

S 12 KR 512/15

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Kassel (HES)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Kassel (HES)

Aktenzeichen

S 12 KR 512/15

Datum

25.11.2016

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 538/16

Datum

10.01.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Leitsätze

Zu möglichen Einwendungs- und Ausschlussfristen in Abrechnungsrechtsstreiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) bzw. nach der Prüfverfahrensvereinbarung

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 2.400,54 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 26. November 2014 zu zahlen.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

4. Soweit die Klägerin beschwert ist, wird die Berufung nicht zugelassen.

5. Der Wert des Streitgegenstandes wird mit 2.400,54 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung zzgl. Zinsen im Streit.

Der 1952 geborene, bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte H. (H.) befand sich vom 24. April 2014 bis 26. April 2014 in vollstationärer Krankenhausbehandlung der Gefäßchirurgie des A-Krankenhauses in den A-Kliniken A Stadt, deren Trägerin die Klägerin ist, wobei dem ausweislich des Entlassungsberichtes vom 5. Juni 2014 diagnostisch ein blue Toe bei pAVK-Stadium IIb links mit einer seit 2 - 3 Wochen bestehenden Gehstreckenverkürzung auf 200 Meter zugrundelagte. Darüber hinaus ein Zustand nach 1997 erlittenem Verkehrsunfall mit Hüftfraktur sowie Unterschenkelzertrümmerung und anschließender 4-fach Hüftoperation - nun mit Infekt - sowie multiplen Unterschenkelosteosynthesen. Weiterhin eine Kontrastmittelallergie und ein arterieller Hypertonus. Insoweit war die Aufnahme zur gefäßchirurgischen Therapie erfolgt, hier konkret einer PGE I-Infusionstherapie sowie einer Angiographie der Bauch-, Becken- und Beinarterien, in deren Verlauf sich der Versicherte dann jedoch auf eigenen Wunsch am 26. April 2014 in die häusliche Behandlung entlassen hat.

Von der Klägerin waren der Beklagten aus Anlass des vorgenannten vollstationären Krankenhausaufenthaltes ihres Versicherten H. dann unter dem 29. April 2014 hierfür insgesamt 2.400,54 Euro in Rechnung gestellt worden. Dies auf der Grundlage der DRG F65B (periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC), wobei die vorgenannte Rechnung auf der Grundlage der zwischen den Beteiligten bestehenden vertraglichen Vereinbarungen dann auch zunächst ohne Absetzungen in vollem Umfang ausgeglichen worden war.

Gleichzeitig hatte die Beklagte dann jedoch auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Rechnungsprüfung beauftragt, die zunächst jedoch unbearbeitet blieb und stattdessen seitens des MDK unter dem 16. Juni 2014 an die Beklagte unerledigt zurückgegeben wurde. Dies mit der Begründung, dass die Klägerin die seitens des MDK unter dem 5. Mai 2014 mit einer Fristsetzung von 4 Wochen zur Rechnungsprüfung benötigten notwendigen medizinischen Unterlagen nicht übermittelt habe, so dass dem MDK eine sachgerechte medizinische Beurteilung nicht möglich gewesen sei. Letzteres hatte dann wiederum die Beklagte zum Anlass genommen, sich unter dem 17. Juni 2014 an die Klägerin zu wenden und diese nochmals selbst aufzufordern, dem MDK die von diesem angeforderten Unterlagen zu übersenden, nachdem der aus Sicht der Beklagten strittige Rechnungsbetrag bereits an die Klägerin überwiesen worden sei.

Weiter war insoweit ausgeführt worden, dass, sofern nicht innerhalb von 14 Tagen die angeforderten Unterlagen beim MDK eingingen, die Beklagte das Prüfverfahren als abgeschlossen betrachte.

Nachdem am 1. Juli 2014 dann diverse Unterlagen durch die Klägerin beim MDK eingegangen waren, wurde von diesem schließlich unter dem 19. November 2014 in einer nach Aktenlage gefertigten gutachterlichen Stellungnahme durch den Facharzt für Chirurgie C. das Vorliegen vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten des Versicherten H. im gesamten Zeitraum vom 24. April 2014 bis 26. April 2014 verneint. Insoweit hätte eine ambulante Diagnostik/Therapie ausgereicht. Eine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit sei anhand der vorgelegenen Unterlagen nicht nachvollziehbar. Die Diagnostik hätte insgesamt im ambulanten Bereich erfolgen können. Bei beschriebenen Stadium IIb der pAVK sei darüber hinaus eine Infusionstherapie mit Prostaglandin nicht nachvollziehbar.

Dies dann wiederum mit der Folge, dass die Beklagte die Klägerin unter dem 21. November 2014 entsprechend informierte, die Klägerin bat, ihre Daten dahingehend zu überprüfen und der Beklagten eine Rechnungsgutschrift zukommen zu lassen. Gleichzeitig wurde die Klägerin um Zusendung einer neuen Abrechnung entsprechend der Beurteilung des MDK gebeten sowie um die Übermittlung einer korrigierten Entlassungsanzeige, wobei der bereits gezahlte Rechnungsbetrag bereits intern verrechnet worden sei. Tatsächlich vorgenommen worden war die Verrechnung/Aufrechnung in Höhe des vollen o.a. Rechnungsbetrages von 2.400,54 Euro nach dem Vortrag der Klägerin dann am 25. November 2014, wobei die Beklagte in ihrem Schreiben vom 21. November 2014 schließlich noch ausgeführt hatte, dass, sollte die Klägerin basierend auf der Stellungnahme des MDK Widerspruch einlegen, sie bitte das – nicht aktenkundige – Schreiben der Beklagten vom 26. September 2011 beachten möge. Das Prüfverfahren gelte danach als abgeschlossen, wenn seitens der Klägerin die in den vorgenannten Anschreiben aufgeführte Frist nicht eingehalten werde.

