S 65 KR 877/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 65 KR 877/16
Datum	03.07.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 556/20
Datum	31.08.2022

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 03.07.2020 geÃ¤ndert. Der Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin einen Betrag von 4.398,09 Euro nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.06.2014 zu zahlen.

Die Kosten des Verfahrens in beiden RechtszÃ¼gen trÃ¤gt der Beklagte.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird endgÃ¼ltig auf 4.398,09 Euro festgesetzt.

Â

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Kosten einer vollstationÃ¤r durchgefÃ¼hrten Krankenhausbehandlung.

Der Beklagte ist TrÃ¤ger der nach Â§Â§ 108, 109 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch

(SGB V) zugelassenen Klinik fÃ¼r Manuelle Therapie in I. In der Zeit vom 11. bis zum 30. November 2013 wurde dort die bei der KlÃ¤gerin gesetzlich versicherte, 1967 geborene und als Altenpflegehelferin tÃ¤tige Patientin E (Versicherte) aufgrund sich seit 2012 verstÃ¤rkender Schmerzen im Lumbalbereich zur DurchfÃ¼hrung einer multimodalen Schmerztherapie vollstationÃ¤r aufgenommen (Verordnung vom 28. Oktober 2013).

Als Aufnahmediagnose hielt der Beklagte ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Chondrose L4/L5, arthromuskulÃ¤rer Dysbalance in der LBH Region, eingeschrÃ¤nkter HÃ¼ftrotation rechts, druckschmerzhaftem ISG rechts, Facettendruckschmerz L4/L5 und L3/4, spinaler Enthesiopathie L4/5 und L3/4 sowie ein chronisches Cervikobrachialsyndrom, eine Omarthrose bds. und als Nebendiagnose das Von-Willebrand-Syndrom Typ I fest. Es wurde eine Schmerzanamnese durchgefÃ¼hrt. Die Versicherte gab als bereits durchgefÃ¼hrte Therapien Eigensport, Cortison, Diclofenac, Infusionen, Krankengymnastik, Streckbehandlung, Massagen und Fango an. Bei ihr wurde zudem seit dem 24. September 2013 die ArbeitsunfÃ¤higkeit festgestellt. Im Rahmen der Eingangsuntersuchung wurde festgehalten, dass eine â□□hohe Chronifizierungsgefahr bzw. eine chronische Schmerzerkrankungâ□□ bei â□□V.a. oder Vorhandensein psychosozialer Einflussfaktorenâ□□ bestehe. Zudem wurde die â□□LebensqualitÃ¤t und/oder AlltagsfÃ¤higkeit (als) signifikant beeintrÃ¤chtigtâ□□ eingeschÃ¤tzt. Es wurde eine Labordiagnostik, ein EKG sowie eine Funktionsdiagnostik (Stabilometrie, Laufband), eine Ultraschalluntersuchung und eine radiologische Funktionsaufnahme der Schulter angeordnet. Ausweislich der interdisziplinÃ¤ren Teambesprechung anlÃ¤sslich der Aufnahme lag die Therapierelevanz vorrangig auf der psychologischen und sozialen Ebene. Ab der 2. Woche sollte wÃ¶chentlich eine Psychotherapie (1Ã□60 Min) stattfinden. Zudem wurden verschiedene Gruppenbehandlungen, Elektrotherapie und Kombinationstherapien angeordnet. Ferner sollten Diclofenac 75mg bei Bedarf und Celebrex (2x100mg/Tag in den ersten 10 Tagen) gegeben werden.

Bei der Versicherten konnte eine Besserung bereits nach einer Behandlungswoche erzielt werden (interdisziplinÃ¤ren Teambesprechung vom 21. November 2013). Der psychotherapeutische Fokus wurde auf die FÃ¶rderung eines biopsychosozialen KrankheitsverstÃ¤ndnisses und die Vermittlung schmerzbezogenen Wissens gelegt (Abschlussbericht der Abteilung Psychotherapie vom 26. November 2013). DarÃ¼ber hinaus wurde das KrankheitsverstÃ¤ndnis unter dem Aspekt der SelbstfÃ¼rsorge reflektiert worden. Empfohlen wurde die Integration entspannungsfÃ¶rdernder AktivitÃ¤ten in den Alltag.

Im Entlassungsbericht vom 30. Dezember 2013 wurden ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Chondrose L4/L5, muskulÃ¤rer Dysbalance in der LBH Region, eingeschrÃ¤nkter HÃ¼ftrotation rechts, druckschmerzhaftem ISG rechts, arthroligamentÃ¤ren Ãberlastung mit Facettenreiz und interspinÃ¶ser Enthesiopathie L4/5 und L3/4, StÃ¶rung der Tiefenstabilisation und Bewegungskoordination und eine Omarthrose bds. als Diagnosen benannt. Es sei eine Schmerzlinderung um ca. 55% gegenÃ¼ber der Ausgangslage eingetreten. Es bestehe auch eine funktionelle Besserung gegenÃ¼ber dieser (z.B. Treppensteigen). Zudem wurden Empfehlungen zur Stabilisierung des Heilerfolges gegeben.

Im Anschluss stellte der Beklagte der KlÃ¤gerin am 5. Dezember 2013 unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Group (DRG) I42Z (Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und StÃ¶rungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) 4.398,09 â¬ fÃ¼r die erbrachten Leistungen in Rechnung (SchriftsÃ¤tze vom 21. Juni 2022). Auf diese Forderung wies die KlÃ¤gerin an den Beklagten am 22. Dezember 2013 den Betrag von 4.398,09 â¬ an, der am 23. Dezember 2013 bei der KlÃ¤gerin als bezahlt verbucht wurde.

Mit PrÃ¼fanzeige vom 17. Dezember 2013, die bei dem Beklagten am gleichen Tag einging, leitete die KlÃ¤gerin ein Verfahren zur Ãberprüfung der Abrechnung ein und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) u.a. zu prÃ¼fen, ob die Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Behandlung bestanden und â bejahendenfalls â inwieweit die Ãberschreitung bzw. das Erreichen der unteren Grenzverweildauer medizinisch begrÃ¼ndet sei.

Ausweislich seines Gutachtens vom 20. Mai 2014 gelangte der MDK (Dr. R) zu dem Ergebnis, dass es einer stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten nicht bedurft habe. Der Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses sei nicht erforderlich gewesen, um die Versicherte zu behandeln. Auch im Rahmen der stationÃ¤ren Behandlung seien zunÃ¤chst nur Schmerzmittel verabreicht worden, auf welche im Verlauf der Behandlung gÃ¤nzlich verzichtet worden sei, weshalb eine stationÃ¤re Behandlung nicht plausibel wÃ¤re. GAEP-Kriterien, medizinische Komplikationen oder Begleiterscheinungen, die eine stationÃ¤re Aufnahme erforderten, gingen aus dem Entlassungsbericht nicht hervor. Es seien darÃ¼ber hinaus physio- und manualtherapeutische Behandlungen durchgefÃ¼hrt worden, die auch ambulant hÃ¤tten erfolgen kÃ¶nnen. Alternativ sei eine rehabilitative MaÃnahme in Betracht gekommen. Die Abrechnung selbst sei indes nicht zu beanstanden. Im Ãbrigen wird auf den Inhalt des Gutachtens Bezug genommen.

GestÃ¼tzt auf diese Beurteilung forderte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 23. Mai

2014 die RÃ¼ckzahlung von 4.398,09 â¬ von dem Beklagten bis zum 23. Juni 2014. Dem widersprach der Beklagte (Schreiben vom 18. August 2014) und fÃ¼hrte aus, dass die Indikation zur stationÃ¤ren Krankenhausaufnahme und DurchfÃ¼hrung einer multimodalen Schmerztherapie bestanden habe. Die Versicherte habe bereits seit langer Zeit Schmerzen gehabt und es habe eine Schmerzchronifizierung gedroht. Die vor der Aufnahme durchgefÃ¼hrten ambulanten MaÃnahmen seien nicht erfolgreich gewesen. Aufgrund der Schmerzen habe zum Aufnahmezeitpunkt eine manifeste BeeintrÃ¤chtigung der LebensqualitÃ¤t bestanden. DarÃ¼ber hinaus hÃ¤tten psychosoziale Einflussfaktoren vorgelegen, die eine stationÃ¤re Aufnahme erforderlich gemacht hÃ¤tten. SchlieÃlich sei unklar, ob ambulante schmerztherapeutische MaÃnahmen ebenso effektiv gewesen wÃ¤ren.

