürfen (*dazu 4.*). Hiernach sind weitere Feststellungen geboten, die das LSG ausgehend von seiner Rechtsauffassung folgerichtig nicht getroffen hat (*dazu 5.*).

12 1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 17b KHG und § 7 KHEntgG, der hier durch § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 bis 3 KHEntgG iVm FPV 2018 konkretisiert wird (*vgl BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 10 mwN*). Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - abgesehen von einem Notfall - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (*stRspr; vgl BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN*). Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG), das auf Feststellungen des SG verwiesen hat, waren diese Grundvoraussetzungen insoweit vorliegend erfüllt, als die Versicherte in dem durchgeführten zeitlichen Umfang behandlungsbedürftig war. Dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen lässt sich auch noch entnehmen, dass die Versorgung der Versicherten mit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als Versorgungsform zweckmäßig und notwendig war. Feststellungen dazu, dass die tatsächlich durchgeführte Versorgung nach ihrer konkret-individuellen Ausgestaltung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich war, fehlen jedoch (*näher dazu 5.*).

13 2. Die Klägerin hat ihren dem Grunde nach entstandenen Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten im Juli 2018 auf DRG I41Z gestützt. Sie darf diese über den Algorithmus des Groupers angesteuerte Fallpauschale (*dazu a*) abrechnen, wenn sie OPS 8-550.1 zu Recht kodiert hat. Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Kodierung dieses OPS keinen teamintegrierten Einsatz von zwei Behandlungsbereichen in jeder Behandlungswoche erfordert (*dazu b*). Aus OPS 8-550 ergibt sich auch keine Notwendigkeit, die weitere Behandlung auf jedes einzelne vom Behandlungsteam in der wöchentlichen Teambesprechung formulierte Behandlungsziel auszurichten (*dazu c*). Zudem ist die Kryotherapie mit ihrer tatsächlichen Behandlungsdauer zu berücksichtigen (*dazu d*).

- 14 a) Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (*vgl § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2018; vgl für die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 13 und 17 mwN*). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mitvereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Dazu gehören die Fallpau-schalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene vereinbarten Deutschen Kodier-richtlinien (DKR - hier Version 2018) für das DRG-System gemäß § 17b KHG, aber auch der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information - jetzt Bundesinstitut für Arz-neimittel und Medizinprodukte - im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jährlich her-ausgegebene OPS (*vgl BSG vom 22.6.2022 - B 1 KR 31/21 R - BSGE 134, 193 = SozR 4-5560 § 19 Nr 1, RdNr 11*).
- 15 b) OPS 8-550 (Version 2018) setzt als Mindestmerkmal unter dem sechsten Aufzählungspunkt (nachfolgend: sechstes Mindestmerkmal) voraus: "Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logo-pädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie". Welche Subkategorie des OPS 8-550 zu kodieren ist, bestimmt sich nach der Anzahl der Behandlungstage und der Anzahl der Therapieeinheiten. Der von der Klägerin kodierte OPS 8-550.1 erfordert, dass eine mit den Min-destmerkmalen beschriebene geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in einem Zeit-raum von mindestens 14 Behandlungstagen mit mindestens 20 Therapieeinheiten von durch-schnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie, durchgeführt worden ist. Ent-gegen der Auffassung der Beklagten muss der teamintegrierte Einsatz von mindestens zwei The-rapiebereichen nicht in jeder Behandlungswoche, also innerhalb von jeweils sieben Tagen, erfüllt sein. Es ist ausreichend, wenn der teamintegrierte Einsatz von mindestens zwei Therapieberei-chen über die gesamte Behandlungsdauer erreicht wird.
- 16 aa) Abrechnungsbestimmungen - wie hier der OPS - sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (*stRspr; vgl zB BSG vom 20.3.2024 - B 1 KR 41/22 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 26 RdNr 12 mwN*). 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 verein-barten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (*stRspr; vgl BSG vom 24.9.2003 - B 8 KN 3/02 KR R - SozR 4-5565 § 14 Nr 5 RdNr 26; BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 20.1.2021 - B 1 KR 31/20 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 84 RdNr 21; BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 11/21 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 21 RdNr 16 zur Nichtberücksichtigung*

entstehungsgeschichtlicher Umstände; A. Daum in jurisPK-SGB V, 5. Aufl § 109 RdNr 275, Stand 13.10.2025 mwN).