Die Klägerin hat ihrerseits dann am 16. November 2015 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie gegenüber der Beklagten die Zahlung von 2.400,54 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 25. November 2015 geltend macht. Zur Begründung trägt die Klägerin u.a. vor, dass die Zahlungspflicht der Beklagten maßgeblich davon abhängt, ob die vollstationäre Behandlung ihres o.a. Versicherten im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) medizinisch notwendig bzw. erforderlich gewesen sei. Ob und wie lange die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden könne, sei dabei immer anhand der Umstände des konkreten Einzelfalles zu beurteilen. Es komme auf die Art und Schwere der Krankheit im Einzelfall an und ob dafür die medizinische Versorgung eines Versicherten gerade im Krankenhaus notwendig sei. Dabei komme es insbesondere auf den Gesundheitszustand des Versicherten an, aber auch andere Faktoren könnten eine Rolle spielen, denn eine medizinische Versorgung, die als solche nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in der Regel ambulant vorgenommen werde, könne gleichwohl aufgrund besonderer Gegebenheiten des Einzelfalles eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern. Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei regelmäßig dahingehend zu überprüfen, ob sie nach dem objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - bestanden und dessen Beurteilung den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprochen sowie nicht den Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrungen gestanden habe. Entgegen der Auffassung des MDK bzw. der Beklagten habe sich vorliegend die Indikation zur stationären Behandlung nicht allein wegen Beschwerden im Sinne einer pAVK im Stadium IIb links ergeben. Bei der Aufnahme sei vielmehr deutlich zu erkennen gewesen, dass wegen einer blue Toe-Symptomatik auch an arterio-arterielle Embolien hätte gedacht werden müssen. Hierin habe sich zudem die PGE-Gabe begründet. Die stationäre Krankenhauseinweisung sei erforderlich gewesen und der Versicherte sei auch engmaschig überwacht worden. So hätten zunächst stündliche Kreislauf- und Verbandskontrollen stattgefunden. All dies mit der Folge, dass die erfolgte Aufrechnung rechtswidrig gewesen sei.

Im Anschluss an die am 16. November 2015 eingegangene Klage ist die Beklagte nach wiederholter Erinnerung dieser mit Eingang am 6. April 2016 entgegengetreten. Dies ohne weitere Begründung unter Verweis auf den Inhalt ihrer Verwaltungsakte und dem Bemerkten, dass auf der Basis der durch die Klägerin im Rahmen des Prüfverfahrens übermittelten Informationen laut MDK eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit im Sinne von [§ 39 SGB V](#) nicht gegeben gewesen sei.

Nachdem im Weiteren wechselseitige Erklärungen nicht mehr vorgelegt worden sind, hat das Gericht schließlich nach entsprechender Vorankündigung mit Beweisanordnung vom 6. Juli 2016 ein schriftliches medizinisches Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben, dass der Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Proktologie, Sportmedizin, Phlebologie und Physikalische Medizin Prof. Dr. med. D. auf der Grundlage der vom Gericht beigezogenen Krankengeschichte sowie des wechselseitigen Vorbringens der Beteiligten nach Aktenlage unter dem 9. August 2016 erstellt hat.

Dabei wird vom gerichtlichen Sachverständigen vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten des Versicherten H. im gesamten streitigen Zeitraum bestätigt, wobei auch die Rechnungsstellung insgesamt nicht zu beanstanden sei. Im Einzelnen führt der gerichtliche Sachverständige dabei u.a. aus, dass der Versicherte am 24. April 2014 morgens gegen 10.00 Uhr in die ambulante Notaufnahme gekommen sei und über Beschwerden beim Gehen geklagt habe. Im Arztbericht werde diagnostisch dabei eine Blauverfärbung der Zehen beschrieben. Zu berücksichtigen sei weiter, dass der Versicherte bereits 10 Tage vorher, am 15. April 2014, mit entsprechenden Beschwerden in der ambulanten Notaufnahme des Krankenhauses gewesen sei. Es sei damals eine Doppleruntersuchung durchgeführt, ein Grund für eine stationäre Aufnahme jedoch nicht gefunden worden. Es sei lediglich die stationäre Aufnahme für den 24. April 2014 empfohlen worden. Bei Verschlechterung habe sich der Versicherte sofort wieder vorstellen sollen. Insoweit sei eine Abklärung der Gefäßsituation geplant gewesen und der Versicherte nun am 24. April 2014 dementsprechend zur stationären Aufnahme gekommen. Bei Beschwerden und höchstwahrscheinlicher Blauverfärbung der Zehen sei eine Prostavasin-Infusion angesetzt worden. Bei palpablen Fußpulsen und schlechter peripherer Durchblutung könne eine Prostavasin-Infusion die Durchblutungssituation verbessern, so dass eine Indikation zur Prostavasin-Infusion gegeben gewesen sei. Am Folgetag sei eine Angiographie durchgeführt worden. Es habe sich keine Möglichkeit zur akuten Verbesserung durch Ballondilatation gefunden, weil ein Kompletverschluss der Ateria poplitea vorgelegen habe. Die Kollateralen hätten sich dann aber aufgefüllt, so dass eine sofortige Therapie nicht erforderlich gewesen sei. Bei dieser Diagnose sei der Versicherte bis zum Folgetag noch stationär gehalten worden. Insoweit sei geplant gewesen, die Prostavasin-Therapien noch einige Tage länger durchzuführen. Der Versicherte habe aber dann am Tag nach der Angiographie das Krankenhaus auf eigenen Wunsch wieder verlassen. Unter Berücksichtigung der ihm insoweit insgesamt vorliegenden Unterlagen sehe er als gerichtlicher Sachverständiger eine medizinische Indikation zur stationären Aufnahme. Man könne nicht davon ausgehen, dass eine arterielle Angiographie der Becken-/Bein Gefäße grundsätzlich ambulant durchgeführt werden könne. Auch für die Therapie mit Prostavasin-Infusionen sehe er als