Der aufgrund dessen erneut um Stellungnahme gebetene MDK bestÃ¤tigte das Ergebnis seiner Erstbegutachtung (Gutachten vom 16. Juni 2015 â Dr. R). Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte er ergÃ¤nzend aus, dass zwar eine Schmerzchronifizierung bereits vorgelegen, diese aber lediglich Grad I aufgewiesen habe. Dass im Vorfeld der stationÃ¤ren Behandlung eine schmerzmedikamentÃ¶se Behandlung durchgefÃ¼hrt worden sei, lasse sich den Unterlagen nicht entnehmen. Die analgetische Monotherapie mit NSAR hÃ¤tte auch ambulant veranlasst werden kÃ¶nnen. Interventionelle schmerztherapeutische MaÃnahmen seien nicht dokumentiert. Die Infusionsbehandlung habe die Versicherte abgelehnt. Im Ãbrigen wird auf den Inhalt des Gutachtens Bezug genommen.

Die KlÃ¤gerin teilte daraufhin mit (Schreiben vom 15. Oktober 2015), dass sie an der Forderung festhalte und es bei dem RÃ¼ckzahlungsbegehren verbleibe, einer Zahlung werde nunmehr bis zum 15. November 2015 entgegengesehen. Auf einen erneuten Widerspruch des Beklagten (Schreiben vom 4. November 2015) gab die KlÃ¤gerin keine Stellungnahme mehr ab, sondern mahnte die Zahlung erneut â erfolglos â an.

Die KlÃ¤gerin hat sodann am 27. Mai 2016 Klage zum Sozialgericht (SG) Dortmund erhoben, zu deren BegrÃ¼ndung sie ihre bisherige Argumentation vertieft. Nach der MaÃgabe der Leitlinie Kreuzschmerz hÃ¤tten weitergehende ambulante MaÃnahmen durchgefÃ¼hrt werden mÃ¼ssen. Unter Bezugnahme auf den im Klageverfahren erneut konsultierten MDK (Gutachten vom 28. MÃ¤rz 2017 â Dr. G) hat sie vorgetragen, dass die bedarfsweise Verabreichung einer Schmerzmedikation (hier: Diclofenac 75) keinem Therapiekonzept entspreche, dass im Vorfeld der stationÃ¤ren Behandlung durchgefÃ¼hrt worden sei. Es seien nur EinzelmaÃnahmen bekannt, bei denen unbekannt sei, ob und nach welchem

Konzept die ambulante Therapie der Versicherten durchgefÃ¼hrt worden sei. Insbesondere fehle insoweit die Angabe der Frequenz und des Zeitrahmens, binnen dessen die MaÃnahmen durchgefÃ¼hrt worden seien. SchlieÃlich sei bei der Versicherten bereits nach einer Woche der stationÃ¤ren Behandlung signifikante Besserungen des gesundheitlichen Zustandes festzustellen gewesen. Infolgedessen sei fraglich, ob ein hÃ¶herer Chronifizierungsgrad tatsÃ¤chlich vorgelegen habe.

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 4.398,09 â¬ zzgl. Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. Juni 2014 zu zahlen.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die DurchfÃ¼hrung der multimodalen Schmerztherapie im stationÃ¤ren Setting sei medizinisch indiziert gewesen. Nicht nachvollziehbar sei, dass und wie die Versicherte ambulant hÃ¤tte noch behandelt werden kÃ¶nnen. Auch nach dem Begutachtungsleitfaden der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 â VergÃ¼tung und Abrechnungâ werde eine Indikation fÃ¼r eine multimodale Schmerztherapie bei chronischen SchmerzzustÃ¤nden aufgefÃ¼hrt. Weil die bisherigen ambulanten BehandlungsmaÃnahmen keinen Erfolg gezeigt hÃ¤tten, sei ein Zusammenwirken zwischen medizinischer, pflegerischer und physiotherapeutischer Betreuung und Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich gewesen. Um die Schmerzentwicklung zu kontrollieren und im Bedarfsfall durch Anpassung der Schmerzmedikation zu reagieren, sei auch eine in kurzen Intervallen stattfindende, idealerweise tÃ¤gliche Ã¤rztliche Betreuung erforderlich gewesen. Diese MÃ¶glichkeit bestehe im Rahmen einer stationÃ¤ren Rehabilitation gerade nicht. Zwar sei zutreffend, dass sich der Zustand der Versicherten bereits nach einer Behandlungswoche im Krankenhaus deutlich gebessert habe. Zutreffend sei auch, dass diese Besserung mit einer verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig geringen Schmerzmedikation habe erzielt werden kÃ¶nnen. Daraus lasse sich aber weder der Schluss ziehen, dass die Schmerzen nicht erheblich gewesen seien noch, dass es keiner stationÃ¤ren Behandlung bedurft habe. Letztlich sei ab dem Zeitpunkt der Besserung, eine weitergehende Stabilisierung erforderlich gewesen. Eine rehabilitative MaÃnahme sei nicht in Betracht gekommen, weil in diesem Rahmen weder die notwendige medizinische IntensitÃ¤t der Behandlung noch die medizinisch notwendigen Strukturanforderungen gegeben gewesen wÃ¤ren. Hier hÃ¤tte der diagnostische und darauf beruhend der kurative Ansatz im Vordergrund

gestanden.

Zwischen einer akutstationÃ¤ren und einer rehabilitativen Behandlung bestÃ¼nden gravierende Unterschiede (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteile vom 20. Januar 2005 â B 3 KR 9/03 R und vom 10. April 2008 â B 3 KR 14/07 R). So sei im rehabilitativen Bereich bereits keine tÃ¤gliche Ã¤rztliche Behandlung gewÃ¤hrleistet. Es sei noch eine umfassende â auch durch den SachverstÃ¤ndigen als notwendig erachtete â Differentialdiagnostik durchgefÃ¼hrt worden. Bei der abgerechneten OPS handele es sich um eine akutstationÃ¤re Therapie, die so in der Rehabilitation nicht angeboten werde und sich durch ihre InterdisziplinaritÃ¤t auszeichne. Im Hinblick auf die unterschiedliche Zielsetzung stÃ¼nden sie nicht in einem Alternativ- sondern in einem AusschlussverhÃ¤ltnis zueinander. Die TherapiemaÃnahmen wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes seien auch nicht (nur) durch medizinisches Assistenzpersonal durchgefÃ¼hrt worden. So seien z.B. die manuelle Therapie, die Reflextherapie und die Psychotherapie von Ãrzten und Psychologen vorgenommen worden. Auch hinsichtlich der weiteren MaÃnahmen seien ausgebildete Physiotherapeuten und Krankengymnasten zum Einsatz gekommen. Soweit der SachverstÃ¤ndige aufgrund der geringen Schmerzmedikation an der Erheblichkeit des seinerzeit bei der Versicherten gegebenen Schmerzzustandes Zweifel habe, sei ein derartiger RÃ¼ckschluss nicht mÃ¶glich. Es sei im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie nicht medizinisch indiziert, Schmerzen durch die Gabe stÃ¤rkerer Schmerzmittel zu Ã¼berdecken.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines fachorthopÃ¤dischen SachverstÃ¤ndigengutachtens nach Aktenlage durch Dr. N (Gutachten vom 11. Oktober 2019). Zusammenfassend seien Einzelkrankengymnastik, Cortison-Infusionen, physikalische Therapieanwendungen und Schmerzmedikation der WHO Stufe I durchgefÃ¼hrt worden. Im Hinblick auf Frequenz und HÃ¤ufigkeit vorheriger ambulanter Behandlungen fehle es an Angaben in der Anamnese. Es habe eine deutliche psychosoziale Mitbelastung und ein Schmerzchronifizierungsstadium Grad I vorlegen. Bei der Versicherten habe ein gering bis mÃ¤Ãig chronifiziertes Schmerzsyndrom in zwei WirbelsÃ¤ulenabschnitten â stÃ¤rker im Bereich der unteren LWS â vorgelegen. WÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes seien diagnostische AbklÃ¤rungen auf Ã¤rztlichem, psychischem und physiotherapeutischem Bereich und damit multimodal erfolgt. Auch die Therapien im weiteren Verlauf seien multimodal angesiedelt gewesen, wobei Therapiefrequenz und -hÃ¤ufigkeit eher als gering einzuschÃ¤tzen seien. Wenngleich der Patientenakte konkrete Einzelheiten nicht zu entnehmen seien, kÃ¶nne gleichwohl festgehalten werden, dass im Vorfeld der stationÃ¤ren Behandlung ein intensives

ambulantes Behandlungsprogramm durchlaufen worden sei. Dass dennoch ein chronifiziertes WirbelsÃ¤ulensyndrom in zwei Achsabschnitten bestanden habe, habe wohl die Veranlassung zur Einleitung der stationÃ¤ren Therapie gegeben. Eine klare Wertung (Leitlinien, medizinische Standards), ob die ambulante Vorbehandlung ausreichend gewesen sei, gebe es nicht. Es fehlten hier auch Angaben zu Menge, HÃ¤ufigkeit und Frequenz. Die Art und Anzahl der angewandten Therapieverfahren lieÃen allerdings bereits auf multiple â aber nicht ausreichend erfolgreiche â Behandlungen Ã¼ber einen Zeitraum von zwei Jahren schlieÃen. Wenngleich LÃ¼cken hinsichtlich der psychosozialen Diagnostik bestÃ¼nden und mÃ¶glicherweise weitergehende psychotherapeutische MaÃnahmen hÃ¤tten ergriffen werden kÃ¶nnen, komme er dennoch zu dem Schluss, dass die ambulante Behandlung als âausgeschÃ¶pft betrachtet werden sollteâ.

