
S 33 KR 2681/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KR 2681/19
Datum	19.04.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 385/21 KH
Datum	16.02.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.04.2021 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 7.232,96 € festgesetzt.

Ä

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer vollstationären durchgeführten Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin des nach §§ 108, 109 (Sozialgesetzbuch fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, nachfolgend: SGB V) zugelassenen A-Klinikums in D. In der Zeit vom 23.04.2019 bis zum 26.04.2019 wurde dort die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin R (nachfolgend: Versicherte)

vollstationär zur Durchführung eines bariatrischen Eingriffs behandelt.

Unter Angabe der DRG K04Z (Große Eingriffe bei Adipositas) stellte die Klägerin der Beklagten die von ihr im obigen Zeitraum erbrachten Leistungen am 02.05.2019 in Höhe von 7.232,96 € in Rechnung.

Als Hauptdiagnose setzte die Klägerin dabei nach Maßgabe des ICD-10-GM-Schlüssels den Code E66.02 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter) und als Nebendiagnosen die Codes J44.99 (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet), Z96.65 (Vorhandensein einer Kniegelenksprothese) und K44.9 (Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän) an. Hinsichtlich der Prozeduren gab sie nach Maßgabe der amtlichen Klassifikation zum Verschluss von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen (OPS) die Codes 5-445.41 (Gastroenterostomie ohne Magenresektion (Bypassverfahren): Mit Staplernahht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Laparoskopisch), 5-538.a (Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material) und 5-98c.1 (Anwendung eines Klammernahhtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahhtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung) an.

Die Beklagte beglich die Rechnung nicht, eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) leitete sie ebenfalls nicht ein. Sie teilte der Klägerin lediglich am 19.05.2019 per Datenträgeraustausch mit, dass die Rechnung zurückgewiesen werde, da keine Kostenzusage für die Operation vorliege und es sich nicht um eine Kassenleistung handele.

Die Klägerin hat am 23.12.2019 Klage erhoben.

Sie hat die Auffassung vertreten, dass sich der Anspruch auf Zahlung der eingeklagten Vergütung bereits daraus ergebe, dass die Beklagte die Rechnung nicht innerhalb von 15 Tagen nach Rechnungseingang beglichen habe. Hierzu sei sie nach dem Landesvertrag nach [Â§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) verpflichtet gewesen. Die Forderung sei seinerzeit bereits fällig geworden. Medizinische Einwände könne die Beklagte nicht mehr erheben. Insoweit unterliege sie einem Einwendungsausschluss, da sie es unterlassen habe, innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) ein Prüfverfahren einzuleiten. Sie, die Klägerin, sei ihren Informationsobliegenheiten nach [Â§ 301 Abs 1 SGB V](#) nachgekommen, indem sie die Beklagte sowohl über Anlass, Verlauf sowie Haupt- und Nebendiagnosen informiert habe. Weitere Unterlagen und Informationen habe die Beklagte auch nicht angefordert. Darüber hinaus sei nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung das Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung der Beklagten im Verhältnis zum Leistungserbringer unschädlich und stehe dem Vergütungsanspruch des Leistungserbringers nicht entgegen. Mit Schriftsatz vom 04.05.2020, eingegangen bei der Beklagten am 14.05.2020, hat die Klägerin unter Beifügung eines

Arztbriefs vom 12.02.2019 von Dr. G, Chefarzt der Klinik für Adipositas- und Metabolische Chirurgie des klägerischen Krankenhauses vorgetragen, abgesehen davon habe im Fall der Versicherten auch die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung bestanden. Vor dem streitgegenständlichen vollstationären Aufenthalt habe die Versicherte im Zeitraum vom 02.01.2018 bis zum 03.07.2018 an einem multimodalen konservativen Therapieprogramm im A-Adipositaszentrum NRW teilgenommen. Trotz ernährungstherapeutischer Beratung, einer bewegungstherapeutische Begleitung und der Beurteilung der Versicherten durch eine psychologische Psychotherapeutin habe die Versicherte ihr Gewicht während des multimodalen konservativen Therapieprogramms lediglich um 5,1 kg reduzieren können. Aufgrund der frustranen konservativen Therapie sowie der Adipositas Grad III in Verbindung mit den adipositasassoziierten Begleiterkrankungen wie COPD, Belastungsdyspnoe, Gonarthrose links und überlastungsbedingten Hüftschmerzen habe eine Indikation für den bariatrischen Eingriff bestanden.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.232,96 € nebst Zinsen iHv 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.05.2019 zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung vorgetragen, dass ein operativer Eingriff in ein funktionell intaktes Organ nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung einer speziellen Rechtfertigung bedürfe, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen seien. Zu fordern sei in jedem Fall eine schwerwiegende Erkrankung, die erfolglose Ausschöpfung aller konservativen Behandlungsmaßnahmen (ultima ratio) und die mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme den gewünschten Behandlungserfolg bringe. Die Inanspruchnahme der vollstationären Behandlung sei vorliegend ohne vorherige Antragstellung der Versicherten und ohne Genehmigung durch die Beklagte erfolgt. Eine Adipositas-Behandlung könne im Regelfall ambulant erfolgen. Die Klägerin habe mit dem Aufnahmedatensatz keine Angaben über das Vorliegen besonderer Fallumstände gemacht, die hier ausnahmsweise die Notwendigkeit der infrage stehenden Operation hätten begründen können. Sie hat die Auffassung vertreten, dass die fehlende Antragstellung der Versicherten sowie die fehlende Angabe von Gründen durch die Klägerin, die die Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts hätten begründen können, zur Folge habe, dass die Rechnung nicht fällig geworden und die Frist nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) nicht zu laufen begonnen habe.