Sachverständiger eine medizinische Indikation. Eine Überwachung nach arterieller Punktion und Angiographie halte er für medizinisch indiziert. Eine arterielle Angiographie der Becken-/Beingefäße sollte insoweit nicht ambulant durchgeführt werden. In seiner zusammenfassenden Beurteilung führt der gerichtliche Sachverständige dann noch aus, dass hauptdiagnostisch auf Seiten des Versicherten H. periphere Durchblutungsstörungen mit erheblichen Beschwerden und nebendiagnostisch ein Hypertonus vorgelegen hätten. Hauptdiagnose seien jedoch die peripheren Durchblutungsstörungen gewesen, die dem Krankenhausaufenthalt zugrundegelegen hätten. Kodierungsrelevante Nebendiagnosen seien im Grunde genommen nicht vorhanden gewesen. Der Hypertonus könne angegeben werden, insoweit sei wegen des Hypertonus eine sorgfältigere Überwachung nach der Angiographie erforderlich gewesen. Abrechnungstechnisch führe dies dann zur o.a. DRG F65B. Im Katalog der ambulant durchführbaren Operationen seien die Leistungen nach den OPS-Ziffern 3-608 und 3-605 mit der Kategorie 2 gekennzeichnet, also sowohl ambulant als auch stationär durchführbar. Hier habe es dann mit der Indikation der Prostaglandin-Therapie einen Grund für die stationäre Krankenhausbehandlung gegeben. Aber auch die Angiographie allein sei schon ein Grund für die stationäre Behandlung gewesen. Dies mit der Folge, dass aus seiner Sicht eine Indikation zur 2-tägigen Krankenhausbehandlung vorgelegen habe. Die angiographische Abklärung der Becken-/Beingefäße sei erforderlich gewesen. Ambulant sollte die arterielle Angiographie nicht durchgeführt werden.

Wegen des weiteren Inhaltes des gerichtlichen Sachverständigengutachtens wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte.

Im Anschluss an die am 22. August 2016 erfolgte Übersendung des gerichtlichen Sachverständigengutachtens an die Beteiligten und weitere Hinweise des Gerichts vom 5. September 2016 hat sich die Klägerin mit Eingang am 9. September 2016 durch das gerichtliche Sachverständigengutachten ausdrücklich bestätigt gesehen. Der Sachverständige bestätige die Auffassung der Klägerin voll umfänglich. Er komme zu dem Ergebnis, dass die Indikation zur 2-tägigen stationären Krankenhausbehandlung vorgelegen habe.

Nachdem eine Stellungnahme der Beklagten dann ohne Nennung von Hinderungsgründen auch bis 9. Oktober 2016 nicht vorgelegen hat, sind die Beteiligten mit Schreiben des Kammervorsitzenden vom selben Tag, zugestellt am 12. bzw. 13. Oktober 2016, darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung - ohne ehrenamtliche Richter - zu entscheiden, wobei den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 2 Wochen nach Zustellung des vorgenannten Schreibens gegeben worden ist. Die Klägerin hat sich anschließend mit einer entsprechenden Entscheidung ausdrücklich einverstanden erklärt. Die Beklagte hat mit Eingang am 21. Oktober 2016 um Gelegenheit gebeten, "noch bis Ende diesen Monats Stellung zu nehmen dürfen", worauf das Gericht den Beteiligten gegenüber sein entsprechendes Einverständnis erklärt hat. Nachdem dann eine Stellungnahme der Beklagten aber auch bis 3. November 2016 nicht vorgelegen hat, sind die Beteiligten weiter darauf hingewiesen worden, dass nach Ablauf der verlängerten Anhörungsfrist an der Absicht, die Sache durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, festgehalten werde, wobei dann auch bis zur vorliegenden Entscheidung keine weitere Stellungnahme der Beklagten vorgelegen hat.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 2.400,54 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 26. November 2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt wie der der beigezogenen Krankengeschichte gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung - ohne ehrenamtliche Richter - entschieden werden, nachdem die Beteiligten zuvor entsprechend angehört worden sind, ihnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt worden ist, die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt darüber hinaus, so wie er für die Entscheidung auf der Grundlage des Vorbringens der Beteiligten in der vorliegenden Fallgestaltung allein rechtlich relevant ist, geklärt ist. Der Gerichtsbescheid wirkt insoweit als Urteil ([§ 105 Abs. 3 1. Halbsatz SGG](#)).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist auch weit überwiegend begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin aus Anlass der o.a. vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten H. im Krankenhaus der Klägerin vom 24. April 2014 bis 26. April 2014 2.400,54 Euro zzgl. Zinsen im ausgeteilten Umfang zu zahlen, da einerseits im Anschluss an die schriftlichen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. med. D. in dessen o.a. Gutachten vom 9. August 2016 auch zur Überzeugung der Kammer im streitigen Zeitraum mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auf Seiten des Versicherten H. vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nach [§ 39 SGB V](#) vorgelegen hat und eine allein ambulante Diagnostik und Behandlung im von der Beklagten mit dem MDK geltend gemachten Umfang nicht ausgereicht hätte, um den Zielen des [§ 39 SGB V](#) gerecht zu werden und andererseits Rechtsgründe, die hier einem vollständigen Rechnungsausgleich zumindest im Klageverfahren vermeintlich entgegenstünden, nicht vorliegen.