Unter Zugrundelegung des ANOA-Katalogs sei eine vollstationÃ¤re Behandlung medizinisch indiziert gewesen. Die psychotherapeutische oder psychologische AbklÃ¤rung sei im ambulanten Bereich relativ schwer erreichbar, sei aber im Rahmen der Chronifizierungstendenz erforderlich gewesen. Auch nach MaÃgabe des Begutachtungsleitfadens des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund seien die Anforderungen an eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung erfÃ¼llt gewesen, da mindestens drei der aufgefÃ¼hrten Kriterien (Schmerzchronifizierung, psychische Einflussfaktoren, funktionelle Einflussfaktoren) gegeben gewesen seien.

Im Hinblick auf die Frage, ob rehabilitative oder stationÃ¤r konservative MaÃnahmen indiziert gewesen seien, verweise er auf Nationale Versorgungsrichtlinie zum âNichtspezifischen Kreuzschmerzâ. Seines Erachtens nach sei die Behandlung nicht nur stationÃ¤r im Rahmen einer kurativen Krankenhausbehandlung, sondern auch gleichzeitig als RehabilitationsmaÃnahme mÃ¶glich gewesen. Eine medizinisch notwendige Behandlung ausschlieÃlich mit den Mitteln des Krankenhauses sei nicht festzustellen, die entsprechende AbklÃ¤rung bzw. multimodale Schmerzbehandlung hÃ¤tte auch z.B. im rehabilitativen Setting erfolgen kÃ¶nnen. Eine Rehabilitationstherapie sei im vorliegenden Fall fÃ¼r die Therapie ausreichend, mindestens aber eine adÃ¤quate Alternative gewesen, aus seiner Sicht sogar die bessere.

Im Rahmen einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme hat der SachverstÃ¤ndige Dr. N unter dem 10. April 2018 ausgefÃ¼hrt, dass sowohl in der von ihm zugrunde gelegten Version der Versorgungsleitlinie aus 2017 als auch in der Vorversion die stationÃ¤re Rehabilitationsbehandlung als Option aufgefÃ¼hrt sei. Es seien beide Vorgehensweisen â sowohl die stationÃ¤re kurative als auch die stationÃ¤re

rehabilitative MaÃnahme â als MÃ¶glichkeiten belassen worden. Soweit der Beklagte aufgrund der IntensitÃ¤t der Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit und des erhÃ¶hten diagnostischen Aufwandes fÃ¼r eine akutmedizinische stationÃ¤re Schmerztherapie votiere, sei nach Analyse der Behandlungsunterlagen festzustellen, dass die Therapien â notwendigerweise â im Wesentlichen durch medizinisches Assistenzpersonal erbracht worden seien. Dies sei bei beiden Behandlungszweigen identisch. Ein wesentlich erhÃ¶hter diagnostischer Aufwand (hier: Ã¤rztliche Aufnahmeuntersuchung, psychologische Befundung und Ganganalyse), der eine akut medizinische Behandlung i.S. eines multimodalen Schmerztherapiesettings gerechtfertigt hÃ¤tte, sei nicht zu erkennen. Auch die bei Aufnahme bestehende Beschwerdesymptomatik rechtfertige die akutstationÃ¤re Aufnahme nicht. Die Versicherte habe Ã¼ber Schmerzen geklagt, die auf der VAS-Skala mit 6-8/10 bezeichnet worden seien, die dokumentierte â geringe â Schmerzmedikation (Celebrex 2x100mg 0 niedrige Dosierung des Medikamentes der WHO Klasse I) spreche jedoch gegen die Notwendigkeit einer tÃ¤glichen Ã¤rztlichen Visite. ZusÃ¤tzliche Ã¤rztliche MaÃnahmen wie Infiltrationstherapien, therapeutische LokalanÃ¤sthesie und/oder manualtherapeutische Verfahren seien nicht dokumentiert. Im Ãbrigen wird auf den Inhalt des schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachtens und der ergÃ¤nzenden Stellungnahme Bezug genommen.

Das SG hat am 3. Dezember 2018 einen Termin zur ErÃ¶rterung des Sachverhaltes und Beweisaufnahme durchgefÃ¼hrt und in diesem den SachverstÃ¤ndigen Dr. N persÃ¶nlich gehÃ¶rt. Dieser hat ausgefÃ¼hrt, dass es zutreffend sei, dass bei Annahme eines â hier bestehenden â bilokulÃ¤ren Schmerzbildes ein Chonifizierungsgrad 2 (Achse 2 des Mainzer Studienmodells) anzunehmen sei. Seines Erachtens nach sei zwar eine ambulante psychische Behandlung mÃ¶glich gewesen. Es habe sich bei der Versicherten â basierend auf der Diagnose des in der Klinik behandelnden Psychologen â aber um eine sog. Durchhalterin gehandelt. Diese seien stark chronifizierungsgefÃ¤hrdet, sodass ein LoslÃ¶sen aus der Belastungssituation, zu der das gesamte soziale Umfeld gehÃ¶re, angezeigt gewesen sei. Ziel sei es seinerzeit offenbar in erster Linie gewesen, die Schmerzentwicklung zu durchbrechen, eine VerhaltensÃ¤nderung einzuleiten und die bestehenden SchmerzzustÃ¤nde zu beheben. Es habe sowohl die Indikation fÃ¼r eine stationÃ¤re Behandlung wie fÃ¼r eine rehabilitative MaÃnahme bestanden. Die stationÃ¤re Indikation folge aus einer wohl kontinuierlichen Verschlechterung der Schmerzerkrankung, Zunahme der kÃ¶rperlichen BeeintrÃ¤chtigungen, dem Bedarf an einer hÃ¶heren TherapieintensitÃ¤t und -dichte sowie aufgrund einer erheblichen Beteiligung psychosozialer Faktoren. FÃ¼r eine rehabilitative Indikation hÃ¤tten die krankheitsbedingte BeeintrÃ¤chtigung der

AktivitÃ¤t und Teilhabe, die erhebliche GefÃ¤hrdung der ErwerbstÃ¤tigkeit, die behandlungsbedÃ¼rftigen Krankheitsfolgen und die drohende oder eingetretene erkrankungsbedingte Behinderung sowie eine lÃ¤ngere, andauernde frustrane Behandlung und die Notwendigkeit des LÃ¶sens von Belastungen im Alltag gesprochen. Aufgrund der Patientendokumentation sei nicht davon auszugehen, dass die RehabilitationsfÃ¤higkeit der Versicherten bei der Aufnahme fehlte. Zusammenfassend komme eine stationÃ¤re Behandlung in einem Akutkrankenhaus nur in FÃ¤llen einer schweren und akuten Schmerzsymptomatik in Betracht. Im Ã□brigen wird auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG am 3. Juli 2020 hat die KlÃ¤gerin klargestellt, dass die Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ihres Erachtens erforderlich gewesen sei, weil dort der psychosoziale Faktor stÃ¤rker im Fokus gestanden hÃ¤tte, auf diesen sei es im streitigen Behandlungsfall maÃ□geblich angekommen. Allerdings seien auch aus ihrer Sicht â□□ abgesehen von psychotherapeutischen MaÃ□nahmen â□□ die ambulanten BehandlungsmÃ¶glichkeiten ausgeschÃ¶pft gewesen. Diese hÃ¤tten im Vorfeld noch ergriffen werden mÃ¼ssen, um das subjektive Schmerzempfinden zu durchbrechen.

