



LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN



Vert.:	Frist not.	KFZ/ KfA	Md.T.:
RA	EINGEGANGEN		Kosten rech.
SB	05. Feb. 2014		Rück- spr.
Rück- spr.			Zah- lung
zdA			Stel- lungn.

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Verkündet am: 29. Januar 2014

[Redacted Name]
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

L 1 KR 372/11

S 22 KR 102/07 Sozialgericht Hildesheim

In dem Rechtsstreit

[Redacted Name] vertreten durch den Vorstand,
[Redacted Name]

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte [Redacted Name]
[Redacted Name]

gegen

[Redacted Name]
[Redacted Name]

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 1. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 29. Januar 2014 in Celle durch den Vizepräsidenten des Landessozialgerichts [Redacted Name] die Richterin am Landessozialgericht [Redacted Name] den Richter am Landessozialgericht [Redacted Name] sowie die ehrenamtlichen Richter [Redacted Name] und [Redacted Name] für Recht erkannt:

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.310,64 Euro festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist eine Gemeinnützige Stiftung [REDACTED]. Gemäß § 2 Abs. 2 ihrer Satzung ist Zweck der Stiftung die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation für Diabetiker. Die Klägerin betreibt zur Erfüllung dieser Zwecke eine Fachklinik [REDACTED]. Diese ist gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zugelassen.

Der Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie/Endokrinologie Prof. Dr. [REDACTED] verordnete der am 19.04.1954 geborenen Versicherten der Beklagten [REDACTED] Krankenhausbehandlung. In der Verordnung vom 19.09.2006 - unterzeichnet von der Oberärztin Dr. [REDACTED] - sind folgende Diagnosen aufgeführt:

Entgleister Diabetes mellitus mit Insulinresistenz, trotz intensiver Bemühungen seit 5/05 HbA1c ständig steigend über 10 %

Zustand nach Apoplex mit res. Hemiparese rechts.

Die Versicherte wurde in der Zeit vom 19. bis 28. September 2006 in der Fachklinik [REDACTED] der Klägerin behandelt. Diese stellte der Beklagten unter dem 10.10.2006 einen Betrag in Höhe von 3.310,64 EUR (DRG K 60 B -Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen) in Rechnung, den die Beklagte zunächst auch beglich.

Die Beklagte holte eine Sozialmedizinische Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) [REDACTED] vom 04.12.2006 [REDACTED] ein. Danach bestand eine medizinische Notwendigkeit der Aufnahme ins Krankenhaus nicht. Sie hätte vermieden werden können durch stationäre Reha-Maßnahmen. Die besonderen Mittel eines Akut-Krankenhauses seien nicht erforderlich gewesen. Daraufhin forderte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 08.12.2006 auf, den Betrag in Höhe von 3.310,64 EUR zu erstatten. Dagegen wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 11.01.2007.

Die Beklagte verrechnete die Forderung mit unstreitigen Forderungen zunächst im April 2007 in Höhe von 2.372,31 EUR und nachfolgend im Mai 2007 in Höhe von weiteren 938,33 EUR.

Einen Auftrag der Beklagten zur Erstellung eines Zweitgutachtens der Beklagten vom 08.02.2007 gab der MDK Thüringen unter dem 10.08.2007 unerledigt zurück. Die für die Erledigung des Begutachtungsauftrages vom Krankenhaus angeforderten Unterlagen (Kopie der Diabeteskurve und der Behandlungsdokumentation) seien bisher nicht zugegangen.

Am 22.06.2007 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Hildesheim Klage erhoben. Sie hat vorgetragen, dass Zweifel an der Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung der Versicherten nicht bestünden. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung sei erforderlich gewesen. Die Entscheidung des Krankenhausarztes sei jedenfalls als vertretbar anzusehen. Es dürfe nicht unberücksichtigt bleiben, dass es sich um eine Einweisung aus einer diabetologischen Schwerpunktpraxis handele. Dort sei es trotz aller Bemühungen nicht gelungen, bei der Versicherten eine zufriedenstellende Einstellung der Blutzuckerwerte zu erreichen.

Die Beklagte hat ergänzend die fehlende Aktivlegitimation der Klägerin als Trägerin der behandelnden Klinik gerügt. Sie sieht sich in der Sache selbst in ihrer Auffassung bestätigt durch sozialmedizinische Stellungnahmen bzw. Folgegutachten des MDK Thüringen vom 25.11.2009 und 26.02.2010 [REDACTED]. Wesentliche Begleiterkrankungen, die eine stationäre Einweisung in ein Akut-Krankenhaus bedingten, hätten nicht vorgelegen. Die Punkte Notfallindikation, bedrohliche Stoffwechselstörung, schwere spezielle Stoffwechsellentgleisung, diabetisches Fußsyndrom, mit Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ II seien nicht erfüllt. Belegt sei jedoch, dass die ambulanten Maßnahmen bei der Versicherten nicht ausreichend gewirkt hätten. Der Ziel -HbA1c- sei deutlich verfehlt. Eine stationäre Reha-Maßnahme sei indiziert gewesen.