Da die ursprüngliche Rechnungsstellung durch die Klägerin danach im Ergebnis und insoweit auch der Höhe nach, worauf allein abzustellen

ist, nicht zu beanstanden war, die entsprechenden Kosten von der Beklagten also zu Recht zunächst auch in voller Höhe beglichen worden sind bzw. zu begleichen waren, ist dann danach die spätere Verrechnung/Aufrechnung zu Unrecht erfolgt und die Beklagte ihrerseits hieraus folgend im Ergebnis zur (Rück-)Zahlung der wieder aufgerechneten 2.400,54 Euro verpflichtet. Dies hier auf der Grundlage von [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen(verbänden), wonach die Beklagte verpflichtet war, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten H. im Krankenhaus des Klägers - wie in Rechnung gestellt - in voller Höhe zu vergüten.

Unbegründet ist die Klage danach allein hinsichtlich eines Zinstages. Mit der am 25. November 2014 erfolgten Aufrechnung sind Zinsen im ausgerichteten Umfang erst ab dem 26. November 2015 und nicht bereits ab 25. November 2015 zu zahlen. Zur Begründetheit der Klage im Einzelnen:

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht (vgl. hierzu u.a. ausführlich Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 21. August 2014, [L 8 KR 128/13](#)) unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Behandlung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und iSv [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, u.a. BSG, Urteil vom 8. November 2011, [B 1 KR 8/11 R](#)), wobei die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung insoweit auch insgesamt vorgelegen hat.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich sodann gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) iVm [§§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntGG\)](#) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2014 geltenden Fassung.

Dem liegt sodann ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, wie vor). Die insoweit maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind dabei eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (stRspr, vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011, wie vor und BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 4/10 R](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes ([§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. zum Ganzen BSG a.a.O.).

Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Vorgaben, stellt sich die o.a. Inrechnungstellung als insgesamt rechtmäßig dar.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urt. 16. Februar 2005, [B 1 KR 18/03 R](#)) ist die Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. zum Ganzen z.B. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) RdNr. 16; [BSGE 28, 199](#), 202 = [SozR Nr. 22 zu § 1531 RVO](#); [BSGE 47, 83](#), 85 = [SozR 2200 § 216 Nr. 2](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 11 S 15 f](#); Nr. 15 S 26; Nr. 28 S 41; BSG [USK 8453](#)). Die Maßnahmen dürfen daher z.B. nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein (vgl. BSG [USK 79163](#); BSG [USK 8453](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 11 S 16](#)). Die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Anstalt mit dem Ziel der Verwahrung, etwa weil er die öffentliche Sicherheit und Ordnung bzw. sich selbst oder andere gefährdet, begründet die Leistungspflicht der GKV ebenfalls nicht (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28 S 41 ff](#)). Auch soziale oder humanitäre Gründe genügen nicht, um Krankenhauspflegebedürftigkeit zu bejahen; so schließen bloße (primär nichtärztliche) Maßnahmen mit dem Ziel, eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen oder die Verwahrlosung des Betroffenen zu verhindern, eine Leistungsgewährung für stationäre Krankenhausbehandlung aus (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28 S 42 f](#)).

Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist stattdessen davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 SGB V](#)), und dass gerade bezogen auf eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 S 14](#); [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt herausgestellt (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) RdNr. 16; [BSGE 83, 254](#), 259 = [SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); BSG [SozR 3-2500 § 109 Nr. 9 S 61](#); [BSGE 59, 116](#), 117 = [SozR 2200 § 184 Nr. 27](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28 S 42](#)).

Der Anspruch auf Krankenhauspflege setzt allerdings schon nach herkömmlicher Rechtsprechung weder den Einsatz all dieser Mittel voraus, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine "Gesamtbetrachtung" vorzunehmen, bei der "den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt".

Vor allem z.B. bei psychiatrischer Behandlung kann insoweit der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (BSG [SozR 2200 § 184 Nr. 28 S 42](#)). In Ergänzung zu alledem, kann das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten allerdings stets nur mit Blick auf die tatsächlich in Betracht kommenden (ambulanten oder pflegerisch-stationären) Behandlungsalternativen beurteilt werden (BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) RdNr. 17 f). Nur rein theoretisch vorstellbare, besonders günstige Sachverhaltskonstellationen stehen dem Anspruch auf (weitere) Krankenhauspflege nicht entgegen. Es muss vielmehr geprüft werden, welche Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen, weil nur so die kontinuierliche

medizinische Versorgung des Versicherten gewährleistet werden kann. Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie sowie ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen seit den 1970er Jahren erfordern es mit dem BSG (Urteil vom 16. Februar 2005) dabei zugleich, in Fortentwicklung der vorgenannten höchstrichterlichen Rechtsprechung Versicherten mit einem schweren psychiatrischen Leiden einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung zuzubilligen, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz Erfolg versprechend verwirklicht werden kann, d.h. wenn es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt.