- 17 bb) Aus dem Wortlaut des OPS 8-550 ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass das Mindestmerkmal des teamintegrierten Einsatzes von zwei Therapiebereichen in jeder Behandlungswoche erfüllt sein muss. Dieser OPS enthält keine generelle Staffelung nach Zeitabschnitten, innerhalb derer jeweils sämtliche Mindestmerkmale erfüllt sein müssen. Lediglich zwei Mindestmerkmale sind zeitraumbezogen definiert (*dazu sogleich RdNr 18 f*). Dem sechsten Mindestmerkmal sind Zeitabschnitte der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung fremd, innerhalb deren der teamintegrierte Einsatz jeweils stattfinden muss. Solche Zeitabschnitte ergeben sich auch nicht in einer Zusammenschau mit den nach der Behandlungsdauer differenzierenden Subkategorien 8-550.0 bis 8-550.2. Die Subkategorien stellen nicht auf eine Behandlungswoche ab, sondern allein auf eine nach Tagen gestaffelte Mindestdauer und eine Mindestanzahl an Therapieeinheiten, ohne im Sinne einer Wochenstruktur aufeinander aufzubauen. Daraus ist nur der Schluss zu ziehen, dass der teamintegrierte Einsatz von mindestens zwei Therapiebereichen innerhalb des Gesamtrahmens der kodierten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erfolgt sein muss.
- 18 cc) Auch unter Heranziehung binnensystematischer Überlegungen ist die Annahme nicht begründbar, dass alle Mindestmerkmale jeweils innerhalb einer Behandlungswoche vollständig erfüllt sein müssen. Lediglich zwei Mindestmerkmale enthalten Vorgaben, wann die jeweiligen Leistungen erfolgen müssen. Das standardisierte geriatrische Assessment (zweiter Aufzählungspunkt = zweites Mindestmerkmal) muss zu Beginn der Behandlung und zum Ende der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung durchgeführt werden. Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele (vierter Aufzählungspunkt = viertes Mindestmerkmal) haben wöchentlich zu erfolgen. Eine generelle Wochenstruktur der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung lässt sich daraus nicht ableiten, sondern die Verwendung von "wöchentlich" im vierten Mindestmerkmal spricht für das Gegenteil. Denn wenn sämtliche Mindestmerkmale, soweit nicht abweichend geregelt, in jeder Woche erfüllt sein müssten, hätte es der singulären ausdrücklichen Anordnung, die Teambesprechung wöchentlich durchzuführen, nicht bedurft.
- 19 Den Subkategorien ist ein von der Behandlungswoche ausgehendes Zeitverständnis fremd. Sie stellen stattdessen das Erfordernis auf, dass an einer bestimmten Anzahl von Behandlungstagen eine Mindestanzahl von Therapieeinheiten zu erfolgen hat. Entgegen der Auffassung der Beklagten folgt aus dem Nebeneinander der Subkategorien auch nicht, dass die Mindestmerkmale wochenweise zu erfüllen wären. Die Subkategorien definieren jeweils eigenständige Gesamtzeiträume von mindestens sieben, mindestens 14 und mindestens 21 Behandlungstagen. Sie bauen nicht im Sinne einer additiven Wochenstruktur aufeinander auf. Der Zeitraum der niedrigeren

Subkategorie wird durch die höhere nicht "konsumiert", sondern durch einen eigenständig bestimmten Gesamtzeitraum ersetzt.