Das Sozialgericht Düsseldorf hat die Beklagte nach entsprechender Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 19.04.2021 antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 7.232,96 € nebst Zinsen zu zahlen.

Das Sozialgericht hat zur Begründung ausgeführt, dass der Anspruch entgegen der Auffassung der Beklagten erfüllt geworden sei. Die vom Bundessozialgericht aufgestellten Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Abrechnung als Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten seien hier erfüllt. Zur gebotenen Information gehe es danach zwar, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose nennt, die die ärztliche Behandlung rechtfertigen könne, sondern darüber hinausgehend Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen mache, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können. Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlten Informationen über den Grund der Aufnahme und damit eine der zentralen Angaben, die die Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötige. Die so erforderlichen wesentlichen Angaben nach [§ 301 SGB V](#) habe die Klägerin jedoch gemacht. Entscheidend für den Umfang der Informationsobliegenheiten nach [§ 301 SGB V](#) sei, ob der konkrete Eingriff regelmäßig ambulant durchgeführt werden könne. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei hingegen nicht relevant, ob die dem Eingriff zugrundeliegende Erkrankung auch ambulant behandelt werden könne. Zwischen den Beteiligten sei unstrittig, dass es sich bei der durchgeführten Prozedur 5-445.41 (Gastroenterostomie ohne Magenresektion) um einen Eingriff handle, der nicht ambulant, sondern nur stationär durchgeführt werden könne. Ob die stationäre Behandlung tatsächlich medizinisch erforderlich im Sinne von [§ 39 SGB V](#) gewesen ist, unterliege vorliegend nur einer eingeschränkten Überprüfung, weil die Beklagte es unterlassen habe, eine MDK-Prüfung innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des seinerzeit geltenden [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) einzuleiten. Unter Berücksichtigung der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung sei damit eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten. Bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen seien Krankenkasse und MDK nach Ablauf der Frist auf die Daten beschränkt, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt jeweils zur Verfügung gestellt habe. Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirke auch im Gerichtsverfahren fort. Die Amtsermittlungspflicht nach [§ 103 SGG](#) werde auf diese Weise eingeschränkt. Die Prüfung beschränke sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach [§ 301 Abs 1 SGB V](#) ermittelten Daten darstelle. Diesen lasse sich aber lediglich entnehmen, dass bei einer Adipositas Grad III der Versicherten eine vollstationäre Behandlung zur Durchführung einer Gastroenterostomie ohne Magenresektion bei gleichzeitigem Vorliegen einer COPD und einer Kniegelenksprothese durchgeführt worden sei. Anhaltspunkte, dass und ggf warum die stationäre Behandlung nicht erforderlich gewesen sein sollte, ließen sich den so ermittelten Angaben nicht entnehmen. Von einer Erforderlichkeit der stationären Behandlung sei daher auszugehen. Dies gelte umso mehr, als sich die Klägerin auch auf die S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen berufe, wonach die Indikation für einen adipositas-chirurgischen Eingriff ua bei Patienten mit einem BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ohne

Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen nach Erschöpfung der konservativen Therapie bestehen können. Diese Voraussetzungen hätten auch auf die Versicherte zugetroffen, die an einer Adipositas Grad III-Erkrankung mit einem BMI größer gleich 40kg/m² gelitten habe und erfolglos im Wege eines multimodalen Therapiekonzepts behandelt worden sei. Soweit sich die Beklagte darauf berufe, die Maßnahme im Vorhinein nicht genehmigt zu haben, schließe dies den Anspruch nicht aus. Denn die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde und iSv [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich sei.

Gegen das ihr am 28.04.2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 12.05.2021 Berufung eingelegt.