Der Beklagte hat demgegenÃ¼ber nochmals darauf verwiesen, dass Ziel der MaÃ□nahme gewesen sei, die Versicherte aus ihrem Umfeld zu nehmen, um ihre Schmerzen unter Zuhilfenahme eines interdisziplinÃ¤ren Teams zu mildern. Hierzu hÃ¤tte es jedenfalls eines Schmerztherapeuten bedurft, der sie regelhaft begutachte und bei Bedarf die Schmerzmedikation anpasste. Dieser stÃ¼nde â□□ wie der SachverstÃ¤ndige bestÃ¤tigt habe â□□ in einer Rehabilitationseinrichtung in der Regel nicht zur VerfÃ¼gung. Jedenfalls aus den Leitlinien des Jahres 2013 lasse sich die medizinische Indikation fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung herleiten.

Das SG hat mit Urteil vom 3. Juli 2020 die Klage abgewiesen. Auf die EntscheidungsgrÃ¼nde wird Bezug genommen.

Gegen das ihr am 17. August 2020 zugestellte Urteil hat sich die KlÃ¤gerin mit ihrer am 21. August 2020 eingelegten Berufung gewandt. Zur BegrÃ¼ndung wiederholt und vertieft sie ihren bisherigen Vortrag. ErgÃ¤nzend trÃ¤gt sie vor, dass bei der Versicherten â□□ in keinem engen Zusammenhang mit der stationÃ¤ren Aufnahme â□□ gelegentlich Krankengymnastik und physikalische Therapien einhergehend mit einer Kortisonbehandlung stattgefunden habe. Es sei im Zeitpunkt der Aufnahme auch keine gravierende Pathologie im Bereich der Bandscheibe oder der Facettengelenke festgestellt worden. Obgleich dem SachverstÃ¤ndigen die

vorherigen ambulanten Behandlungen nicht bekannt gewesen seien, habe er die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung bejaht. Die durchlaufene Diagnostik hÃ¤tte ambulant durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. Auch die Therapien (keine Infusionsbehandlung, dafÃ¼r Bindegewebsmassagen, Thermotherapie, Yoga und Nordic Walking, Entspannungstraining, Physiotherapie und physikalische Anwendungen) hÃ¤tten nicht der Mittel eines Krankenhauses bedurft. Sie â sei auch im Falle einer rehabilitativen MaÃnahme nicht leistungspflichtig, da diese zum Erhalt der ErwerbstÃ¤tigkeit gedient hÃ¤tte. Selbst wenn von einer Behandlung in einem Akutkrankenhaus auszugehen sei, sei nicht geklÃ¤rt, weshalb diese nicht teilstationÃ¤r hÃ¤tte erfolgen kÃ¶nnen. Auch die Mindestmerkmale des OPS 8-819 seien nicht erfÃ¼llt gewesen. Es sei nicht einmal geklÃ¤rt, ob von einem Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie auszugehen sei.

Die KlÃ¤gerin beantragt,Â

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 3. Juli 2020 zu Ã¤ndern und den Beklagten zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 4.398,09 Euro zuzÃ¼glich Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. Juni 2014 zu zahlen.Â

Der Beklagte beantragt,Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.Â

Er hÃ¤lt das erstinstanzliche Urteil fÃ¼r zutreffend und wiederholt seine erstinstanzlichen AusfÃ¼hrungen. ErgÃ¤nzend verweist er darauf, dass die KlÃ¤gerin bewusst die durchgefÃ¼hrten Behandlungen verkÃ¼rzt wiedergebe.

Ferner hat er auf Anfrage des Senats zur GruppengrÃ¶Ãe bei Gruppentherapien, zu den Zusatzbezeichnungen der behandelnden Ãrzte sowie ihren Fachrichtungen vorgetragen. Ferner hat der Senat aus dem Internetportal âBERUFENETâ der Bundesagentur fÃ¼r Arbeit berufskundliche Unterlagen beigezogen und diese wie den durch die KlÃ¤gerin Ã¼bersandten Leistungskatalog hinsichtlich der Versicherten auch dem SachverstÃ¤ndigen zur VerfÃ¼gung gestellt. Auf den Inhalt der Unterlagen wird jeweils Bezug genommen.

Nach vorheriger AnhÃ¶rung hat der Senat den Beteiligten und dem SachverstÃ¤ndigen von Amts wegen gestattet, sich wÃ¤hrend der mÃ¼ndlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen Ã¼ber den von der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen zur VerfÃ¼gung

gestellten Virtuellen Meetingraum (VMR) vorzunehmen (Beschluss vom 19. August 2022). Nur die Beteiligten haben von dieser Gestattung Gebrauch gemacht.

Der Senat hat in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 31. August 2022 den SachverstÃ¤ndigen persÃ¶nlich gehÃ¶rt. Der SachverstÃ¤ndige hat erklÃ¤rt, welche ambulanten MaÃnahmen bei der Versicherten vor dem stationÃ¤ren Aufenthalt durchgefÃ¼hrt worden seien und welche ambulanten MaÃnahmen grundsÃ¤tzlich bei der Versicherten in Betracht gekommen wÃ¤ren. Er hat sich zudem dazu geÃ¤uÃert, ob fÃ¼r die medizinisch indizierten MaÃnahmen, die Mittel eines Akutkrankenhauses erforderlich gewesen seien. Nach seinem Bekunden sei eine stationÃ¤re MaÃnahme bei der Versicherten medizinisch notwendig gewesen, da sie aus ihrem tÃ¤glichen Umfeld habe herausgelÃ¶st werden mÃ¼ssen, um einen Behandlungserfolg erzielen zu kÃ¶nnen. DafÃ¼r genÃ¼ge weder eine ambulante noch eine teilstationÃ¤re Behandlung. Der SachverstÃ¤ndige hat erklÃ¤rt, dass bei dem nicht spezifischen Kreuzschmerz hÃ¤ufig festzustellen sei, dass eine monomodale Therapie nicht hinlÃ¤nglich sei. Im Bereich der multimodalen Therapie stelle sich indes das Problem, dass es zwei Bereiche gebe, nÃ¤mlich den akuten wie den rehabilitativen Bereich. Im Rahmen der Leitlinie sei dieses Problem diskutiert worden und man sei zu dem Ergebnis gelangt, dass beide Angebote parallel zu sehen und eine Abgrenzung Ã¼ber die ZugÃ¤nglichkeit und ZustÃ¤ndigkeit erreicht werden solle. Eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme mit multimodalem Ansatz sei vorliegend mÃ¶glich gewesen. Eine GefÃ¤hrdung der ErwerbsfÃ¤higkeit der Versicherten habe bestanden. Es habe keinen Vorteil der Behandlung im Akutkrankenhaus gegeben. Im Ãbrigen wird auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakten, der Verwaltungsakte der KlÃ¤gerin und der Patientenakte des Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind.Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

A. Die AntrÃ¤ge im Berufungsverfahren sind wirksam im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung gestellt. Soweit die Beteiligten nicht persÃ¶nlich im Gerichtssaal vertreten gewesen sind, sondern von ihren Kanzleisitz aus per Video- und TonÃ¼bertragung an der Verhandlung teilgenommen haben, war dies gemÃ¤Ã Â§ 110a Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 19. August 2022 zulÃ¤ssig.

B. StreitgegenstÃ¤ndlich ist der durch die KlÃ¤gerin geltend gemachte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in HÃ¶he von 4.398,09 â¬ zzgl. Zinsen.

C. Die am 21. August 2020 schriftlich eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin gegen das ihr am 17. August 2020 zugestellte Urteil des SG Dortmund vom 3. Juli 2020 ist zulÃ¤ssig, insbesondere gemÃ¤Ã Â§Â§ 143, 144 SGG ohne gerichtliche Zulassung statthaft sowie form- und fristgerecht eingelegt worden (Â§ 151 Abs. 1, Abs. 3; Â§ 64 Abs. 1, Abs. 2; Â§ 63 SGG).

D. Die Berufung der KlÃ¤gerin ist auch begrÃ¼ndet, denn die zugrundeliegende Klage erweist sich zur Ãberzeugung des Senats als zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

I. Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die von der KlÃ¤gerin erhobene (echte) Leistungsklage ist in dem hier zwischen den Beteiligten bestehenden GleichordnungsverhÃ¤ltnis statthaft; eine Regelung durch Verwaltungsakt kam vorliegend nicht in Betracht, ein Vorverfahren war nicht durchzufÃ¼hren und eine Klagefrist nicht zu beachten (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 27. Oktober 2020 â B 1 KR 12/20 R â juris, Rn. 9 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 â B 1 KR 24/08 R â juris, Rn. 12 m.w.N.). Der Zahlungsanspruch und der geltend gemachte Zinsanspruch sind von der KlÃ¤gerin konkret beziffert worden. FÃ¼r letzteres reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4. Juni 2021 â L 26 KR 46/20 â juris, Rn. 26).