- 20 dd) Für die Auslegung unerheblich ist, ob mit dem ggf nur einmaligen Einsatz eines Therapiebereichs der besonderen Bedeutung eines multiprofessionellen Teams für den umfassenden geriatrischen Behandlungsansatz hinreichend Rechnung getragen und damit eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) entsprechende ausreichende Behandlung der multiplen Funktionseinschränkungen geriatrischer Patienten sichergestellt ist (*näher dazu unter 4. und 5.*). Unabhängig davon, dass der OPS als Bestandteil des Preisrechts (*vgl BSG vom 29.10.2025 - B 1 KR 2/25 B - juris RdNr 33; zur rechtlichen Einordnung des OPS eingehend Estelmann in "Die Zukunft des Rechts- und Sozialstaats", Festschrift für Rainer Schlegel, 2024, S 401 ff*) die sich aus dem SGB V ergebenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserwägungen nicht abzubilden hat, handelt es sich dabei um Überlegungen zu Sinn und Zweck der Regelung. Diese haben bei der Auslegung des OPS als Frage der angemessenen Bewertung der abgebildeten Leistung aber außer Betracht zu bleiben.
- 21 ee) Es kommt für die Erfüllung des sechsten Mindestmerkmals daher nicht darauf an, ob die Ergotherapie während der stationären Behandlung der Versicherten nur an einzelnen Tagen des Aufenthaltes zum Einsatz gekommen ist. Ausreichend ist, dass nach den bindenden Feststellungen des LSG am 10. und am 19.7.2018 Einsätze des Bereichs Ergotherapie erfolgten.
- 22 c) Den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 ist auch nicht zu entnehmen, dass auf die wochenbezogene Dokumentation eines ergotherapeutischen Behandlungsziels (viertes Mindestmerkmal) in der Folgezeit eine auf die Erreichung dieses Ziels ausgerichtete Behandlungsmaßnahme erfolgen muss. Davon geht die Beklagte aber aus, wenn sie der Kodierung von OPS 8-550.1 entgegenhält, dass nach Dokumentation ergotherapeutischer Behandlungsziele in der wöchentlichen Teambesprechung keine ergotherapeutische Behandlung erfolgte.
- 23 d) Eine über 30 Minuten durchgeführte Kryotherapiebehandlung ist nach OPS 8-550.x als Therapieeinheit von durchschnittlich 30 Minuten Dauer berücksichtigungsfähig. Die Anwendung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom 2.12.2020 zu OPS 8-983 zum zeitlichen Umfang der Berücksichtigung von Kryotherapie im Wege einer systematischen Auslegung des OPS 8-550 scheidet aus (*dazu aa*). Eine nur anteilige Berücksichtigung der tatsächlichen Behandlungszeit ergibt sich weder aus dem Wortlaut des OPS 8-550 (2018) noch im Wege einer systematischen Auslegung des OPS 2018 (*dazu bb*).
- 24 aa) Die von der Beklagten genannte Entscheidung des Schlichtungsausschusses KDE-372 vom 2.12.2020 zur OPS 8-983 gilt nach § 19 Abs 6 KHG als Kodierregel, die bei systematischer Auslegung eines anderen OPS zu berücksichtigen sein kann (*zu den Auslegungsregeln für OPS siehe RdNr 16*). Nach dieser Entscheidung sind Leistungen der in OPS 8-983 genannten Therapiebereiche, die keine durchgehende Anwesenheit eines Vertreters des Therapiebereiches

erfordern, pauschal nur in hälftigem Zeitumfang (zB 15 Minuten für eine Therapieeinheit von 30 Minuten) anzurechnen. Dies soll nach Auffassung der Beklagten auch für die Therapieeinheiten der physikalischen Therapie nach OPS 8-550 gelten. Die von der Klägerin zur Kodierung von OPS 8-550.1 herangezogenen Kryotherapieeinheiten mit einem dokumentierten zeitlichen Umfang von jeweils 30 Minuten seien nur in einem zeitlichen Umfang von 15 Minuten berücksichtigungsfähig, sodass die von OPS 8-550.1 geforderte Mindestzahl von 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten nicht erreicht werde.