Ihrer Auffassung zufolge ist das Sozialgericht fehlerhaft davon ausgegangen, dass eine weitergehende Begründung im Rahmen der Übermittlung der Datensätze gem [Â§ 301 SGB V](#) in Fällen wie dem vorliegenden nicht erforderlich sei. Infolgedessen sei es auch fehlerhaft von der Richtigkeit der Rechnung ausgegangen, auch die Frist des [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) (in der seinerzeitigen Fassung) habe aus diesem Grund nicht zu laufen begonnen. Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihren erstinstanzlichen Vortrag. Auch in Fällen sog mittelbarer Eingriffe, die nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung lediglich als ultima ratio zulässig seien, gelte eine erhöhte Informationsverpflichtung des Krankenhauses. Es gelte derselbe Maßstab wie etwa bei der stationären Durchführung von Eingriffen, die in den sog AOP-Katalog aufgenommen worden sind. Insoweit habe das Bundessozialgericht klargestellt, dass die Richtigkeit der Rechnung auch und insbesondere davon abhängige, ob im Rahmen der Übermittlung der Daten gem [Â§ 301 SGB V](#) weitergehend begründet worden ist, warum die eigentlich ambulant erbringbare Leistung stationär zu erbringen war. Ein derartiges Informationsbedürfnis bestehe auch in einem Fall wie dem vorliegenden, um die Plausibilität der Rechnung prüfen und ggf entscheiden zu können, ob ein Prüfverfahren eingeleitet werden müsse. Insoweit sei auf die Erkrankung, die regelhaft ambulant zu behandeln sei, nicht auf die Maßnahme selbst – die unstreitig stationär zu erbringen sei – abzustellen. Die Behandlungsbedürftigkeit einer Adipositas resultiere regelmäßig aus einer falschen Ernährung und unzureichender Bewegung, nicht hingegen aus einem Organdefekt. Der Problematik können daher im Rahmen einer ambulanten Behandlung begegnet werden, ein operatives Vorgehen ohne vorherige Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten stelle ein atypisches Vorgehen und letztlich einen begründungsbedürftigen mittelbaren Eingriff dar. Aus diesem Grund reiche die Mitteilung über die Art der Behandlung dieser Erkrankung für eine schlüssige Rechnungsstellung nicht aus. Die Information über ausgeschöpfte konservative Behandlungsmöglichkeiten zähle zu den Mindestangaben, die nach [Â§ 301 SGB V](#) vom Krankenhaus zu übermitteln seien. Zwar fehlten für derartige Eingaben entsprechende Felder in der Datenbank, dies sei indes nicht den Krankenkassen anzulasten. Das Krankenhaus müsse in derartigen Fällen auf andere Weise eine Begründung übermitteln. Erst anhand

dieser Informationen sei es der Krankenkasse möglich, über die Notwendigkeit einer weitergehenden medizinischen Überprüfung zu befinden. Die Sichtweise des Sozialgerichts führe dazu, dass die Krankenkassen in Fällen wie dem vorliegenden stets gehalten wären, eine Prüfung durch den MDK einzuleiten, was der Intention des [§ 275 SGB V](#) widerspreche. Anders als bei allen anderen Behandlungen und Maßnahmen könne sie die adipositas-chirurgische Operation nicht ohne diese Informationen auf ihre Schließigkeit prüfen. Soweit die Klägerin auf die einschlägige S 3-Leitlinie abstelle, könne diese die von der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze nicht überlagern. Im Übrigen sei auch unter Berücksichtigung der Leitlinie nicht ohne Weiteres von der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs auszugehen, wenn nur ein bestimmter Body-Mass-Index (BMI) überschritten ist. Vielmehr bedürfte es auch in diesem Fall stets einer individuellen Berücksichtigung der Gesamtsituation und einer entsprechenden Abwägung.

Auf den Hinweis des Senats in der mündlichen Verhandlung vom 16.02.2022, dass die Forderung der Klägerin spätestens mit ihrer im Gerichtsverfahren erfolgten weitergehenden Begründung vom 04.05.2020 (Zugang bei der Beklagten am 14.05.2020) fällig geworden ist, hat die Beklagte die Hauptforderung in Höhe von 7.232,96 € sowie Zinsen hieraus für die Zeit ab dem 30.05.2020 anerkannt. Darüber hinaus hat die Beklagte ein Kostengrundanerkennnis abgegeben.

Nachdem die Beklagte ursprünglich begehrt hatte, dass Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.04.2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hat sie nach Abgabe des Anerkenntnisses zuletzt beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.04.2021 zu ändern und die Klage hinsichtlich des Zinsanspruches für die Zeit vom 18.05.2019 bis zum 29.05.2020 abzuweisen.