Um Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit sodann z.B. aber wegen vorrangiger bzw. ausreichender Pflege in einer Komplementäreinrichtung oder statt dessen indizierter, nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fallender medizinischer Rehabilitation zu verneinen, müssen unter Zugrundelegung des vom Krankenhaus verfolgten Behandlungskonzeptes nach objektiven Kriterien z.B. auch tatsächlich Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit selbst vorliegen. Allein dies ist für die Beurteilung maßgeblich. Auf andere Beurteilungskriterien kann insoweit nicht abgestellt werden. Dient der Krankenhausaufenthalt überhaupt erst der Erlangung von Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit und ist dies nur stationär und mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich, verbleibt es beim Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit. Akute Behandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne steht danach - ausgenommen sind interkurrente Erkrankungen - medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und damit einer möglichen rentenversicherungsrechtlichen Zuständigkeit entgegen.

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ergibt sich in diesem Zusammenhang entgegen einer von Krankenhausträgern nach wie vor vielfach für sich in Anspruch genommenen Auffassung wiederum aber auch noch nicht daraus, dass eine Aussicht genommene Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung faktisch nicht zur Verfügung stand, weil sie ihre Bereitschaft zur Aufnahme des Versicherten von einer Kostenzusage des zuständigen Rentenversicherungs- bzw. Sozialhilfeträgers abhängig gemacht hat. Das Risiko, eine geeignete Unterkunft zu finden, trägt nicht die Krankenkasse, wenn die spezifischen Mittel eines psychiatrischen Krankenhauses zur Behandlung einer Erkrankung nicht mehr erforderlich waren und auch nicht eingesetzt wurden. Das Vergütungsrisiko für eine nicht notwendige Krankenhausbehandlung trägt vielmehr das Krankenhaus, weil die Notwendigkeit der Behandlung gesetzliche Anspruchsvoraussetzung ist (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 15/06 R](#)). Insoweit können also auch allgemein soziale, humanitäre oder familiäre Gründe seit jeher nicht zu einem Anspruch aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) führen, selbst wenn diese für eine stationäre Betreuung des Versicherten sprechen, für eine Behandlung aber nicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind. Selbst wenn in diesen Fällen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Entlassung aus dem Krankenhaus i.V.m. der anderweitigen Unterbringung noch nicht erfüllt sind und das Krankenhaus den zwar noch "kranken", aber nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftigen Versicherten nicht "auf die Straße setzen" kann, weil dessen Unterkunft/Unterbringung nicht gesichert ist, trägt dieses Risiko trägt nach der Entscheidung des GS des BSG (Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#)) nicht die GKV; leistungspflichtig ist in der Regel vielmehr der Sozialhilfeträger oder ggf. der Versicherte selbst (vgl. hierzu weiter BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 19/05 R](#)).

Schließlich ist die vom Vertragsarzt verordnete Krankenhausbehandlung zunächst immer vom Krankenhausarzt auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen ist, wobei das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen mit Wirkung für diese über die Krankenhausaufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen entscheiden. Solange keine oder nur eine befristete Kostenzusage der Krankenkasse vorliegt, trägt dabei aber allein das Krankenhaus die Beweislast für das Vorliegen des von ihm geltend gemachten Anspruchs. Will sich die Krankenkasse jedoch rückwirkend an einer einmal abgegebenen Kostenzusage nicht mehr festhalten lassen, tritt eine Umkehr dieser Beweislast ein.

Die Entscheidung des Krankenhausarztes ist bei alledem dann stets aus seiner vorausschauenden Sicht unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten (oder auch nur erkennbaren) Umstände zu beurteilen.

Notwendig i.S. von [§ 39 SGB V](#) ist eine Krankenhausbehandlung danach nicht erst dann, wenn sie aus rückblickender Betrachtung zur Behandlung der vorliegenden Erkrankungen unverzichtbar war. Die Krankenkassen können sich nicht darauf beschränken, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Nachhinein aus ihrer Sicht zu beurteilen und bei abweichendem Ergebnis die Bezahlung zu verweigern. Notwendig ist eine Krankenhausbehandlung vielmehr stets dann, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände tatsächlich erforderlich ist, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztliche Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt (st Rspr vgl. BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#); [BSGE 89, 104](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#); [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#)).

Stehen mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung, so ist dem entscheidenden Krankenhausarzt auch ein therapeutischer Spielraum einzuräumen, sofern nicht eine bestimmte Behandlungsmethode unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eindeutig den Vorzug verdient. Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen ist, wenn der Krankenhausarzt sie bejaht und seine Einschätzung fachlich zumindest vertretbar ist, bietet das Gesetz mit der Entscheidung des Großen Senats des BSG (Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#)) dann aber auch in diesem Zusammenhang keine Grundlage, wobei hinzukommt, dass eine den o.a. Erfordernissen entsprechende Krankenhausbehandlung dann aber auch tatsächlich als solche nachweisbar erbracht worden sein muss (vgl. hierzu insgesamt BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 19/05 R](#)).

Schlussendlich hat aber auch der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen bereits gesetzlich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) immer darauf hinzuwirken, dass 1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung), 2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt und 3. die Abrechnung der vergüteten Krankenhäusfälle ordnungsgemäß erfolgt, so dass das BSG folgerichtig immer wieder darauf hinweist, dass sich die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, auch ex ante allein nach den medizinischen Erfordernissen richtet.

Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen als Krankenhausbehandlung, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf

vollstationäre Krankenhausbehandlung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#)). Allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen muss, sind also auch keine medizinischen Erfordernisse (so ausdrücklich zuletzt BSG, Urteil vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 24/08 R](#)).

Gleiches gilt nicht zuletzt nach [§ 12 SGB V](#) auch im Hinblick auf den o.a. Vorrang z.B. vollstationärer Rehabilitationsmaßnahmen, wobei die Abgrenzung zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation maßgeblich von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen abhängt (vgl. BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 14/07 R](#) in Fortführung von BSG, Urteil vom 20. Januar 2005, [B 3 KR 9/03 R](#)). Anhaltspunkte zur Differenzierung bietet insoweit mit dem BSG (wie vor) und der Beklagten vor allem [§ 107 SGB V](#), wonach für eine Rehabilitationseinrichtung insbesondere kennzeichnend ist, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verfolgen sind ([§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Demgegenüber ist ein Krankenhaus mit jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet, die Behandlungsziele vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu erbringen ([§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#)).

Zu den hier dabei zu beachtenden Rechtsvoraussetzungen von vollstationären Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 40 SGB V](#) sei schließlich ausgeführt, dass die den Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen regelnde Rechtsnorm des [§ 40 SGB V](#) abgestufte, am jeweiligen konkreten medizinischen Bedarf orientierte Rehabilitationsleistungen beinhaltet. Wenn ambulante Krankenbehandlungen nicht ausreichen, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) genannten Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbringen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen. In [§ 11 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#) sind die Rehabilitationsziele genannt. Danach kommen medizinische Leistungen zur Rehabilitation in Betracht, wenn sie notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Krankenkasse darf eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, dabei aber auch immer erst dann bewilligen, wenn die ambulanten Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen. Mit den abgestuften, am medizinischen Bedarf ausgerichteten Kurleistungen wird insoweit letztlich der gesetzgeberische Wille deutlich, die Krankenkassen und die Leistungserbringer zur wirtschaftlichen Leistungserbringung zu verpflichten.

Die Indikation für eine stationäre Kur wird insoweit maßgeblich bestimmt durch das Ausmaß der noch ausstehenden bzw. durchzuführenden Diagnostik, den Umfang notwendiger klinischer Therapieverfahren und die Intensität der Anwendungen, die Notwendigkeit häufiger ärztlicher Visiten und Beratungen, den Grad der Hilfsbedürftigkeit und die Notwendigkeit von Hilfen bei eingeschränkter Gehfähigkeit.

Auch insoweit ist also Rehabilitationsfähigkeit Voraussetzung für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme und es bleibt festzuhalten, dass es, dient der Krankenhausaufenthalt überhaupt erst der Erlangung von Heimverlegungs- oder Rehabilitationsfähigkeit und ist dies nur stationär und mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich, wobei akute Behandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne ausgenommen sind interkurrente Erkrankungen - medizinischen Leistungen zur Rehabilitation entgegensteht - beim Vorliegen von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit nach [§ 39 SGB V](#) verbleibt.

Unter Zugrundelegung dieser auch hier maßgeblichen rechtlichen Vorgaben und insoweit den vorstehenden rechtlichen Grundsätzen folgend, denen die Ausführungen der Beklagten bzw. des MDK, auf den sich die Beklagte letztlich ohne eigene rechtliche Wertung allein stützt, zumindest in der vorliegenden Fallkonstellation nicht gerecht werden, steht danach im Anschluss an die schlüssigen und nachvollziehbaren o.a. Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. med. D., an deren Verwertbarkeit die Kammer auf der Grundlage der vorstehenden rechtlichen Ausführungen keinerlei Zweifel hegt und zu denen sich die Beklagte erst gar nicht geäußert hat, zur Überzeugung der Kammer fest, dass der vollstationäre Krankenhausaufenthalt des Versicherten H. im streitigen o.a. Zeitraum entgegen der Auffassung der Beklagten auch unter weiterer Zugrundelegung der beigezogenen Krankengeschichte/Dokumentation aus der hier allein maßgeblichen vorausschauenden Sicht der behandelnden Ärzte im vorgenannten, allein rechtlichen relevanten Sinne notwendig war und die o.a. besonderen Mittel eines Krankenhauses zur Behandlung des H. ausweislich der Krankengeschichte mit Prof. Dr. med. D. im Ergebnis auch tatsächlich eingesetzt worden sind, wobei dies im vorgenannten Bedingungszusammenhang mit den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen hierzu auch im gesamten Behandlungszeitraum rechtlich nachweisbar notwendig gewesen ist und eine allein unvollstationäre oder insgesamt ambulante Diagnostik und Behandlung - wie von der Beklagten mit dem MDK geltend gemacht - gerade nicht ausgereicht hätte.

Insoweit ist die Kammer mit den o.a. Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, zu denen die Beklagte erst gar keine eigene Stellungnahme, auch nicht des MDK, vorgelegt hat, davon überzeugt, dass auf der Grundlage der vorliegenden Krankengeschichte des H. eine entsprechende unvollstationäre oder lediglich ambulante Diagnostik und Behandlung kontraindiziert und danach insgesamt nicht ausreichend gewesen wäre. Stattdessen hat es mit Prof. Dr. med. D. mit dessen nachvollziehbaren schlüssigen o.a. Ausführungen hierzu der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedurft, weshalb im vorliegenden Einzelfall eine Behandlung in einem Akutkrankenhaus, worauf allein abzustellen ist, vorausschauend erkennbar insgesamt rechtlich auch begründet war.