- 25 Der Senat hat zur zeitlichen Geltung von Entscheidungen des mit Wirkung zum 1.1.2020 geschaffenen Schlichtungsausschusses (§ 19 Abs 4 Satz 3 KHG) bereits entschieden, dass diese nicht für Krankenhausrechnungen gelten, bei denen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung die Prüfung durch den MDK (ab 1.1.2020 durch den Medizinischen Dienst) abgeschlossen war, auch wenn die Krankenhausrechnungen danach streitig blieben und Gegenstand eines anhängigen Rechtsstreits sind (*BSG vom 22.6.2022 - B 1 KR 31/21 R - BSGE 134, 193 = SozR 4-5560 § 19 Nr 1, RdNr 22 ff*). So liegt der Fall hier. Die Prüfung der Abrechnung der Klägerin war mit der gutachtlichen Stellungnahme des MDK und der abschließenden Mitteilung im Februar 2019 und damit vor dem Datum der Entscheidung des Schlichtungsausschusses abgeschlossen. Zur Beantwortung der Frage, ob die Kryotherapie nur mit der Hälfte der Gesamtbehandlungsdauer anzurechnen ist, kann im Wege der systematischen Auslegung die Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom 2.12.2020 nicht einbezogen werden.
- 26 bb) Eine nur anteilmäßige Berücksichtigung der Therapiezeit für Maßnahmen, die nicht die ständige Anwesenheit des Therapeuten erfordern, ergibt sich nicht im Wege der Auslegung des OPS 8-550 (2018). Der dort verwendete Begriff der "Therapieeinheit" umfasst nach seinem Wortlaut die Dauer der Anwendung des therapeutischen Mittels, unabhängig von der Notwendigkeit der Anwesenheit des Therapeuten.
- 27 Das ergibt sich bereits aus dem Wortlaut von OPS 8-550. Dieser benennt als Therapiebereich unter anderem den Bereich "Physiotherapie/Physikalische Therapie" und unterscheidet nicht, ob eher aktive oder eher passive Maßnahmen zur Anwendung gelangen und ob die ununterbrochene Anwesenheit oder Zuwendung des Therapeuten erforderlich ist. Das entspricht dem medizinischen Begriffsverständnis, nach dem "Physiotherapie" eine "Sammelbezeichnung für spezifische Techniken passiver oder aktiver Bewegung sowie Maßnahmen der physikalischen Therapie zur Prävention, Therapie und Rehabilitation" ist (*vgl Pschyrembel Online, <https://www.pschyrembel.de/Physiotherapie/K0GXW/doc/>*).
- 28 Ein anderes, normativ determiniertes Begriffsverständnis ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten zitierten Heilmittelkatalog als Zweiter Teil der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)". Physiotherapie im Sinne der Richtlinie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie, die sowohl die aktive

selbständig ausgeführte, die assistive, therapeutisch unterstützte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie nutzt (§ 17 Abs 1 Satz 1 und 2 HeilM-RL). Soweit dieser für den vertragsärztlichen Bereich erlassenen Richtlinie überhaupt ein normativ determiniertes Begriffsverständnis für die Kodierung von Krankenhausbehandlungen entnommen werden kann, stützt es das von der Beklagten vertretene Erfordernis einer ununterbrochenen Anwesenheit oder Zuwendung des Therapeuten nicht.

29 Dies wird durch eine systematische Auslegung bestätigt. OPS 8-975.3 (*Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung*) ist zu kodieren, wenn die Behandlung unter Anwendung mehrerer spezifischer Therapieverfahren mit insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten jeweils von mindestens 30 Minuten ua aus den Bereichen "Anwendungen und Bäder" oder "Massagen, Einreibungen und Wickel" erfolgt. Als Therapieeinheiten sind hier ausdrücklich auch Maßnahmen wie Bäder oder Wickel genannt, die keine durchgehende Anwesenheit eines Therapeuten erfordern. Dies bestätigt, dass die Zeit einer Therapieeinheit nach der Dauer der Anwendung des therapeutischen Mittels und nicht nach der Dauer der Anwesenheit des Therapeuten bemessen ist. Auch weitere im OPS 2018 enthaltene Codes, in denen der Begriff der Therapieeinheit verwendet wird, führen zu keinem anderen Ergebnis. OPS 8-553 (*Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren*), 8-559 (*Fachübergreifende und andere Frührehabilitation*), 8-561 (*Funktionsorientierte physikalische Therapie*) und 8-563 (*Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung*) verwenden ebenfalls den Begriff der Therapieeinheit, verbunden mit einer Dauer von 30 Minuten, ohne Vorgaben zur Anwesenheit des Therapeuten zu enthalten. Dieses Auslegungsergebnis entspricht der Entscheidung des Senats, dass auch die simultane Behandlung eines Patienten durch zwei Therapeuten als Therapieeinheit nicht doppelt zu berücksichtigen ist, weil OPS 8-550 - anders als OPS 8-552 - eine Aufsummierung der Mitarbeiterminuten bei simultanem Einsatz nicht vorsieht (*BSG vom 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr 3, RdNr 36*).