Die Klägerin hat das Anerkenntnis der Beklagten angenommen und beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor, dass die von ihr übermittelten Daten gem [§ 301 SGB V](#) vollständig gewesen seien. Die Rechnung sei plausibel gewesen und hätte eine weitergehende Prüfung ermöglicht. Eine Plausibilitätsprüfung sei überdies von der Beklagten zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen worden. Vielmehr habe die Beklagte die Rechnung mit Verweis auf die fehlende Kostenzusage zurückgewiesen. Weitergehende Daten seien von der Beklagten auch in der Folge nicht angefordert worden. Die von der Beklagten in Bezug genommene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach bei stationärer Durchführung einer grundsätzlich dem vertragsärztlichen Bereich zugewiesenen Behandlung bei der Übermittlung der Daten gem [§ 301 SGB V](#) weitergehende Angaben zum Grund der Aufnahme zu machen seien, finde auf den zu beurteilenden Sachverhalt keine Anwendung, da der in Rede stehende Eingriff nicht ambulant durchzuführen sei. Soweit die Beklagte medizinische Einwände erhebe, seien diese im Rahmen eines MDK-Prüfverfahrens zu begutachten.

Insoweit bestehe indes ein Einwendungsausschluss. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der Beklagten.

Â

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [Â§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie nach [Â§ 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgemäß eingelegte und auch im übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

Nachdem die Beklagte den Zahlungsanspruch hinsichtlich der Hauptforderung sowie hinsichtlich der Zinsforderung für die Zeit ab dem 30.05.2020 anerkannt und die Klägerin dieses Anerkenntnis angenommen hat, hat sich der Rechtsstreit insoweit erledigt ([Â§ 101 Abs 2 SGG](#)), sodass hinsichtlich des Zahlungsbegehrens nur noch über den von der Klägerin weitergehend geltend gemachten Zinsanspruch für die Zeit vom 18.05.2019 bis zum 29.05.2020 zu entscheiden war.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin Zinsen auch für diesen Zeitraum zu zahlen. Die Klage ist zulässig (dazu I.) und begründet (II.).

I.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [Â§ 54 Abs 5 SGG](#) statthaft. Bei einer wie hier auf Verzinsung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenhausträgers handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl etwa Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.06.2000 [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 23.07.2002 [B 3 KR 64/01 R](#)), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

II.

Die Klage ist auch begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung von Zinsen auch für den Zeitraum vom 18.05.2019 bis zum 29.05.2020. Die Beklagte hat den Ausgleich der von der Klägerin in Rechnung gestellten Vergütung zu Unrecht verweigert, sodass Zahlungsverzug eingetreten ist.

1.

Anspruchsgrundlage für den Zahlungsanspruch der Klägerin ist [Â§ 109 Abs 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), iVm [Â§ 7](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), iVm der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenkassen (Fallpauschalenvereinbarung), iVm [Â§ 17b](#) des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenkassen und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), iVm der zwischen den Beteiligten für die Versorgung geschlossenen Budget- und Entgeltvereinbarung sowie iVm dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag nach [Â§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) (Landesvertrag).

Der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses und damit einhergehend auch die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht dabei unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch eine versicherte Person, wenn die Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iSd [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenkassen nach [Â§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (vgl BSG, Urteil vom 14.10.2014 [B 1 KR 27/13 R](#)) vorliegen.

Nach [Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([Â§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) ist nur dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung allein mit Hilfe der besonderen Mittel eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Die Krankenhausbehandlung wird gemäß [Â§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([Â§ 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 ([Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#); BSG, Urteil vom 16.05.2012 [B 3 KR 14/11 R](#)). Die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich mithin nach den medizinischen Erfordernissen (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 [GS 1/06](#); BSG, Urteil vom 16.12.2008 [B 1 KN 3/08 KR R](#)).

Gem [Â§ 15 Abs 1 Satz 1](#) des Landesvertrags sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der [Â§ 284, 285, 288 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Verzugszinsen in Höhe von 2 vH über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank (nunmehr Basiszinssatz) ab dem auf den

Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen (§ 15 Abs 1 Satz 4).

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines Anspruchs auf Vergütung einer Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Versicherten jedoch eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Eine in diesem Sinne ordnungsgemäße Abrechnung setzt wiederum eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, wird die abgerechnete Forderung nicht fällig. Die Fälligkeit der Vergütungsforderung tritt in diesem Falle erst ein, wenn das Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten gegenüber der Krankenkasse erfüllt hat (vgl insoweit exemplarisch nur BSG, Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 14/12 R](#) – juris, Rn 34; Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – zitiert nach juris, Rn 10).

Unter Berücksichtigung dieser Maßgaben hatte die Klägerin Anspruch auf Zahlung der von ihr geforderten Vergütung ab dem Eingang der Rechnung am 02.05.2019, sodass die Beklagte durch die Nichtzahlung der Vergütung ab dem 18.05.2019 Verzugszinsen zu zahlen hatte.

