

## L 5 KR 748/22 KH

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 17 KR 203/21 KH  
Datum  
04.10.2022  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 748/22 KH  
Datum  
04.07.2024  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 04.10.2022 wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 3.046,62 Euro festgesetzt.**

### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten steht die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung im Streit.

Die Klägerin betreibt in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH ein nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Frau W., geboren am 00.00.0000 befand sich nach vorstationärer Behandlung am 07. November 2018 in der Zeit vom 12. bis zum 13. November 2018 in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Die Aufnahme der Versicherten erfolgte zur Implantation eines so genannten K., nachdem es bei der Versicherten zuvor mehrfach zu Synkopen gekommen war. Die Einweisung erfolgte am 05. November 2018 durch den behandelnden Hausarzt der Versicherten, Herrn O..

Unter Berücksichtigung der DRG F12H (Implantation eines Herzschrittmachers) stellte die Klägerin der Beklagten unter dem 23. November 2018 für den stationären Aufenthalt der Versicherten einen Betrag in Höhe von 3.849,89 EUR in Rechnung. Die Beklagte zahlte diesen Betrag zunächst an die Klägerin aus und leitete sodann eine Überprüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Frage des angesetzten OPS 5-377.8 (Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder) ein. In dem nach einer Begehung erstellten Gutachten vom 04. Juni 2019 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die Anforderungen an den OPS 5-377.8 nicht erfüllt seien; die notwendige Vordiagnostik lasse sich nicht der Patientenakte entnehmen; es sei keine detaillierte neurologische Vorabklärung dokumentiert. Daher sei die DRG F73B zu kodieren.

Mit Schreiben vom 07. Juni 2019 informierte die Beklagte die Klägerin über das Ergebnis des Gutachtens des MDK, machte ihr gegenüber einen zu zahlenden Erstattungsbetrag in Höhe von 3.046,62 EUR geltend und verwies hinsichtlich der wesentlichen Gründe auf das Gutachten.

Mit Schreiben vom 23. Juli 2019 kündigte die Beklagte die Aufrechnung des Erstattungsbetrages an und verwies auf ein Sammelavis. Am 30. Juli 2019 rechnete die Beklagte sodann mit dem von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch gegen eine unstreitige Forderung auf.

Die Klägerin hat am 08. Februar 2021 Klage vor dem Sozialgericht Duisburg erhoben. Sie hat auf den Entlassbrief verwiesen und vorgetragen, die Versicherte sei bereits zweimal plötzlich synkopal gewesen; einmal im Februar 2016 und einmal im August 2018. Es habe sich keine Dyspnoe unter Belastung, kein Brennen beim Urinlassen und kein Husten gezeigt. Aufgrund der unklaren rezidivierenden Synkopen sei komplikationslos die Implantation eines Eventrecorders erfolgt. Bei der Versicherten hätten mehrere Sturzereignisse vorgelegen, deshalb könne nicht auf umfangreiche ambulante Vordiagnostik verwiesen werden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.046,62 EUR zuzüglich 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 01.08.2019 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass ein weiteres, während des hiesigen Klageverfahrens eingeholtes Gutachten des MDK ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt sei, dass der OPS 5-377.8 nicht zu kodieren sei. Die Pocket-Leitlinie 2018 fordere unter anderem eine sorgfältige Abklärung der Synkopen und eine sorgfältige Anamnese in Bezug auf frühzeitige Episoden sowie Augenzeugenberichte, die Durchführung von körperlichen Untersuchungen einschließlich dem Blutdruckmessen im Liegen und Stehen, die Durchführung eines EKG sowie zahlreicher weiterer Untersuchungen. Im hiesigen Verfahren sei eine Einweisung der Versicherten durch den Hausarzt zur Implantation des Eventrecorders erfolgt. Zwar sei die Versicherte vermeintlich bei einem Facharzt für Neurologie vorstellig gewesen; die Patientenakte enthalte aber keinen Bericht hierüber. Aus den Unterlagen gehe auch keine Diagnostik hinsichtlich der Synkopen hervor.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens der Sachverständigen Frau S., Ärztin für Allgemeinmedizin. Im Gutachten vom 25. Januar 2022 hat die Sachverständige mögliche Gründe für die Synkope erläutert. Aufgrund der Vielzahl von in Betracht kommenden Gründen sei eine Abklärung der genauen Ursache medizinisch notwendig gewesen. Auch im Fall der Versicherten kämen theoretisch verschiedene Erkrankungen und Zustände als Ursache für die Synkopen in Betracht. In der Patientenakte fehle eine leitliniengerechte Stufendiagnostik. Es werde zwar erwähnt, dass eine stationäre neurologische Abklärung inklusive eines MRT erfolgt sei. Die Ergebnisse der Untersuchung und die Verdachtsdiagnosen seien aber nicht genannt worden. Untersuchungen zur Abklärung kardiologischer Ursachen, ein Langzeit-EKG und eine Langzeit-Blutdruckmessung bzw. eine Echokardiographie bei Zustand nach Chemotherapie und mögliche weitere differentialdiagnostische Untersuchungen seien nicht erfolgt und im Entlassungsbrief der Klägerin nicht erwähnt worden. Eine medizinische Notwendigkeit der Implantation des Eventrecorders sei daher nicht nachzuvollziehen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 04. Oktober 2022 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Klägerin zunächst keinen Anspruch auf eine Vergütung aus dem Behandlungsfall der Versicherten habe. Dieser Anspruch sei durch Zahlung der Beklagten gemäß [§ 362 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erloschen. Die Klägerin habe aber auch keinen Anspruch auf Zahlung des mit der Klage geltend gemachten Betrages aus einem der unstrittigen Behandlungsfälle gemäß dem Sammelavis. Zwar seien die jeweiligen Vergütungsansprüche entstanden, in Höhe von 3.046,62 EUR habe die Beklagte aber einen Rückzahlungsanspruch nach den Grundsätzen des öffentlichen-rechtlichen Erstattungsanspruches. Mit diesem Rückforderungsanspruch habe die Beklagte wirksam gegen den Vergütungsanspruch aus dem streitgegenständlichen Behandlungsverhältnis aufgerechnet. Die Aufrechnung sei gemäß der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV) zulässig gewesen. Das in § 15 Abs. 4 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB V](#) enthaltene Aufrechnungsverbot sei im Anwendungsbereich der PrüfVV nichtig.