II. Die Klage ist begrÃ¼ndet, denn die KlÃ¤gerin kann die Erstattung der von ihr geleisteten KrankenhausvergÃ¼tung von dem Beklagten verlangen (dazu unter 1.). Der Anspruch ist nicht nur entstanden und nicht untergegangen sondern auch durchsetzbar (dazu unter 2.). Zudem steht ihr der Zinsanspruch in begehrter HÃ¶he zu (dazu unter 3.).

1. Als Anspruchsgrundlage stÃ¼tzt sich die KlÃ¤gerin auf den Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, der bei einer Ã¶ffentlich-rechtlich Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und KrankenhaustrÃ¤ger (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 2010 â B 3 KR 4/09 R â SozR 4-5565 Â§ 14 Nr. 10) an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach Â§ 812 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) tritt (vgl. BSG, Urteil 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R â BSGE 109, 236 m.w.N.). Dieser setzt voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses eine Leistung ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 21. April 2015 â B 1 KR 7/15 R â juris; BSG, Urteil vom 8. November 2011 â a.a.O. m.w.N.). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind,

denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs, ein RÃ¼ckgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet jedoch aus, soweit der vom Ã¶ffentlichen Recht selbststÃ¤ndig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 1974 â 1 RA 183/73 â BSGE 38, 46, 47). Dies gilt namentlich fÃ¼r die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen Ã¶ffentlich-rechtliche WertungszusammenhÃ¤nge entgegenstehen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen , Urteil vom 16. Januar 2014 â L 16 KR 177/09 â juris; Senat, Urteil vom 19. Mai 2021 â L 11 KR 392/18 â juris).

a) Eine Ã¶ffentlich-rechtliche Rechtsbeziehung liegt vor. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen der klagenden Krankenkasse und dem Beklagten als TrÃ¤ger des Krankenhauses sind Ã¶ffentlich-rechtlich ausgestaltet. Dieses ergibt sich explizit aus Â§ 69 Satz 2 SGB V (BSG, Urteil vom 8. November 2011 â a.a.O.). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer VerbÃ¤nde zu den KrankenhÃ¤usern und ihren VerbÃ¤nden abschlieÃend im Vierten Kapitel des SGB V, in den Â§Â§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des Ã¶ffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten Ã¶ffentlich-rechtlicher Natur.

b) Eine fÃ¼r das Bestehen eines Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs tatbestandlich erforderliche VermÃ¶gensverschiebung ist ebenfalls zu bejahen. Der Beklagte hat 4.398,09 â¬ fÃ¼r die erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt, worauf die KlÃ¤gerin am 23. Dezember 2013 den Betrag von 4.398,09 â¬ an ihn gezahlt hat.

c) Die VermÃ¶gensverschiebung ist ohne Rechtsgrund erfolgt, denn dem Beklagten stand kein Anspruch auf Zahlung von KrankenhausvergÃ¼tung zu (zur Beweislast des Krankenhauses zum Rechtsgrund im Rahmen des Erstattungsanspruchs: BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 â B 1 KR 27/13 R â BSGE 117, 82, Rn. 9, 17f.).

Rechtsgrundlage des von dem Beklagten wegen der stationÃ¤ren Behandlungen der Versicherten geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 KHEntgG und Â§ 17b KHG (BSG, Urteil vom 8. November 2011 â B 1 KR 8/11 R â BSGE 109, 236, Rn. 13, 15f; BSG, Urteil vom 19. MÃ¤rz 2020 â B 1 KR 20/19 R â BSGE 130, 73, Rn. 11). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die HÃ¶he der VergÃ¼tung der zugelassenen KrankenhÃ¤user bei stationÃ¤rer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des VergÃ¼tungsanspruchs als Gegenleistung fÃ¼r die ErfÃ¼llung der Pflicht,

erforderliche Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V zu gewÃ¤hren (Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als SelbstverstÃ¤ndlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19. MÃ¤rz 2020 â a.a.O., Rn. 11; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 â B 1 KR 22/19 R â juris, Rn. 8).

Versicherte haben Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung nach Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Damit ist die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung nachrangig gegenÃ¼ber allen anderen Arten der Krankenbehandlung. Der Nachrang der vollstationÃ¤ren Behandlung trÃ¤gt deren Bedeutung als medizinisch intensivster und aufwendigster Form der Krankenbehandlung Rechnung und stellt eine besondere AusprÃ¤gung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 â B 1 KR 1/16 R â BSGE 122, 170, Rn. 27; BSG, Urteil vom 26. April 2022 â B 1 KR 5/21 R â juris, Rn. 12 m.w.N.).

aa) Die Sachverhaltsermittlung des Gerichts ist zunÃ¤chst nicht eingeschrÃ¤nkt gewesen. Die Frage, ob die Zahlung aufgrund einer etwaig verstrichenen Ausschlussfrist nach Â§ 7 Abs. 2 Satz 3 der Vereinbarung Ã¼ber das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V gemÃ¤Ã Â§ 17c Abs. 2 KHG (PrÃ¼fverfahrensvereinbarung) ohne Rechtsgrund erfolgt ist, stellt sich vorliegend nicht, da die PrÃ¼fvV erst auf BehandlungsfÃ¤lle ab dem 1. Januar 2015 anwendbar ist. Hier liegt der Behandlungsfall in 2013. Die PrÃ¼fanzeige vom 17. Dezember 2013 ist auch in der Frist des Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (binnen sechs Wochen nach Rechnung vom 5. Dezember 2013 am 17. Dezember 2013) bei dem Beklagten eingegangen.

bb) Der VergÃ¼tungsanspruch setzt voraus, dass Ã¼berhaupt eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, dass sie notwendig war und fachgerecht durchgefÃ¼hrt worden ist.

KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Als besondere Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit prÃ¤senten oder rufbereiten Arzt herausgestellt. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen MÃ¶glichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. ErmÃ¶glicht es der Gesundheitszustand des

Patienten, das Behandlungsziel durch andere MaÃnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationÃ¤re oder teilstationÃ¤re Behandlung (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 â B 1 KR 1/16 R â BSGE 122, 170, Rn. 28). Ob einem Versicherten voll- oder teilstationÃ¤re Krankenhausbehandlung zu gewÃ¤hren ist, richtet sich dabei allein nach den medizinischen Erfordernissen (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016 â a.a.O., Rn. 29; BSG, Urteil vom 26. April 2022 â B 1 KR 5/21 R â juris, Rn. 13).

Ob eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung aus medizinischen GrÃ¼nden notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall grundsÃ¤tzlich uneingeschrÃ¤nkt zu Ã¼berprÃ¼fen. Es hat jedoch von dem im Behandlungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationÃ¤re Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen. Dabei hat das Gericht die Berechtigung der Krankenhausbehandlung nicht rÃ¼ckschauend aus der spÃ¤teren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern hat zu prÃ¼fen, ob sich die stationÃ¤re Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der fÃ¼r den Krankenhausarzt nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (vgl. BSG, Beschluss vom 25. September 2007 â GS 1/06 â BSGE 99, 111, Rn. 27, 33). Eine Bindung an die Beurteilung des zustÃ¤ndigen Krankenhausarztes besteht dabei nicht; auch ist keine Herabsenkung der Kontrolldichte angezeigt, wenn der Krankenhausarzt die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bejaht und seine EinschÃ¤tzung fachlich vertretbar ist, denn seiner Entscheidung liegt kein Beurteilungsspielraum oder eine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative zugrunde (vgl. BSG, Beschluss vom 25. September 2007 â a.a.O., Rn. 28, 29).

(1) ZunÃ¤chst ist eine ambulante oder teilstationÃ¤re Behandlung der Versicherten zur Erreichung des angestrebten Behandlungsziels nicht ausreichend gewesen. Eine vorstationÃ¤re MaÃnahme kommt auch nach dem Vortrag der Beteiligten nicht in Betracht; anderweitige diesbezÃ¼gliche Anhaltpunkte sind auch fÃ¼r den Senat nicht erkennbar. Es bedurfte stattdessen einer stationÃ¤ren Behandlung.