2.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist entstanden und entgegen der Auffassung der Beklagten mit Eingang der Rechnung bei der Beklagten am 02.05.2019 auch innerhalb von 15 Kalendertagen fällig geworden. Die Klägerin hat die ihr obliegenden Informationspflichten erfüllt. Die Beklagte war auf Grundlage der ihr zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen in der Lage, die Rechnung auf ihre Plausibilität zu prüfen und ggf eine weitergehende Prüfung durch den MDK einzuleiten.

a)

Der Vergütungsanspruch ist mit Erbringung der in Rede stehenden stationären Behandlungsleistung durch das nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus der Klägerin entstanden.

Einer vorherigen Kostenübernahmeerklärung der Beklagten bedurfte es hierzu – wie auch das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat – nicht (vgl insoweit nur BSG, Urteil vom 11.04.2002 – [B 3 KR 24/01 R](#) – juris, Rn 23). Die stationäre durchgeführte Behandlung war auch erforderlich iSd [§ 39 SGB V](#) (s hierzu 3.).

b)

Der Anspruch ist bereits zum vorgenannten Zeitpunkt fällig geworden. Gem [§ 301 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen, bis zum 10.05.2019 geltenden Fassung vom 11.12.2018, aF) sind nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenkassen verpflichtet,

den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Absatz 2 Nummer 1 bis 10 sowie das krankenspezifische Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

aa)

Diese Informationen hat die Klägerin an die Beklagte übersandt. Dem von der Beklagten erhobenen Einwand, für eine Plausibilitätsprüfung der Rechnung fehle es an einer weitergehenden Begründung für den Grund der stationären Adipositas-Behandlung, folgt der Senat nicht.

Für die Beurteilung der Frage, ob es im Rahmen der Übermittlung der Daten gem [§ 301 SGB V](#) hier im Hinblick auf die Daten gem Abs 1 Satz 1 Nr 3 (Grund der Aufnahme) weiterer Informationen bedarf, ist wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat auf die erbrachte Leistung bzw die konkret durchgeführte *Maßnahme*, nicht aber auf die *Erkrankung* abzustellen. Die tatsächlich durchgeführte Behandlung (der bariatrische Eingriff) erforderte aber dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig eine stationäre

Behandlung und kann regelhaft nicht ambulant erbracht werden, sodass es weitergehender Informationen zum Grund der Aufnahme nicht bedurfte.

Richtig ist zwar, dass das Bundessozialgericht unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ die Pflicht eines Krankenhauses statuiert hat, im Rahmen der Übermittlung der Daten gem [Â§ 301 Abs 1 SGB V](#) hinsichtlich des Grundes der Aufnahme (Satz 1 Nr 3) ebenfalls notwendige Angaben dazu zu machen, warum eine im Regelfall ambulant durchführbare Versorgung im konkreten Einzelfall stationär vorgenommen worden ist (Urteil vom 21.03.2013 â€‹ [B 3 KR 28/12 R](#) â€‹ juris, Rn 16). Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht mit gleicher Entscheidung klargestellt, dass eine Krankenkasse bei einer in der Regel ambulant durchführbaren Versorgung bereits aus Rechtsgründen Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit haben müsse, wenn sie vom Krankenhaus keine Angaben dazu erhalten hat, warum im abgerechneten Einzelfall gleichwohl eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sein soll, weil das Behandlungsziel mit den ambulanten Möglichkeiten nicht erreicht werden konnte (BSG, aaO). Unter Berücksichtigung allein dieser Ausführungen insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Bundessozialgericht allgemein von *der medizinischen Versorgung* spricht â€‹ mag das von der Beklagten zum Ausdruck gebrachte Verständnis, wonach in Fällen, in denen ein operativer Eingriff wie der hier in Rede stehende bariatrische Eingriff bei einer Adipositas-Erkrankung vermeintlich regelhaft nur ultima ratio ist, eine stationäre Behandlung bereits im Rahmen der Übermittlung der Daten gem [Â§ 301 SGB V](#) einer weitergehenden Begründung im Hinblick auf die ausgeschöpfte ambulante Therapie bedürfe, nachvollziehbar sein.

Ein derartiges Verständnis griffe indes zu kurz und ließe sowohl die weitergehenden Ausführungen des Bundessozialgerichts als auch den Sinn und Zweck dieser Rechtsprechung außer Acht. Anknüpfungspunkt für die Frage, ob eine weitergehende Begründung bereits im Rahmen der Übermittlung der Daten gem [Â§ 301 SGB V](#) erforderlich ist, ist â€‹ wie bereits angeführt â€‹ stets die stationär durchgeführte *Maßnahme*, nicht â€‹ wie die Beklagte meint â€‹ die diese Maßnahme eventuell erforderlich machende Erkrankung. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den hierzu relevanten Entscheidungen des Bundessozialgerichts. So hat das Bundessozialgericht in ob Entscheidung ([B 3 KR 28/12 R](#)) Folgendes ausgeführt:

„Der Nachweis der Erforderlichkeit der stationären Behandlung des Versicherten als Vergütungsvoraussetzung ist (â€‹) auch nicht deshalb entbehrlich, weil es sich vorliegend um eine medizinische Maßnahme im Rahmen von [Â§ 115b SGB V](#) handelt. Denn die Herzkatheteruntersuchung kann trotz ihrer Aufnahme in den Katalog nach [Â§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V](#) fakultativ auch stationär durchgeführt werden. Der Statuierung einer Ausnahme von der Pflicht zur Angabe des Grundes der Aufnahme stände (â€‹) [Â§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) iVm [Â§ 115b SGB V](#) und der auf dieser Rechtsgrundlage geschlossene â€‹ Vertrag nach [Â§ 115b Abs 1 SGB V](#) â€‹ Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhausâ€‹ entgegen (â€‹). Die im Urteil vom 16.5.2012 für stationäre Versorgungen, die in der Regel ambulant zu erbringen sind, entwickelten

Grundsätze finden deshalb uneingeschränkt auch im Rahmen des [Â§ 115b SGB V Anwendung](#) (BSG, aaO [â€ juris, Rn 20](#)).

Das Bundessozialgericht fÃ¼hrt weiter aus, dass der VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses nur entstehe, wenn die Krankenhausbehandlung erforderlich iSv [Â§ 39 SGB V](#) gewesen ist, es mÃ¼sse mithin des Einsatzes der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedurft haben, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Davon sei [â€ bei ambulant durchfÃ¼hrbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen nach Â§ 115b SGB V nur auszugehen, wenn im jeweiligen konkreten Einzelfall die ambulanten VersorgungsmÃ¶glichkeiten zur Verfolgung der Behandlungsziele des Â§ 27 Abs 1 S 1 SGB V nicht ausreichend sind. DiesbezÃ¼glich haben die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die BundesverbÃ¤nde der KrankenhaustrÃ¤ger gemeinsam und die KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchfÃ¼hrbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe vereinbart \(Â§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V\). Darin sind diejenigen ambulant durchfÃ¼hrbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert benannt, die in der Regel ambulant durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen, und allgemeine TatbestÃ¤nde bestimmt, bei deren Vorliegen eine stationÃ¤re DurchfÃ¼hrung erforderlich sein kann \(Â§ 115b Abs 1 S 2 SGB V\). Dies belege, \[â€ dass der in Â§ 39 Abs 1 S 2, 73 Abs 4 S 1 SGB V normierte Nachrang der stationÃ¤ren Versorgung auch bei den Katalogleistungen nach Â§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V gilt \\(â€\\). Werden diese Leistungen nicht ambulant erbracht, besteht Anlass fÃ¼r das Krankenhaus, den Grund fÃ¼r die stationÃ¤re Aufnahme \\[â€ wenn es sich schon nicht aus den Aufnahmediagnosen selbst ergibt \\\[â€ nÃ¤her darzulegen, also auch fÃ¼r die hier von der KlÃ¤gerin erbrachte Herzkatheteruntersuchung. Zwar gilt fÃ¼r Leistungen dieser Art nicht schon eine grundsÃ¤tzliche Vermutung, dass sie von besonderen AusnahmefÃ¤llen abgesehen dem ambulanten Bereich vorbehalten sind. Darauf kommt es indes nicht maÃgebend an. Entscheidend ist vielmehr, dass die Aufnahme in den Katalog des Â§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V prinzipiell die MÃ¶glichkeit ihrer Erbringung im ambulanten Rahmen erÃ¶ffnet und deshalb die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Versorgung der besonderen BegrÃ¼ndung bedarf\\\]\\\(#\\\) \\\(BSG, aaO \\\[â€ juris, Rn 21\\\]\\\(#\\\), hervorgeh. durch den erkennenden Senat\\\).\\]\\(#\\)\]\(#\)](#)

Auch in der Entscheidung vom 21.04.2015 ([B 1 KR 10/15 R](#)) hat das Bundessozialgericht weitergehende Angaben zum Grund der Aufnahme iSv [Â§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) im Hinblick auf die durchgefÃ¼hrte MaÃnahme [â€ im Wesentlichen eine Audiometrie \[â€ fÃ¼r Notwendig erachtet und nicht etwa an die zugrunde liegende Erkrankung \\(EntzÃ¼ndung des Knorpelgewebes des linken Ohres\\) angeknÃ¼pft. Das Bundessozialgericht hat insoweit Folgendes ausgefÃ¼hrt: \\[â€ Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen \\\(Â§ 163 SGG\\\) des LSG ergab sich vor dem Hintergrund der benannten Hauptdiagnose erst aus dem von der KlÃ¤gerin zunÃ¤chst nicht mitgeteilten Umstand einer antibiotischen Behandlung die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit, nicht jedoch schon aus der angegebenen Audiometrie. Der OPS \\\(2009\\\) erlaubt zwar auch die Kodierung medikamentÃ¶ser Therapien \\\(OPS Kapitel 6: MEDIKAMENTE \\\). Dort wird aber das\\]\\(#\\)\]\(#\)](#)