30 3. Die Beklagte war nach Mitteilung der abschließenden Entscheidung iS des § 8 Satz 1 PrüfvV 2016 nicht mit einer weiteren Begründung dieser Entscheidung und damit ihres Erstattungsanspruchs ausgeschlossen.

31 Die KK kann im nachfolgenden gerichtlichen Verfahren den geltend gemachten Erstattungsanspruch damit begründen, auch andere, den weiterhin aufrechterhaltenen Prüfgegenstand betreffende, mit der abschließenden Entscheidung nicht beanstandete Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs seien nicht erfüllt. Denn die KK ist allein an den Inhalt der Mitteilung nach § 8 Abs 1 PrüfvV 2016, insbesondere an die mitgeteilte abschließende Entscheidung gebunden (*dazu a*). Dagegen sind die von der KK nach § 8 Satz 2 PrüfvV 2016 mitzuteilenden wesentlichen Gründe für die abschließende Entscheidung nicht verbindlich und bewirken keine Präklusion der KK, ihre abschließende Entscheidung im Gerichtsverfahren mit einer anderen Begründung zu

stützen (*dazu b*). Die auch für die Darlegung der wesentlichen Gründe geltende Frist des § 8 Satz 3 PrüfV 2016 schließt es lediglich aus, nach Ablauf der Frist erstmals wesentliche Gründe mitzuteilen und damit den Erfordernissen einer abschließenden Entscheidung (§ 8 Satz 1 und Satz 2 PrüfV 2016) überhaupt zu genügen (*zu den Folgen einer verspäteten Mitteilung siehe BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 8/24 R - juris RdNr 18 ff mwN*).

- 32 a) Der Senat hat bereits entschieden, dass die von der KK mitgeteilte abschließende Entscheidung im Interesse der Rechtssicherheit eine verbindliche Feststellung enthält, welche der dem Krankenhaus mitgeteilten Prüfgegenstände (§ 4 Satz 2, § 6 Abs 3 Satz 3, 4 und 6 PrüfV 2016) nur noch Gegenstand einer gerichtlichen Überprüfung sein können und die KK im Übrigen mit Einwendungen in Bezug auf angezeigte, aber nicht beanstandete Prüfgegenstände ausgeschlossen ist. Auf andere als die mitgeteilten und durch die wesentlichen Gründe nach § 8 Satz 2 PrüfV 2016 ggf näher spezifizierten Beanstandungen der durch Anzeige gegenüber dem Krankenhaus in das Prüfverfahren einbezogenen Prüfgegenstände (§ 6 Abs 3 Satz 1 bis 4, 6 PrüfV 2016) kann sie sich in der Folge nicht mehr berufen (*BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 40/24 R - juris RdNr 13 ff, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).
- 33 Bei einer - wie hier durchgeführten - Kodierprüfung stellt die abschließende Entscheidung zum einen klar, welche Fallpauschale bzw welches ZE für den Behandlungsfall für zutreffend gehalten wird und inwiefern Zu- und Abschläge sowie weitere Entgelte anzusetzen sind. Zum anderen ist auch Gegenstand der abschließenden Entscheidung, welche vergütungsrelevanten OPS oder Diagnosen beanstandet werden (*Klarstellung zu BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 33/23 R - BSGE 138, 272, RdNr 30, auch zur Veröffentlichung in SozR 4-5560 § 17c Nr 15 vorgesehen*). Damit wird zwischen den Beteiligten Rechtssicherheit darüber herbeigeführt, welche der angezeigten Teile des Prüfgegenstandes Kodierprüfung von der KK nach der Prüfung beanstandet und der Vergütungsforderung entgegengehalten werden (*vgl BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 40/24 R - juris RdNr 20, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).
- 34 b) Die Verbindlichkeit der abschließenden Entscheidung erstreckt sich nicht auf die mitzuteilenden wesentlichen Gründe dieser Entscheidung nach § 8 Satz 2 PrüfV. Dies folgt aus einer Auslegung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfV nach den allgemeinen, für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (*vgl zu diesem Auslegungsmaßstab BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 34/20 R - BSGE 132, 152 = SozR 4-2500 § 301 Nr 10, RdNr 21; BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr 33, RdNr 20*).
- 35 Der Wortlaut von § 8 Satz 2 PrüfV (*dazu bb*) und binnensystematische Erwägungen (*dazu aa*) stehen einer Verbindlichkeit der wesentlichen Gründe entgegen.
- 36 aa) Die das Prüfverfahren beendende abschließende Entscheidung nach § 8 Abs 1 PrüfV 2016 erfordert neben der Bezifferung des Erstattungsanspruchs (*vgl BSG vom 28.8.2024 - B 1 KR 33/23 R - BSGE 138, 272 = zur Veröffentlichung in SozR 4-5560 § 17c Nr 15 vorgesehen*,