Letztlich macht sich die Kammer nach alledem die überzeugenden o.a. Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, zu denen sich die Beklagte ohne Nennung von Hinderungsgründen erst gar nicht geäußert hat, vollinhaltlich zu Eigen und verweist zum weiteren Vorbringen der Beklagten analog [§ 136 Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zusätzlich auf die Ausführungen der Klägerin und des gerichtlichen Sachverständigen hierzu.

Sollte sich das ohne Benennung von Hinderungsgründen letztlich einer zielführenden Prozessführung zuwiderlaufende Schweigen der Beklagten im vorliegenden Rechtsstreit sodann auf die bereits vorgerichtlich sinngemäß vertretene Auffassung gründen, dass Rechnungsprüfungen oder auch anschließende "Widersprüche" eines Krankenhauses allein einer einmaligen MDK-Begutachtung zugänglich seien sowie weitere Krankenhausunterlagen zur Begründung einer Rechnungsstellung im Anschluss an eine aus Sicht der Krankenkasse abgeschlossene Rechnungsprüfung nicht nachgereicht werden können und die Beklagte hieraus wie in weiteren, in der 12. Kammer des Sozialgerichts Kassel anhängigen "Krankenhausabrechnungsrechtsstreiten" ein sogenanntes Beweisverwertungsverbot ableiten, selbst wenn sie dies hier nicht explizit geltend macht, vermochte die Kammer ein solches Beweisverwertungsverbot vorliegend nicht zu erkennen.

Insoweit vertritt die Beklagte in den vorgenannten Rechtsstreiten die Auffassung, dass das Gericht bei seiner von Amts wegen vorzunehmenden Sachaufklärung u.a. nur die medizinischen Unterlagen in diese Sachaufklärung einbeziehen dürfe, die zuvor dem MDK bei seiner gutachterlichen Prüfung zur Verfügung gestanden hätten bzw. auf dessen Anforderung dem MDK vom Krankenhaus überlassen worden seien. Gleiches gelte dann für ein gerichtliches Sachverständigengutachten. Eine Begründung für diese Auffassung hat die Beklagte bisher nur vereinzelt abgegeben. Eine rechtliche Herleitung fehlt bisher in den meisten Fällen noch insgesamt. Die Beklagte stützt sich dabei letztlich auf [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) und zumindest ihrer Auffassung nach insoweit einschlägige Regelungen in der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV), die die Einbeziehung nachträglich vorgelegter weiterer Unterlagen materiell ausschließen würden, ohne dabei jedoch darzulegen, in welchem rechtlichen Rahmen die PrüfvV als Prüfverfahrensvereinbarung steht und welche Rechtsqualität der PrüfvV dabei zukommt. Auch fehlen bisher zumeist Ausführungen dazu, ob und warum die PrüfvV nach der Lesart der Beklagten (auch) für die Gerichte verbindlich sein soll, ganz zu schweigen davon, dass die PrüfvV zuletzt einer Reihe von Änderungen unterworfen war und je nach Zeitpunkt der jeweils streitigen Krankenhausbehandlung - wie auch hier - entweder noch gar nicht zur Anwendung gelangt oder in jeweils unterschiedlicher Fassung.

Auf die entsprechenden Nachweise auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zu alledem sei hingewiesen. Insbesondere auch die Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) und die Zielsetzung in der jeweils geltenden PrüfvV.

Im Zusammenhang mit einer Auseinandersetzung zur Rechtsqualität der PrüfvV fehlt der Kammer dabei z.B. jegliche Prüfung dahingehend, ob und inwieweit sich die Vertragspartner nach Lesart der Beklagten hier dann in einer Reihe von Fragen überhaupt noch im Rahmen der Ermächtigung des § 17c KHG bewegt hätten. Dies deshalb, weil sie letztlich nicht nur Verfahrensfragen, sondern im Ergebnis auch materielle Anspruchsausschlüsse geregelt hätten, die durch das SGB V ggf. erst gar nicht gedeckt wären.

Nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#); in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [§ 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V](#) möglich. Nach Satz 2 haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die [§§ 275 bis 283 SGB V](#) bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Nach Satz 4 ist die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Unmittelbar aus dem Gesetz lässt sich danach allein die Ermächtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten, nicht mehr und nicht weniger, wobei die vorgenannten Regelungen nach Auffassung des erkennenden Gerichts dann auch und gerade keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus beinhalten. Eine solche Kompetenz/Legitimation käme den "Vertragspartnern" der PrüfvV - weder für noch gegen die Beklagte - nicht zu, sie wäre nicht von § 17c Abs. 2 KHG gedeckt.

In diesem Zusammenhang verwiesen sei auf das BSG-Urteil vom 19. April 2016, [B 1 KR 33/15 R](#) (veröffentlicht u.a. in juris und unter www.sozialgerichtsbarkeit.de), wonach dann auch über die gesetzliche Ermächtigung und [§ 275 SGB V](#) hinausgehende Leistungsausschlüsse, sollten solche aus der PrüfvV tatsächlich herleitbar sein, ebenfalls zu einer Teilnichtigkeit auch der PrüfvV führen dürften. Diese soll nämlich als Prüfverfahrensvereinbarung allein verfahrensrechtliche Fragen regeln; allein hierzu waren der GKV-Spitzenverband und die Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. gesetzlich ermächtigt und nicht darüber hinaus zur Normierung "übergesetzlicher" Leistungsausschlüsse, was vorliegend dann mangels Anwendbarkeit der PrüfvV, die allein für Behandlungsfälle ab 2015 gilt, aber auch dahingestellt bleiben kann. Insoweit stammt die erste Fassung der PrüfvV zwar noch aus dem Jahr 2014, ist aber gemäß deren § 12 Abs. 1 Satz 1 überhaupt erstmals zum 1. September 2014 in Kraft getreten. Darüber hinaus gilt sie nach Satz 2 der vorgenannten Regelung dann aber auch erst für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind.