dem Versicherten intravenös verabreichte Antibiotikum (Handelsname: Sobelin; Wirkstoff: Clindamycin) nicht genannt. Insoweit war die Klägerin gehalten, um den Eindruck einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit zu vermeiden, der Beklagten den Einsatz des Antibiotikums in anderer geeigneter Form mitzuteilen (BSG, aaO â juris, Rn 12, hervorgeh. durch den erkennenden Senat).

Auch bereits zuvor, mit Entscheidung vom 27.11.2014 ([B 3 KR 7/13 R](#)), hat das Bundessozialgericht nach dem Verstandnis des Senats deutlich zu Ausdruck gebracht, dass Anknüpfungspunkt für die Prüfung, ob weitergehende Informationen zum Grund der Aufnahme zu ermitteln sind, die im Krankenhaus durchgeführte Maßnahme und nicht die Erkrankung selbst ist. Das Bundessozialgericht hat hier wie folgt entschieden: *â/st (â!) ein bestimmter Eingriff sowohl ambulant als auch stationär möglich, wie es bei Bänderoperationen an der Hand nach dem OPS-Kode 2007: 5-841.24 der Fall ist, hat das Krankenhaus schon bei der Datenermittlung nach [Â§ 301 SGB V](#) im Abschnitt *âGrund der Aufnahme* ([Â§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)) mitzuteilen, weshalb im konkreten Fall die stationäre Aufnahme medizinisch notwendig war, eine ambulante Versorgung also ausschied, soweit sich dies nicht schon aus den Aufnahmediagnosen selbst ergibt* (BSG, aaO â juris, Rn 29, hervorgeh. durch den erkennenden Senat).

Daraus folgt, dass weitergehende Informationen zum Grund der Aufnahme nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung dann, aber auch nur dann, zu ermitteln sind, wenn eine Behandlung stationär durchgeführt wird, die grds auch im Rahmen einer ambulanten Versorgung hätte erbracht werden können (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29.03.2019 â [L 1 KR 101/17](#) â juris, Rn 23).

Wäre hingegen, wie die Beklagte es für erforderlich erachtet, an die Erkrankung angeknüpft, könnte der hinter der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung stehende Zweck nicht erreicht werden. Mit den weitergehenden Informationen zum Grund der Aufnahme soll â nach dem Verstandnis des Senats â auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung lediglich eine Plausibilitätsprüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse ermöglicht werden. Nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bestehen wechselseitige Auskunfts-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK auf drei Ebenen: *âDanach sind zwingend auf der ersten Stufe zunächst die Angaben nach [Â§ 301 Abs 1 SGB V](#) (â!) zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu ermitteln. (â!) Erschließen sich aufgrund dessen oder eines landesvertraglich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht selbst, hat diese auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [Â§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, die auf der Grundlage der vom Krankenhaus der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen â also insbesondere den Angaben nach [Â§ 301 SGB V](#) â sowie ggf*

mit vom Versicherten überlassenen Unterlagen zu erstellen ist. Die Pflicht des Krankenhauses zu ergänzenden Angaben im Hinblick auf den Grund der Aufnahme soll dann bestehen, wenn die stationäre Versorgung eine Abweichung vom Standardvorgehen – ambulant vor stationär – darstellt (BSG, Urteil vom 21.03.2013 – [B 3 KR 28/12 R](#) – juris, Rn 12, 16). Der Standard bzw das jeweilige Standardvorgehen muss sich dabei zur –berzeugung des Senats für die medizinisch in der Regel nicht gesondert ausgebildeten Mitarbeiter der Krankenkasse anhand eindeutiger, klar festgelegter Kriterien ergeben.

Dementsprechend hat auch das Bundessozialgericht – wie oben ausgefahrt – insbesondere auf den Katalog gem [ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) abgestellt, aus dem klar ersichtlich ist, welche Art von Behandlung regelhaft ambulant erfolgen kann. Dass es, abgesehen von Leitlinienempfehlungen, einen derart eindeutig festgelegten Standard hinsichtlich der Behandlung von Erkrankungen geben kann, hält der Senat bereits prinzipiell für zweifelhaft, weil die Frage, welche Behandlung durchgefahrt werden kann oder soll, stets individuell anhand des Gesundheitszustandes des Patienten und den sonstigen Umständen zu beurteilen sein dürfte. Jedenfalls aber für die Behandlung der Adipositas-Erkrankung kann – entgegen der Annahme der Beklagten – nicht von einem klar festgelegten Behandlungs-Standard ausgegangen werden. Dies ergibt sich insbesondere aus der einschlugigen S 3-Leitlinie – Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen –

(https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf). Dieser ist zu entnehmen, dass adipositas-chirurgische Eingriffe sowohl indiziert sein können, wenn zuvor eine konservative Therapie durchgefahrt wurde als auch – unter bestimmten Umständen – wenn ein derartiger konservativer Therapieversuch zuvor nicht erfolgt ist. Soweit die Beklagte auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 19.02.2003 ([B 1 KR 1/02 R](#)) rekurriert und hieraus ein Standardvorgehen bei der Behandlung der in Rede stehenden Erkrankung ableiten will, geht dieser Rekurs fehl. Entgegen der Auffassung der Beklagten hat das Bundessozialgericht in dieser Entscheidung nicht festgelegt, dass – bei der Adipositas allgemein die ambulante Behandlung den Regelfall darstellt und die chirurgischen Maßnahmen nicht als gleichrangige Alternativen zur Verfügung stehen –. Zutreffend ist insoweit zwar, dass das Bundessozialgericht den adipositas-chirurgischen Eingriff als mittelbare Therapie bezeichnet hat und – entsprechend seiner ständigen Rechtsprechung – für eine derartige Behandlung eine besondere (medizinische) Rechtfertigung erforderlich ist (BSG, aaO – juris, Rn 12). Explizit wird in der Entscheidung indes auch ausgefahrt, dass in jedem Einzelfall zu prüfen ist, *ob bei dem jeweiligen Patienten die Indikation für eine solche Therapie gegeben ist*, mithin, *ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diastische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist* (BSG, aaO – juris, Rn 21). Unter Bezugnahme auf eine Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft aus dem Jahr 1998 hat das Bundessozialgericht sodann festgestellt, dass die Implantation eines Magenbandes nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht komme, die in der Leitlinie näher bestimmte Bedingungen – insbesondere die Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten – erfüllen. Ein allgemein galtiges

Standardvorgehen bei der Behandlung von Adipositas hat das Bundessozialgericht damit aber gerade nicht statuiert, es hat vielmehr allein auf die seinerzeit geltenden [â](#) zwischenzeitlich [Ã](#)berholten [â](#) Leitlinien rekurriert. Fehlt es somit an einem klar festgelegten Standardvorgehen, bedarf es zur [Ã](#)berprÃ¼fung der Erforderlichkeit der Behandlung einer medizinischen Begutachtung durch den MDK, der von den in der Regel gerade nicht medizinisch versierten Mitarbeitern der Krankenversicherung auf der zweiten Stufe des vom Bundessozialgericht entwickelten PrÃ¼fungsschemas einzubeziehen ist und darÃ¼ber zu befinden hat, ob die bereits vorgelegten Unterlagen zur Feststellung, ob die Voraussetzungen des [Â§ 39 SGB V](#) gegeben waren, oder ob es weitergehender Unterlagen fÃ¼r eine entsprechende Begutachtung bedarf.

bb)

Anderweitige Aspekte, die der FÃ¼lligkeit der Forderung entgegenstehen, liegen nicht vor und sind auch von der Beklagten nicht vorgetragen worden.

3.

Die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten war auch medizinisch indiziert, wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat und auch von der Beklagten, die den VergÃ¼tungsanspruch im Berufungsverfahren anerkannt hat, nicht mehr in Abrede gestellt wird.

4.

Das Sozialgericht hat die Beklagte schlieÃlich auch zutreffend unter BerÃ¼cksichtigung von [Â§ 15 Abs 1 Satz 1, 2 Landesvertrag](#) zur Zahlung von Zinsen iHv 2%-Punkten [Ã](#)ber dem Basiszinssatz seit dem 18.05.2019 verurteilt. Danach sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Bei [Ã](#)berschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach MaÃgabe der [Â§Â§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#) Verzugszinsen in HÃ¶he von 2 vH [Ã](#)ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank (nunmehr Basiszinssatz) ab dem auf den FÃ¼lligkeitstag folgenden Tag verlangen. Die KlÃ¤gerin hat Zinsen fÃ¼r die Zeit ab dem 18.05.2019 beantragt, diesem Antrag war unter BerÃ¼cksichtigung der obigen AusfÃ¼hrungen zu entsprechen.

III.

Die Kostenentscheidung ergeht entsprechend dem von der KlÃ¤gerin angenommenen Anerkenntnis der Beklagten.

IV.

Anlass, die Revision nach [Â§ 160 Abs 2 SGG](#) zuzulassen, bestand nicht.

V.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [Â§ 197a Abs 1 Satz 1](#), 1. HS SGG iVm [Â§Â§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 1 und Abs 3](#), [47 Abs 1](#) des Gerichtskostengesetzes.

Â

Erstellt am: 30.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024