(a) Die Feststellungen beruhen insbesondere auf dem schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachten des gerichtlich bestellten SachverstÃ¤ndigen Dr. N sowie seinen mÃ¼ndlichen ErlÃ¤uterungen in den Terminen vor dem SG und dem Senat. Der SachverstÃ¤ndige hat sein Gutachten nach Aktenlage unter eingehender Auswertung der Patientenakte, der zur Gerichtsakte gereichten medizinischen

Stellungnahmen, unter BerÃ¼cksichtigung der MDK-Gutachten und sÃ¤mtlicher insbesondere seitens des Beklagten geltend gemachten EinwÃ¤nde sorgfÃ¤ltig erstattet. Seine daraus abgeleiteten schlÃ¼ssigen und widerspruchsfreien AusfÃ¼hrungen und Schlussfolgerungen hat er eingehend und Ã¼berzeugend begrÃ¼ndet. Dabei hat er den im maÃgeblichen Zeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand berÃ¼cksichtigt.

(b) Unter BerÃ¼cksichtigung des durch die KlÃ¤gerin vorgelegten Leistungskatalogs hat der SachverstÃ¤ndige seine bisherige Ansicht bestÃ¤tigt, dass weitere ambulante MaÃnahmen im Falle der Versicherten medizinisch nicht zielfÃ¼hrend gewesen sind. Dies gilt gleichermaÃen bei Einordnung der Behandlung als kurative wie als rehabilitative MaÃnahme.

(aa) Zwar wÃ¤ren sowohl Verfahren wie Ganganalyse, kardio-pulmonale Belastbarkeit, Schmerzdiagnostik und bildgebende Diagnostik (MRT, CT, RÃ¶ntgen), die psychosoziale Befragung als auch die sich anschlieÃende psychologische Behandlung im Rahmen eines ambulanten Settings durchfÃ¼hrbar gewesen. Allerdings hat der SachverstÃ¤ndige durchgehend und Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt, dass dies bei der Versicherten nicht zielfÃ¼hrend gewesen wÃ¤re. Sie gehÃ¶rt dem Chronifizierungstypus der sog. â□□Durchhalterinâ□□ an, die grundsÃ¤tzlich eine positive Motivation mitbringt, weiter zu machen und auch beruflich weiter zu agieren. Dadurch wurde sie nicht rechtzeitig entlastet. Die daraus resultierende psychologische Belastung sowie das Vermeidungsverhalten der Versicherten haben es erforderlich werden lassen, sie aus ihrem sozialen und beruflichen Umfeld zu lÃ¶sen. Entsprechendes hat sich bereits im Rahmen der Aufnahme gezeigt, wie sich aus der Patientenakte des Beklagten ergibt. Zudem erlÃ¤utert der SachverstÃ¤ndige fÃ¼r den Senat nachvollziehbar, dass der vorliegend zwischen den Beteiligten unstreitig und auch fÃ¼r den Senat Ã¼berzeugend medizinisch indizierte multimodale Ansatz im ambulanten Bereich mangels des so bezeichneten â□□Ã¤rztlichen Regulatorsâ□□, der die verschiedenen BehandlungsansÃ¤tze plant, Ã¼berwacht und ggf. nachjustiert, kaum durchfÃ¼hrbar ist. Stattdessen handelt es sich im ambulanten Bereich eher um â□□eine AnhÃ¤ufung monomodaler TherapieansÃ¤tzeâ□□, ein Kritikpunkt den auch die KlÃ¤gerin anfÃ¼hrt.

(bb) Angesichts des oben beschriebenen Chronifizierungstypus der Versicherten schlieÃt der SachverstÃ¤ndige gleichfalls Ã¼berzeugend auch eine teilstationÃ¤re MaÃnahme bzw. tagesklinische Rehabilitation aus. FÃ¼r das bei der Versicherten erforderliche HerauslÃ¶sen aus der sie belastenden Situation hÃ¤tte ein nur tÃ¤glicher Behandlungsaufenthalt nicht ausgereicht. Die allabendliche sowie an den Wochenenden erfolgende RÃ¼ckkehr in die belastende hÃ¤usliche Umgebung

hÃ¤tte â wie der SachverstÃ¤ndige ausfÃ¼hrt â den Erfolg der Behandlung unterminiert.

(cc) Den gegenteiligen AusfÃ¼hrungen des MDK folgt der Senat vor diesem Hintergrund nicht, denn dieser lÃ¤sst das fÃ¼r den Behandlungserfolg erforderliche LÃ¶sen der Versicherten aus ihrem Umfeld unberÃ¼cksichtigt.

(2) Zwischen der stationÃ¤ren Behandlung in einem Akutkrankenhaus und einer solchen in einer Rehabilitationseinrichtung besteht indes kein StufenverhÃ¤ltnis. Es handelt sich vielmehr um eine Aliud-Leistung. Die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationÃ¤rer medizinischer Rehabilitation sind flieÃend. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln (BSG, Urteil vom 20. Januar 2005 â B 3 KR 9/03 R **â** BSGE 94, 139).

StationÃ¤re Krankenhaus- und stationÃ¤re medizinische Rehabilitationsbehandlung Ã¼berschneiden sich in Einzelkomponenten in der Sache. Das zeigt beispielhaft der Vergleich von KrankenhÃ¤usern und Einrichtungen der stationÃ¤ren medizinischen Rehabilitation im Sinne des SGB V (vgl. Â§ 107 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V). So sind KrankenhÃ¤user im Sinne des SGB V Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen (Nr. 1), fachlich-medizinisch unter stÃ¤ndiger Ã¤rztlicher Leitung stehen, Ã¼ber ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische MÃ¶glichkeiten verfÃ¼gen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten (Nr. 2), mit Hilfe von jederzeit verfÃ¼gbarem Ã¤rztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch Ã¤rztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten (Nr. 3), und in denen die Patienten untergebracht und verpflegt werden kÃ¶nnen (vgl. Â§ 107 Abs. 1 SGB V).

Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des SGB V sind Einrichtungen, die der stationÃ¤ren Behandlung der Patienten dienen (Nr. 1), um a) eine SchwÃ¤chung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit fÃ¼hren wÃ¼rde, zu beseitigen oder einer GefÃ¤hrdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder

PflegebedÃ¼rftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen Ã¼bernommen werden dÃ¼rfen, fachlich-medizinisch unter stÃ¤ndiger Ã¤rztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem Ã¤rztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschlieÃlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und BeschÃ¤ftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und HeilungskrÃ¤fte zu helfen (Nr. 2), und in denen die Patienten untergebracht und verpflegt werden kÃ¶nnen (vgl. Â§ 107 Abs. 2 SGB V). Die stationÃ¤re medizinische Rehabilitationsbehandlung in Rehabilitationseinrichtungen ist mithin dadurch gekennzeichnet, dass sie einerseits der aufwÃ¤ndigeren besonderen Mittel des Krankenhauses nicht umfassend bedarf, andererseits dafÃ¼r aber verstÃ¤rkt der Reha-Mittel.

Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist davon abhÃ¤ngig, dass die Behandlung primÃ¤r dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. Â§ 27 Abs. 1 SGB V), und dass gerade bezogen auf zumindest eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses (apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit prÃ¤senter bzw. rufbereiter Arzt) erforderlich sind (vgl. BSG, Beschluss vom 4. April 2006 â B 1 KR 32/04 R â juris, Rn. 18; vgl. insgesamt: BSG, Urteil vom 19. November 2019 â B 1 KR 13/19 R â juris, Rn. 17ff.; Wahl in: jurisPK-SGB V, 4. Auflage, Â§ 39 Rn. 69 m.w.N.). RegelmÃ¤Ãig ist demnach eine Gesamtschau unter BerÃ¼cksichtigung der VerhÃ¤ltnisse des einzelnen Falles erforderlich, die jedoch nur nach objektiven Merkmalen und Kriterien erfolgen kann. Bei z.B. Â einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen GerÃ¤ten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ãrzten, therapeutischen HilfskrÃ¤ften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung begrÃ¼nden (BSG, Urteil vom 20. Januar 2005 â a.a.O.).

Angesichts dieser GrundsÃ¤tze, des Vortrages der Beteiligten und des Ergebnisses der Beweisaufnahme ergibt die Gesamtschau unter BerÃ¼cksichtigung der VerhÃ¤ltnisse des vorliegenden Einzelfalles, dass bereits die Zielsetzung der Behandlung nicht allein fÃ¼r den kurativen Versorgungsbereich spricht. Zudem waren bezogen auf die angestrebten Behandlungsziele die o.g. besonderen Mittel eines Krankenhauses vorliegend nicht erforderlich.