Die Klägerin habe aus dem stationären Aufenthalt der Versicherten von der Beklagten ohne Rechtsgrund einen Betrag in Höhe von 3.046,62 EUR erhalten. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch sei [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und stationäre Krankenhausleistung (KHEntgG) i.V.m. § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) und dem Fallpauschalen-Katalog der DRG-Version 2018. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolge und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich sei. Zur Überzeugung des Sozialgerichts sei die Klägerin nicht berechtigt gewesen, den OPS 5-377.8 zu kodieren. Es könne im Ergebnis offenbleiben, ob bei der Versicherten eine Indikation zur Implantation des Eventrecorders vorgelegen habe. Eine solche sei jedenfalls nicht in der Patientenakte dokumentiert.

Die Sachverständige habe schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass die bei der Versicherten aufgetretenen Synkopen auf diversen Gründen beruhen könnten und daher zahlreiche Voruntersuchungen erforderlich gewesen wären. Weder eine Blutdruckmessung noch die Durchführung eines EKG vor dem Eingriff seien dokumentiert worden. Entgegen der Auffassung der Klägerin hätte auch eine Dokumentation der Voruntersuchungen stattfinden müssen.

Die Klägerin hat am 26. Oktober 2022 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, der Hausarzt der Versicherten habe ihr mitgeteilt, dass eine Indikation für die Implantation eines Eventrecorders bestanden habe.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Duisburg vom 04. Oktober 2022 zu verurteilen, an sie 3.046,62 EUR zuzüglich 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 01.08.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, die Sachverständige habe nachvollziehbar herausgearbeitet, dass bei der Behandlung der Versicherten nicht ersichtlich sei, dass eine Voruntersuchung durchgeführt worden sei. Für Maßnahmen, die nicht in der Patientenakte dokumentiert seien, gelte die Vermutung, dass sie nicht durchgeführt worden seien. Des Weiteren hätten die etwaigen Befunde im Krankenhaus nachvollzogen und verifiziert werden müssen. Eine Auseinandersetzung mit den Vorbefunden sei nicht erfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte, die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Versicherten Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe

A. Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist nicht begründet.

I. Das Sozialgericht Duisburg hat die gemäß [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig erhobene Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenträgers handelt es sich um einen sog. 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](#), juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#), juris Rn. 13). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) - juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

II. Die Klägerin hat für die streitgegenständliche Behandlung der Versicherten keinen Vergütungsanspruch. Dieser ist bereits durch die Zahlung der Beklagten durch Erfüllung erloschen ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 362 BGB](#)).