RdNr 24 ff) nach § 8 Satz 2 PrüfV auch, dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen, wenn die Leistung nicht in vollem Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war. Die in § 8 Satz 2 PrüfV geforderte Darlegung der wesentlichen Gründe bezieht sich auf den Inhalt der Entscheidung "zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung" nach § 8 Satz 1 PrüfV 2016. Deren Verbindlichkeit hat der Senat wesentlich auf den Wortlaut der Norm gestützt, weil bereits die Bezeichnung als "abschließende Entscheidung" impliziert, dass nach Durchführung der Prüfung feststehen soll, inwieweit die KK den Vergütungsanspruch des Krankenhauses unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 Abs 1 SGB V) und der preisrechtlichen Regelungen anerkennt (*BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 40/24 R - juris RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*). Die wesentlichen Gründe sind aber schon systematisch von der abschließenden Entscheidung nebst Bezifferung abgesetzt und in einem eigenen Satz geregelt. § 8 Satz 2 PrüfV 2016 enthält keine auf einen der abschließenden Entscheidung vergleichbaren Schlusspunkt der Prüfungen hinweisende Formulierung. Die Trennung von abschließender Entscheidung und wesentlichen Gründen in zwei Sätze steht einer Erstreckung der aus dem Wort "abschließend" abgeleiteten Verbindlichkeit auf die im zweiten Satz genannten wesentlichen Gründe entgegen.

37 bb) Im Übrigen sind nach § 8 Satz 2 PrüfV 2016 nur die "wesentlichen Gründe" darzulegen. Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass die KK nicht alle denkbaren Gründe zu benennen hat, welche die getroffene abschließende Entscheidung tragen würden, sondern eine Begründung ausreicht, die geeignet ist, das mitgeteilte Ergebnis der Prüfung zu tragen. Das entspricht der Systematik des durch die PrüfV ausgestalteten Prüfverfahrens, das auf eher grob umrissene Prüfgegenstände - etwa die primäre oder sekundäre Fehlbelegung oder die Kodierprüfung, vgl § 4 Satz 2 PrüfV - ausgerichtet ist und eine detaillierte Benennung einzelner zu prüfender Merkmale oder Voraussetzungen eines OPS, einer Diagnose oder eines ZE nicht verlangt. Als Darlegung der in § 8 Satz 2 PrüfV geforderten wesentlichen Gründe genügt es daher bei einer Kodierprüfung wie hier, in groben Zügen zu umreißen, aus welchen Gründen die KK die Kodierung als nicht korrekt erachtet. Die Korrektur der Abrechnung ergibt sich nicht nur daraus, dass die Voraussetzungen des OPS für die Kodierung nicht erfüllt sind. Eine Korrektur der Abrechnung kann auch auf andere rechtliche Gründe gestützt werden (*näher dazu 4.*).