Dass ggf. ein "Verstoß" gegen [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) dann selbst keinen materiellen Anspruchsausschluss begründet, entspricht aber auch der weit überwiegenden sozialgerichtlichen Rechtsprechung, die einschließlich des BSG selbst in Fallgestaltungen der vorliegenden Art allein auf eine Verjährung abstellt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 21. April 2015, [B 1 KR 10/15 R](#), mit dem das die Auffassung der Beklagten scheinbar stützende Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 22. Mai 2014, [L 8 KR 216/13](#) ausdrücklich aufgehoben worden ist, was die Beklagte übersieht).

Vorstehendes stellt das BSG zuletzt mit Urteil vom 19. April 2016, [B 1 KR 33/15 R](#) auch nochmals ausdrücklich klar. Danach kann ein Krankenhaus nach Rechnungstellung jede Vergütung für die Behandlung Versicherter bis zum Ablauf der vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung nachfordern, solange sein Recht nicht verwirkt ist, wobei gesetzliche Wertungen - hier insbesondere solche des SGB V zum Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen - mit dem BSG (wie vor) auch nicht mit einem schlichten Hinweis auf ein nicht weiter abgeleitetes und konkretisiertes, quasi überpositives "Gebot der Waffengleichheit" überspielt werden können. Gleichzeitig kann sich eine Krankenkasse mit dem BSG (wie vor) dabei auch nicht auf eine sinngemäße Anwendung der Rechtsgedanken der Regelung des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) stützen. Der ungenutzte Ablauf der Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c S 2 SGB V](#) bewirke nämlich schon vom rechtlichen Ansatz her keinen Einwendungsausschluss. Er führe lediglich dazu, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Auffälligkeitsprüfungen nach Ablauf der Frist auf die Daten beschränkt seien, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt habe. Gleichzeitig hindere dies das Krankenhaus nach Fristablauf nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen. Es sei bloß berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf. abzuwehren. Ebenso bleibe das Recht der Krankenkassen unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen.

Vorliegend gilt im Ergebnis letztlich nichts anderes, wobei außerhalb der hier geltenden Verjährungsvorschriften Anhaltspunkte für eine Verwirkung in keiner Weise vorliegen (vgl. hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 5. Juli 2016, [B 1 KR 40/15 R](#)).

Letztlich bedeutet dies zumindest für Fallgestaltungen, in denen die Krankenhausbehandlung vor dem 1. Januar 2015 erfolgt ist, dass selbst nach Lesart der Beklagten danach auch nach [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) eine konkrete, einzelfallbezogene Betrachtung vorzunehmen bleibt, wobei sich wiederum selbst nach Lesart der Beklagten dann aber auch konkret einzelfallbezogen nicht nur die Frage stellen dürfte, welche Unterlagen der MDK konkret angefordert hat, sondern auch, ob er diese Unterlagen auf der Grundlage von [§ 276 SGB V](#) und den zwischen den Beteiligten seinerzeit geltenden Verträgen sämtlich auch anfordern durfte, ob das Krankenhaus der Anforderung zu Recht oder zu Unrecht nicht nachgekommen ist und dann insbesondere auch, warum der MDK trotz einer nicht vollständigen Übersendung angeforderter Unterlagen dennoch ein Gutachten erstellt hat, statt den Gutachtensauftrag nach vorheriger Anmahnung der Unterlagen - nach Ansicht Gerichts zumindest für Zeiten vor dem 1. Januar 2015 zwingend - als unerledigt an die Krankenkasse zurückzugeben.

Der Klage war nach alledem zunächst hinsichtlich der Hauptforderung insgesamt stattzugeben. Dabei folgt der ausgeurteilte Zahlungsanspruch der Höhe nach der von der Beklagten zunächst auch unbeanstandet ausgeglichenen o.a. Rechnung, ohne dass die Kammer hier Fehler rechtlicher, tatsächlicher oder rechnerischer Art zu erkennen vermocht hätte. Der ausgeurteilte Zinsanspruch folgt mit der Klägerin und dem hier insoweit eingetretenen Verzug zumindest im Ergebnis aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, [B 3 KR 4/03 R](#) und vom 19. April 2007, [B 3 KR 10/06 R](#)), bei einem konkreten Verzinsungsbeginn hier jedoch erst ab dem Tag nach der vollzogenen Aufrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 17. September 2013, [B 1 KR 67/12 R](#)).

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören. Die Klageabweisung fiel dabei insgesamt auch nicht ins Gewicht

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es, soweit die Beklagte beschwert ist, nicht; Berufungsausschlussgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 Euro übersteigt.

Soweit die Klägerin beschwert ist, vermochte die Kammer, nachdem der Beschwerdewert 750,00 Euro nicht übersteigt, Gründe für eine Zulassung der Berufung nicht zu erkennen.

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der streitigen Forderung folgt, findet nach [§ 25 Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-01-24