III. Die Klägerin hat darüber hinaus auch keinen Anspruch auf Zahlung von 3.046,62 EUR aus ihren Rechnungen gemäß dem von der Beklagten vorgelegten Zahlungsavis. Diese Vergütungsansprüche sind dem Grunde nach unstrittig; eine weitere Prüfung erübrigt sich deshalb (dazu BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#), Rn. 9). Der Vergütungsanspruch ist in der streitbefangenen Höhe aber durch Aufrechnung erloschen ([§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 389 BGB](#)). Es besteht eine Aufrechnungslage ([§ 387 BGB](#)), weil der durch die Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 3.046,62 EUR nicht bestand und der Beklagten der geltend gemachte Erstattungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten damit zustand. Die Aufrechnung war auch zulässig, weil der zeitliche und sachliche Anwendungsbereich der PrüfV eröffnet war. Das in [§ 15 Abs. 4](#) des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) enthaltene Aufrechnungsverbot ist im Anwendungsbereich der PrüfV nichtig (vgl. BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#)).

IV. Die Beklagte hatte auch einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in analoger Anwendung des [§ 812 Abs. 1 S. 1](#) 1. Alt. BGB in Höhe von 3.046,62 EUR, mit dem sie wirksam aufrechnen konnte. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch sind erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 Rn. 15, st.Rspr.). Diese Voraussetzungen liegen hier vor, die Beklagte hat die Leistung ohne rechtlichen Grund erbracht. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#), [§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) in Verbindung mit [§ 17d Abs. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz](#) (KHG), [§ 39 Abs. 1 SGB V](#). Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht dabei - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (siehe BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 25/13 R](#)).

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation ([§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

Zur Überzeugung des Senats war die hier streitgegenständliche Krankenbehandlung der Versicherten durch die Klägerin nicht medizinisch notwendig. Die Klägerin war nicht zur Kodierung des OPS 5-377.8 (Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard: Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder) berechtigt. Eine medizinische Indikation für die Implantation des Eventrecorders ist durch die Klägerin nicht dokumentiert worden. Eine Dokumentation der Behandlung der Versicherten im Sinne des [§ 630f Abs. 1 S. 1 BGB](#) hat durch die Klägerin nicht stattgefunden. Aus den von der Klägerin vorgelegten Unterlagen ist nicht ersichtlich, dass die Behandlung der Versicherten durch das Einsetzen eines Eventrecorders medizinisch notwendig im Sinne des [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) war. Die Klägerin hat auch im laufenden gerichtlichen Verfahren keine weitergehenden Unterlagen diesbezüglich vorgelegt (vgl. zur Dokumentationspflicht des Krankenhauses BSG, Urteil vom 19. November 2019 - [B 1 KR 33/18 R](#) -, SozR 4-2500 § 109 Nr. 77, SozR 4-5560 § 17b Nr. 11, SozR 4-5562 § 7 Nr. 7). Hinsichtlich einer am 07. November 2018 erfolgten vorstationären Behandlung ergeben sich weder aus der Gerichtsakte sowie den beigezogenen Beakten Erkenntnisse noch hat die Klägerin hierzu vorgetragen.

Die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung muss durch den jeweiligen Behandler dokumentiert und geprüft werden. Entgegen der Auffassung der Klägerin durfte diese sich nicht ungeprüft auf die Empfehlung des Hausarztes der Klägerin berufen. Aus diesem Grund musste der Senat auch nicht dem Antrag der Klägerin, den Hausarzt der Klägerin als Zeugen zu vernehmen, folgen, denn eine solche Vernehmung wäre nicht ergiebig gewesen. Der Hausarzt der Klägerin hätte keine Aussage zur Prüfung und Dokumentation der medizinischen Notwendigkeit durch die Klägerin treffen können. Aus demselben Grund war auch dem Antrag auf Vernehmung des behandelnden Neurologen der Versicherten nicht zu folgen. Auch dieser hätte über die notwendige Prüfung und Dokumentation der Klägerin keine Aussage treffen können. Im Übrigen hat die Klägerin ihre in der Berufungsschrift gestellten Beweisanträge im Rahmen des erklärten Einverständnisses zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nicht aufrechterhalten (vgl. B. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 160 Rn. 18c).