38 4. Die von der Beklagten aufgeworfenen Fragen nach der Notwendigkeit kontinuierlicher Rehabilitation, nach der Qualität der Komplexbehandlung und nach der Indikation für einzelne Therapieeinheiten betreffen nicht die Auslegung der Mindestmerkmale des OPS. Mit diesen Fragen ist vielmehr die Wirtschaftlichkeit der kodierten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung angesprochen. Auch hierauf gestützte Einwendungen der Beklagten sind im Gerichtsverfahren nicht ausgeschlossen.

39 Mit Inkrafttreten des § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V zum 1.1.2016 wurde für das Prüfverfahren die Dichotomie von Wirtschaftlichkeitsprüfung und sachlich-rechnerischer Prüfung beseitigt (*vgl BSG vom 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - BSGE 133, 126 = SozR 4-2500 § 275 Nr 36, RdNr 13 ff*).

Dies hatte einerseits zur Folge, dass das Prüfverfahren iS des § 275 Abs 1c SGB V allumfassend wurde. Andererseits kommt es unter Geltung der PrüfvV 2014 und erst recht unter Geltung der PrüfvV 2016 auch nicht mehr auf diese Unterscheidung an. Die Prüfgegenstände orientieren sich nicht an einer Grundaufteilung in Wirtschaftlichkeit und sachlich-rechnerische Richtigkeit, sondern nach dem hier maßgeblichen § 4 PrüfvV 2016 insbesondere an primärer Fehlbelegung, sekundärer Fehlbelegung, Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n) und an Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB, etc), ohne dass diese Aufzählung abschließend ist. Die ausdrücklich benannten Prüfgegenstände weisen zwar zum Teil eine inhaltliche Zuordnung zur Wirtschaftlichkeit auf. Dies gilt gewiss für die ersten beiden Prüfgegenstände. Nicht hingegen gilt dies ausnahmslos für den vierten ausdrücklich in § 4 PrüfvV 2016 benannten Prüfgegenstand. So kann eine "bestimmte Maßnahme" unwirtschaftlich sein, sie kann aber auch aus sonstigen Rechtsgründen einem Versorgungsanspruch der Versicherten entgegenstehen, etwa gegen das jeweils maßgebliche Qualitätsgebot verstoßen. Nichts anderes gilt für die Kodierprüfung. Sie wird zwar regelmäßig mit der Frage verbunden, ob eine bestimmte Prozedur überhaupt nicht oder nicht entsprechend den im OPS geregelten preisrechtlichen Voraussetzungen erbracht wurde. Dies ist aber nicht abschließend zu verstehen. Die Kodierung eines OPS kann im konkret-individuellen Fall nicht nur gegen preisrechtliche Vorgaben verstoßen, sondern trotz Erfüllung dieser Vorgaben auch gegen sonstige Rechtsvorschriften. Diese können solche des SGB V oder auch solche der allgemeinen Rechtsordnung sein (*vgl dazu etwa Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern nach §§ 8 ff und § 19 des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben <Transplantationsgesetz - TPG>*).