Hinsichtlich der Zielsetzung der Behandlung hat der SachverstÃ¤ndige zu Recht maÃ□geblich auf die Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz (Langfassung, 1. Auflage, Version 4, November 2010, zuletzt geÃ¤ndert: August 2013 [Leitlinie 2013], S. 111) Bezug genommen. Wie der SachverstÃ¤ndige ausfÃ¼hrt, ist die Zielsetzung im kurativen wie im rehabilitativen Bereich weitestgehend identisch. In beiden Versorgungssektoren haben die nachfolgende Ziele (Leitlinie 2013, S. 112/Kurzfassung S. 40):

Â â□□Zu den allgemeinen Zielen der multimodalen Behandlung gehÃ¶ren:

â□¢ Somatischer Bereich:

o Therapie der Schmerzerkrankung mit Linderung ihrer Symptomatik, die Beeinflussung ihrer Ursachenkette und die PrÃ¤vention von Rezidiven,

o Reduktion von Schmerzen und schmerzbedingter BeeintrÃ¤chtigung,

o Verbesserung von Ausdauer, Muskelkraft, Koordination und Beweglichkeit,

o positive Beeinflussung von Risikofaktoren und KomorbiditÃ¤ten (z. B. Bluthochdruck, Ã□bergewicht, FettstoffwechselstÃ¶rungen, metabolisches Syndrom usw.),

o Verbesserung der funktionellen LeistungsfÃ¤higkeit.

â□¢ Psychosozialer Bereich:

o Verminderung psychosozialer Belastungen und psychischer Folgen oder KomorbiditÃ¤ten, wie DepressivitÃ¤t und Angst,

o Abbau inadÃ¤quater BewÃ¤ltigungsstrategien (z. B. Katastrophisieren, Schonverhalten, Durchhalteverhalten),

o Verbesserung von Interaktions- und Kommunikationskompetenz (zur Vermeidung instrumenteller Funktionen von Schmerzverhalten),

o Motivierung zu nachhaltiger kÃ¶rperlicher AktivitÃ¤t,

o Verbesserung der psychischen und sozialen Kompetenzen in Alltag und Beruf.

Basis fÃ¼r diese Ziele ist die Identifikation und Beseitigung bzw. positive Beeinflussung der somatischen wie auch psychologischen und psychosozialen Ursachen der Schmerzerkrankung.â□□

Â

WÃ¤hrend nach der Leitlinie 2013 (S. 111, 114) dann der Schwerpunkt Â kurativer Behandlung auf eine Verbesserung der kÃ¶rperlichen und seelischen Funktionen sowie auf die VerÃ¤nderung hinderlicher Kontextfaktoren wie Krankheitskonzept,

Copingstrategien, Krankheitsverhalten, Sozialer RÃ¼ckzug, Risikofaktoren und KomorbiditÃ¤ten abzielt, liegt der Fokus der Rehabilitation demgegenÃ¼ber auf der erkrankungsbedingten BeeintrÃ¤chtigung der AktivitÃ¤t und Teilhabe sowie der GefÃ¤hrdung oder eingetretenen Minderung der Arbeits- und/oder ErwerbsfÃ¤higkeit.

Nach dem SachverstÃ¤ndigen war Ziel der Behandlung die Schmerzentwicklung zu durchbrechen, eine VerhaltensÃ¤nderung einzuleiten und die bestehenden SchmerzzustÃ¤nde zu beheben. Dies bestÃ¤tigt sich in dem Kurzarztbrief, wonach Ã¼ber eine 50%ige Schmerzlinderung gegenÃ¼ber der Ausgangslage und eine funktionelle Besserung (z.B. Treppensteigen) berichtet wird. Dies dient jedoch letztlich beiden Versorgungsbereichen. DemgegenÃ¼ber hat der SachverstÃ¤ndige im Rahmen seiner AnhÃ¶rung vor dem SG bekundet, dass auch die Indikatoren einer Rehabilitation vorgelegen haben. FÃ¼r sie habe die bei der aus seiner Sicht auch rehabilitationsfÃ¤higen Versicherten bestehende erkrankungsbedingte BeeintrÃ¤chtigung der AktivitÃ¤t und Teilhabe, die erhebliche GefÃ¤hrdung der ErwerbsfÃ¤higkeit, die behandlungsbedÃ¼rftigen Krankheitsfolgen, die drohende bzw. die eingetretene erkrankungsbedingte Behinderung sowie eine lÃ¤ngere, andauernde frustane Behandlung und Notwendigkeit des LÃ¶sens aus dem Alltag gesprochen.

(b) Die besonderen Mittel eines Krankenhauses (apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit prÃ¤senter bzw. rufbereiter Arzt) sind nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht zum Erreichen dieser Ziele erforderlich gewesen.

Auch diesen Aspekt hat der SachverstÃ¤ndige aus Sicht des Senats Ã¼berzeugend dargelegt. Denn nach seinen ErlÃ¤uterungen unter Bezugnahme auf die Aktenlage waren weder ein erhÃ¶hter diagnostischer Aufwand unter Nutzung der apparativen Ausstattung des Akutkrankenhauses noch die erforderliche IntensitÃ¤t der Ã¤rztlichen und pflegerischen TÃ¤tigkeit eines solchen festzustellen. So wÃ¤ren sowohl die (diagnostische) AbklÃ¤rung als auch die multimodale Schmerzbehandlung im offensichtlich rehabilitativen Setting nicht anders erfolgt. Nach Analyse der Behandlungsunterlagen hat der SachverstÃ¤ndige erklÃ¤rt, dass auch die Therapien im Wesentlichen â nicht ausschlieÃlich, was auch nicht erforderlich ist â durch medizinisches Assistenzpersonal erbracht worden sind. Auch die bei Aufnahme bestehende Beschwerdesymptomatik hat eine akutstationÃ¤re Aufnahme aus seiner Sicht nicht gerechtfertigt. Eine stationÃ¤re Behandlung in einem Akutkrankenhaus kommt nach Bekunden des SachverstÃ¤ndigen nur in FÃ¤llen einer schweren und akuten Schmerzsymptomatik

in Betracht. Zwar hat die Versicherte Ã¼ber Schmerzen geklagt, die auf der VAS-Skala mit 6-8/10 bezeichnet werden. Es zeigt sich aber eine nur geringe Schmerzmedikation (Celebrex 2x100mg 0 niedrige Dosierung des Medikamentes der WHO Klasse I). ZusÃ¤tzliche Ã¤rztliche MaÃnahmen wie z.B. Infiltrationstherapien und therapeutische LokalanÃ¤sthesie wurden nicht dokumentiert. Interventionelle Therapien, die der entsprechenden apparativen Standards des Akutkrankenhauses bedÃ¼rfen, waren nach dem SachverstÃ¤ndigen gleichfalls nicht erforderlich, ggf. sogar kontraindiziert; letzteres kann der Senat indes offen lassen. SÃ¤mtliche â oben bereits benannten â diagnostischen Verfahren, die der Beklagte eingesetzt hat, werden nach ErlÃ¤uterung des SachverstÃ¤ndigen auch in einer RehabilitationsmaÃnahme eingesetzt und bedÃ¼rfen somit gleichfalls nicht der entsprechenden Ausstattung eines Akutkrankenhauses. Soweit der Beklagte demgegenÃ¼ber darauf verweist, dass schlieÃlich die Voraussetzungen der abgerechneten OPS-Prozeduren 8-977 und 8-918 vorgelegen hÃ¤tten, schlieÃt er von der AnspruchshÃ¶he auf den Anspruchsgrund der fÃ¼r die Versicherte ursprÃ¼nglich geforderten KrankenhausvergÃ¼tung. Die Frage der Berechtigung der OPS-Prozeduren stellt sich vorliegend nicht.