Die vom Sozialgericht bestellte Sachverständige Frau S., Ärztin für Allgemeinmedizin hat für den Senat überzeugend dargelegt, dass die Klägerin die medizinische Notwendigkeit der erfolgten Krankenbehandlung der Versicherten nicht dokumentiert hat und so keine Aussage über die Notwendigkeit der erfolgten Behandlung getroffen werden kann. So hat die Sachverständige erläutert, dass die bei der Versicherten nach Angaben der Klägerin zweimal aufgetretenen Synkopen vielfältige Ursachen haben könnten. Als Synkope werde die plötzlich einsetzende und kurz anhaltende Bewusstlosigkeit, die aufgrund einer gestörten Blutzirkulation des Gehirns mit Sauerstoffunterversorgung entstehe, bezeichnet. Gerade bei älteren Menschen könne ein überempfindlicher Carotissinus die Ursache einer kurzen Ohnmacht sein. Kardiale Synkopen könnten durch Herzerkrankungen, die zu einer vorübergehenden Minderdurchblutung und Sauerstoffmangel des Gehirns führen könnten, entstehen. Als neurologische Ursachen kämen epileptische Anfälle, transitorische ischämische Attacken oder auch psychogene Anfälle sowie Medikamentenüber- oder -fehdosierungen in Betracht. Aufgrund der Vielzahl möglicher Ursachen sei eine Abklärung der konkreten Ursache für die aufgetretenen Synkopen notwendig. Hierzu zählten eine Anamnese, eine körperliche Untersuchung, eine Blutdruckmessung sowie ein 12-Kanal-EKG, je nach Verdachtsdiagnose könnten weitere Untersuchungen notwendig werden.

Die Sachverständige hat weiter ausgeführt, dass bei der Versicherten aufgrund der dokumentierten Vorgeschichte und der aufgeführten medikamentösen Therapie verschiedene Erkrankungen und Zustände als Ursache für die Synkopen in Betracht kämen. Es fehle aber eine Dokumentation der leitliniengerechten Stufendiagnostik. Eine neurologische Abklärung sei nur erwähnt, nicht aber dokumentiert worden. Untersuchungen zur Abklärung kardiologischer Ursachen seien ebenfalls nicht dokumentiert worden. Hieraus hat die Sachverständige für den Senat schlüssig und widerspruchsfrei gefolgert, dass eine medizinische Indikation für die Notwendigkeit der Implantation des Eventrecorders nicht gegeben sei. Die Voraussetzungen der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Synkopen für die Indikation seien daher nicht erfüllt. Dieser Schlussfolgerung schließt sich der Senat unter Berücksichtigung des Inhalts der beigezogenen Patientenakte an.

So führt die fehlende Dokumentation der notwendigen Voruntersuchungen und Prüfungen dazu, dass eine Kodierung des OPS 5-377.8 nicht in Betracht kam. Entgegen der Auffassung der Klägerin kann diese sich auch nicht darauf berufen, dass eine Dokumentation etwaiger Vorbefunde nicht zur Patientenakte genommen werden müsse. Wie das Sozialgericht bereits zutreffend ausgeführt hat, ist die Klägerin dafür verantwortlich, die ihr auferlegten Dokumentationspflichten einzuhalten und kann sich nicht darauf berufen, dass Dritte die Durchführung der Behandlung empfohlen haben. Sofern sie auf etwaige Vorbefunde Bezug nimmt, müssen diese Vorbefunde zur Patientenakte genommen werden, um die Bezugnahme erkennbar werden zu lassen. Nach der von der Klägerin geäußerten Auffassung könnten die Krankenkassen die medizinische Notwendigkeit von Krankenbehandlungen in den Fällen, in denen die Behandlung durch Dritte empfohlen werde, nur stark eingeschränkt prüfen, wenn sich die Krankenhäuser darauf beriefen, zur Dokumentation und Prüfung der Vorbefunde nicht verpflichtet zu sein. Letztlich hat das Krankenhaus ohnehin gemäß § 2 Abs. 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) abschließend über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung zu entscheiden.

Zwar ergibt sich aus der Patientenakte, dass eine neurologische Untersuchung durch Herrn J. stattgefunden haben soll. Weitere Erkenntnisse zum Umfang und Ergebnis ergeben sich aber nicht aus der Patientenakte und auch nicht aus dem weiteren Vorbringen der Klägerin. Allein der Verweis auf die neurologische Untersuchung, die stattgefunden haben soll, kann nicht den von der gerichtlichen Sachverständigen erörterten Prüfungen zur Abklärung der Ursache der Synkopen genügen.

Abschließend kann offenbleiben, ob zur Implantation eines Eventrecorders überhaupt eine vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit angenommen werden kann (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 27.10.2021, [L 1 KR 26/21](#)).

B. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

C. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

D. Die Festsetzung des Streitwertes folgt aus [§ 197a Abs.1 S.1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2024-09-04