40

Im SGB V führt insbesondere ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) zur fehlenden Kodierfähigkeit einer tatsächlich erbrachten Leistung. Dabei liegt Unwirtschaftlichkeit nicht nur bei einer zu viel, weil überflüssig erbrachten Leistung vor, sondern auch dann, wenn die Leistung in Gestalt einer durch den OPS definierten Behandlung in ihrer patientenbezogenen konkreten Ausgestaltung wegen ungenügenden Mitteleinsatzes nicht geeignet war, das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Denn das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 SGB V verlangt, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (*Satz 1*). Ausreichend und zweckmäßig in diesem Sinne sind nur diejenigen Leistungen, die ausgehend von ihrem jeweiligen Zweck nach Umfang und Qualität hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bieten (*vgl ua BSG vom 28.6.1983 - 8 RK 22/81 - BSGE 55, 188 = SozR 2200 § 257a Nr 10, juris RdNr 29, 31; Roters in BeckOGK, § 12 SGB V RdNr 26, Stand 1.12.2018; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 12 RdNr 18, Stand Januar 2000; Heinz in jurisPK-SGB V, 5. Aufl, § 12 RdNr 48, Stand 1.4.2025*). Eine Leistung ist zweckmäßig, wenn sie auf eines der in § 11 Abs 1, Abs 2, § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V genannten Ziele objektiv ausgerichtet ist und auch hinreichend wirksam ist, um diese Ziele zu erreichen (*vgl BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 5/21 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 34 RdNr 23 mwN; zur Deckungsgleichheit der Begriffe der Geeignetheit und der Zweckmäßigkeit vgl Heinz, aaO,*

RdNr 53). Eine Behandlung, die zur Erreichung der mit ihr verfolgten Behandlungsziele aufgrund ihrer konkreten Ausgestaltung oder Frequenz nicht geeignet ist, ist nicht ausreichend, damit unwirtschaftlich iS des § 12 Abs 1 SGB V und aus diesem Grund nicht zu kodieren.

- 41 Das Fortbestehen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit über den gesamten Zeitraum des stationären Aufenthalts (sekundäre Fehlbelegung) war hier nicht Prüfgegenstand. Hingegen ist nach dem aufgezeigten Prüfungsmaßstab die Wirtschaftlichkeit der einzelnen während des stationären Aufenthalts durchgeführten Behandlungen, die dem OPS 8-550.1 zuzurechnen sind, der hier nach der abschließenden Entscheidung der Beklagten weiterhin zur gerichtlichen Überprüfung gestellt wurde, eine Voraussetzung für deren Kodierbarkeit und damit Gegenstand der angezeigten Kodierprüfung.
- 42 5. Ob die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS 8-550.1 vorliegen, kann der Senat auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht abschließend entscheiden. Die Voraussetzungen hierfür sind nur erfüllt, wenn die Klägerin nicht bloß an mindestens 14 Tagen eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und mindestens 20 Therapieeinheiten erbracht hat, sondern diese Behandlung auch wirtschaftlich erbracht wurde.
- 43 Erbrachte einzelne Behandlungsabschnitte sind als Therapieeinheiten nur zu zählen, wenn sie in der vom Krankenhaus der Klägerin durchgeführten Art medizinisch indiziert waren und tatsächlich eine durchschnittliche Dauer von 30 Minuten erreicht haben. Dabei wird dem Einwand der Beklagten nachzugehen sein, dass bei der Versicherten diverse Krankheitsbilder vorgelegen hätten, die eine absolute Kontraindikation für die durchgeführte Kryotherapie darstellten und es zudem an einer ärztlichen Anordnung hierfür gefehlt habe. Ersteres ergibt sich unmittelbar aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 SGB V, letzteres aus § 15 Abs 1 SGB V (*zur Anwendbarkeit des § 15 Abs 1 SGB V im stationären Bereich vgl BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 26/21 R - BSGE 134, 142 = SozR 4-2500 § 15 Nr 4, RdNr 16 ff*).
- 44 Das LSG wird auch zu prüfen haben, ob zwei zeitlich weit auseinanderliegende Ergotherapieeinheiten ausgereicht haben, um damit das mit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung verfolgte Behandlungsziel zu erreichen. OPS 8-550.1 ist nur zu kodieren, wenn die Behandlung über den gesamten kodierten Zeitraum von mindestens 14 Behandlungstagen auch ausreichend und geeignet war, das mit ihr verfolgte Behandlungsziel zu erreichen. Auch dies ergibt sich unmittelbar aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 SGB V.
- 45 Im Übrigen wird das LSG auch festzustellen haben, ob und ggf für welchen Zeitraum die Mindestmerkmale des OPS 8-550 insgesamt erfüllt waren.

- 46 6. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 Satz 1 sowie § 47 Abs 1 Satz 1 GKG.