Mehrfach und nachvollziehbar hat der SachverstÃ¤ndige ferner betont, dass eine tÃ¤gliche Visite nicht erforderlich gewesen ist. Vielmehr wÃ¤re z.B. eine Kombination aus einer zweimal wÃ¶chentlichen Visite zuzÃ¼glich dem Angebot einer Sprechstunde aus seiner Sicht ausreichend gewesen. Richtigerweise hat die Behandlung einer Ã¤rztlichen Begleitung bedurft, weil der Arzt als Koordinator und Regulator des therapeutischen Teams erforderlich gewesen ist. Dieser hat auf die entsprechenden Signale hin, die Behandlungsstrategie â z.B. durch Ausschleichen der Schmerzmedikation â anpassen mÃ¼ssen. In diesem Sinne ist auch die durch den SachverstÃ¤ndigen an anderer Stelle geÃ¤uÃerte Erforderlichkeit der âstÃ¤ndigen Ã¤rztlichen Ãberwachungâ zu verstehen, nÃ¤mlich i.S. einer kontinuierlichen Koordination der Behandlungsstrategie und bedarfsgeleiteten Anpassungsoption, was vorliegend aber keine stÃ¤ndige Rufbereitschaft eines Arztes voraussetzt. So hat der SachverstÃ¤ndige im Zuge der Frage einer teilstationÃ¤ren Behandlung erlÃ¤utert, dass der eingesetzte interdisziplinÃ¤re Ansatz und die entsprechende Zuwendung eine Leitschiene â aber damit aus Sicht des Senates keine stÃ¤ndige Aufsicht und RufnÃ¤he â benÃ¶tigt, die erforderlich ist, damit die Therapie wirken kann. Dieser Gedanke trÃ¤gt auch hier. Letztlich handelt es sich auch im Bereich der pflegerischen Betreuung weniger um die erforderliche Pflege in einem Akutkrankenhaus sondern um eine Betreuung im Bereich der AlltagsbewÃ¤ltigung, wie der SachverstÃ¤ndige erklÃ¤rt hat.

(c) Vorliegend lagen zudem die Voraussetzungen einer stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃnahme zulasten des vorrangig zustÃ¤ndigen RentenversicherungstrÃ¤gers vor. Dass das Krankheitsbild der Versicherten ihre ErwerbsfÃ¤higkeit als Altenpflegehelferin, einem wie z.B. auch die beigezogenen berufskundlichen Unterlagen zeigen kÃ¶rperlich sehr anspruchsvollem Beruf, zumindest im Sinne des Â§ 10 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) gefÃ¤hrdet hat, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Auch der Senat hat keine Anhaltspunkte daran zu zweifeln. Entsprechendes folgt bereits aus der Aufnahmedokumentation des Beklagten, der die â□□LebensqualitÃ¤t und/oder AlltagsfÃ¤higkeit (als) signifikant beeintrÃ¤chtigtâ□□ eingeschÃ¤tzt hat. Auch der SachverstÃ¤ndige hat diesbezÃ¼glich ausgefÃ¼hrt, dass die Berufs- i.S.v. ErwerbsfÃ¤higkeit der Versicherten gefÃ¤hrdet gewesen ist. Ferner hat der SachverstÃ¤ndige die Versicherte als rehabilitationsfÃ¤hig eingestuft.

cc) Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kommt auch keine TeilvergÃ¼tung unter BerÃ¼cksichtigung der GrundsÃ¤tze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens zugunsten des Beklagten in Betracht (dazu: BSG, Urteil vom 26. April 2022 â□□ B 1 KR 5/21 R â□□ juris), denn weder eine vorstationÃ¤re wie eine ambulante oder eine teilstationÃ¤re Behandlung waren bei der Versicherten medizinisch indiziert, wie bereits erlÃ¤utert wurde (im Ã□brigen zur Beweislast des Krankenhauses: BSG, Urteil vom 26. April 2022 â□□ a.a.O., Rn. 30). Gegen die Abrechnung der angezeigten stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃnahme gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin spricht bereits, dass diese zulasten des zustÃ¤ndigen RentenversicherungstrÃ¤gers abzurechnen gewesen wÃ¤re und somit verschiedene KostentrÃ¤ger angesteuert wÃ¼rden (BSG, Urteil vom 26. April 2022 â□□ a.a.O., Rn. 24).

2. Der der HÃ¶he nach unstreitige Anspruch der KlÃ¤gerin ist auch durchsetzbar.Â

a) Der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist â□□ unabhÃ¤ngig davon, dass die Einrede bisher nicht erhoben wurde â□□ nicht verjÃ¤hrt (Â§ 214 BGB). Der RÃ¼ckforderungsanspruch einer Krankenkasse ist in seiner Rechtsnatur als Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nur die Kehrseite des VergÃ¼tungsanspruchs des Krankenhauses. GrundsÃ¤tzlich gilt demnach fÃ¼r den RÃ¼ckforderungsanspruch wie fÃ¼r denÂ VergÃ¼tungsanspruch die vierjÃ¤hrige VerjÃ¤hrungsfrist, wobei der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im Augenblick der Ã□berzahlung entsteht und die VerjÃ¤hrung entsprechend Â§ 41 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nach Ablauf des Kalenderjahres beginnt, in dem die Krankenhausrechnung beglichen wurde (Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage, Â§ 109 Rn. 197, 172).

Die KlÃ¤gerin zahlte â ohne Rechtsgrund â am 23. Dezember 2013 auf die fÃ¼r die Versicherte gestellte Rechnung vom 05. Dezember 2013. Die VerjÃ¤hrung begann mithin am 1. Januar 2014 und endete zum 31. Dezember 2017. Die VerjÃ¤hrung ist vorliegend gemÃ¤Ã Â§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB durch die Erhebung der Klage am 27. Mai 2016 rechtzeitig gehemmt worden.Â

b) Der Geltendmachung des Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs steht nicht der Grundsatz von Treu und Glauben entgegen. In der vorbehaltlosen Zahlung kann weder ein Verzicht auf die Geltendmachung von RÃ¼ckzahlungsansprÃ¼chen noch ein dessen Verwirkung auslÃ¶sender Umstand gesehen werden. Zahlt eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhaus-Rechnung, kann sie lediglich dann mit der RÃ¼ckforderung ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (Rechtsgedanke des Â§ 814 BGB; Wahl in: jurisPK-SGB V, a.a.O. Rn. 194 m.w.N.). Davon kann nicht ausgegangen werden, da sie aus diesem Grund gerade das PrÃ¼fverfahren eingeleitet hat.Â

c) Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass der Anspruch verwirkt gewesen wÃ¤re, sind gleichfalls nicht ersichtlich und wurden durch die Beteiligten auch nicht vorgetragen.Â

3. Der Zinsanspruch der KlÃ¤gerin folgt aus Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§Â§ 291, 288 Abs. 1 BGB sowie den entsprechend anwendbaren Regeln des LV NW, FÃ¼r die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den KrankenhÃ¤usern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in VertrÃ¤gen etwas anderes geregelt ist (stRsp; BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 â B 1 KR 61/12 R â juris, Rn. 24; BSG, Urteil vom 19. November 2019 â a.a.O., Rn. 28).Â

Voraussetzung fÃ¼r einen Verzugszinsanspruch der KlÃ¤gerin ist Verzug des Beklagten. Insoweit gilt nach der entsprechend anzuwendender Regelung des Â§ 288 Abs. 1 Satz 1 BGB: Leistet der Schuldner auf eine Mahnung des GlÃ¤ubigers nicht, die nach dem Eintritt der FÃ¤lligkeit erfolgt, so kommt er durch die Mahnung in Verzug. Als verzugsbegrÃ¼ndende Mahnung genÃ¼gt jede eindeutige und bestimmte Aufforderung, mit der der GlÃ¤ubiger unzweideutig zum Ausdruck bringt, dass er die geschuldete Leistung verlangt; auf die Rechtsfolgen eines Verzugs muss â anders als im Fall des Â§ 286 Abs. 3 Satz 1 BGB â nicht hingewiesen werden (vgl. BGH, Urteil vom 25. Oktober 2007 â III ZR 91/07 â BGHZ 174, 77 ff., Rn. 11). GrundsÃ¤tzlich kann nur wegen einer fÃ¤lligen Forderung gemahnt werden, allerdings kann ausnahmsweise die Mahnung mit der fÃ¤lligkeitsbegrÃ¼ndenden Handlung zusammenfallen (vgl. BGH, Urteil vom 13. Juli 2010 â XI ZR 27/10 â juris, Rn. 14).Â

Die Erstattungsforderung war zum Zeitpunkt der Mahnung fÃ¤llig. Abzustellen ist hier auf den Zeitpunkt der rechtsgrundlosen VermÃ¶gensverschiebung, die am 22./23. Dezember 2013 und damit vor der Mahnung erfolgt ist. Die KlÃ¤gerinÂ hat den Beklagten mit Schreiben vom 23. Mai 2014 nach Ablauf der dort gesetzten Frist

in Verzug gesetzt haben. DerÂ Zinsbeginn ab dem 24. Juni 2014 ist nicht zu beanstanden.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§Â§ 154 ff. Verwaltungsgerichtsordnung.Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor. Der Senat bewegt sich auf dem Boden der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.Â

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren folgt aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Â§Â§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1Â und 2 Gerichtskostengesetz.Â

Â

Â

Â

Erstellt am: 13.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024