Das SG Hildesheim hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Arztes für Innere Medizin [REDACTED]. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 31.03.2009 folgende Diagnosen aufgeführt:

Diabetes mellitus Typ II
Zustand nach apoplektischen Insult
Adipositas

Zusammenfassend hat der Sachverständige - auch im Rahmen einer ergänzenden Stellungnahme vom 22.06.2009 - die Auffassung vertreten, dass die Krankenhausbehandlung objektiv nicht notwendig gewesen sei. Eine akute Dekompensation des Diabetes mellitus habe nicht

vorgelegen. Eine Behandlung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis habe nicht stattgefunden. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses seien nicht eingesetzt worden. Eine ambulante Einstellung des Diabetes mellitus wäre ausreichend gewesen. Dies hätte der verantwortliche Krankenhausarzt am 19.09.2006 erkennen müssen.

Mit Urteil vom 16.06.2011 hat das SG Hildesheim die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung zunächst ausgeführt, dass Zweifel an der Aktivlegitimation der Klägerin als Krankenhausträger nicht bestünden. Eine eigenständige Rechtspersönlichkeit der Fachklinik [REDACTED] sei nicht ersichtlich. Die Klageforderung als solche sei hinsichtlich der streitigen Summe durch rechtswirksame Aufrechnung mit einer gleichartigen und erfüllbaren Gegenforderung in Form eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs erloschen. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit sei für die Behandlung der Versicherten nicht ersichtlich. Zugunsten der Beklagten habe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe der beglichenen Rechnungsforderung bestanden. Eine gesetzliche oder anderweitige eindeutige Regelung, aus denen sich zwingende Indikationsvorgaben zur erfolgten stationären Krankenhausbehandlung entnehmen ließen, sei nicht ersichtlich. Erforderlich und unabdingbar sei damit in jedem Fall eine Beurteilung des Einzelfalles unter Berücksichtigung der individuellen Umstände des jeweiligen Patienten. Es werde nicht ersichtlich, warum die Diabeteseinstellung nicht jedenfalls im Rahmen einer mit regelmäßigen Kontrollen und Visiten verbundenen stationären Rehabilitationsbehandlung hätte erfolgen können. Auch sei eine besondere Akutsituation zum Aufnahmezeit nicht erkennbar. Es fehle eine nachvollziehbare Begründung dafür, warum bei gleichbleibend schlechten Werten ohne Akutverschlimmerung direkt eine vollstationäre Akutbehandlung erforderlich und eine etwaige Rehabilitationsbehandlung zur Einstellung nicht ausreichend gewesen sein solle. Dies gelte insbesondere deshalb, weil eine vollstationäre Behandlung im Rahmen des gesetzlichen Gesundheitssystems als ultima ratio am Ende der möglichen Behandlungsmöglichkeiten stehe und nicht etwa eine stets gleichrangige Behandlungsalternative darstelle.

Gegen das ihr am 05.07.2011 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit der am 05.08.2011 eingelegten Berufung. Sie ist weiterhin der Auffassung, einen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte zu haben. Indikationen für eine Einweisung in ein Krankenhaus hätten vorgelegen. Auch habe eine vorherige ambulante Behandlung durch [REDACTED] der vertragsärztlichen Versorgung stattgefunden. Der medizinische Sachverhalt sei nochmals umfassend von einem geeigneten medizinischen Sachverständigen zu würdigen.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Hildesheim vom 16. Juni 2011 aufzuheben und

2. die Beklagte zu verurteilen, ihr 3.310,64 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 2.372,31 EUR ab dem 30. April 2007 und auf weitere 938,33 EUR ab dem 28. Mai 2007 zu zahlen.

Die Beklagten beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des SG Hildesheim für zutreffend.

Dem Senat haben neben den Prozessakten die Verwaltungsakten der Beklagten und die (die Versicherte [REDACTED] betreffenden) Patientenakten der Klägerin vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die statthafte Berufung ist form- und fristgerecht erhoben und damit zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet.

Zu Recht hat das SG Hildesheim die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von 3.310,64 EUR (nebst Zinsen) gegen die Beklagte.

Die Klage ist zulässig. Es handelt sich um eine (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG, denn bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um ein Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 19 Nr. 4). Ein Vorverfahren ist nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht notwendig.

Die Klägerin ist als Trägerin der Fachklinik - wie der Senat bereits wiederholt entschieden hat (vgl. Urteile vom 09.05.2012 - L 1 KR 241/10 und 13.03.2013 - L 1 KR 131/11) - aktiv legitimiert. Das Krankenhaus kann den Vergütungsanspruch geltend machen (BSG, Urteil vom 20.11.2008 - B 4 3 KN 4/08 R). Die Krankenhausträger sind unabhängig von ihrer Rechtsform

(hier: Stiftung des Privatrechts) in das Leistungssystem der GKV eingebunden (vgl. § 108a SGB V). Die Klägerin hat auch ihren Antrag beziffert und damit den Anforderungen des BSG hinreichend Rechnung getragen (BSGE 83, 254, 263 = SozR 3-2500 § 37 Nr. 1; BSGE 92, 300).

Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 3.310,64 EUR (nebst Zinsen) gegen die Beklagte. Zu Recht hat das SG festgestellt, dass die Forderung der Klägerin durch wirksame Aufrechnung der Beklagten mit einer gleichartigen und erfüllbaren Gegenforderung in Gestalt eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs vollständig erloschen ist.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten und von der Beklagten mittels Zahlung erfüllten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. den Pflegesatzvereinbarungen der Beteiligten und den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft geschlossenen Sicherstellungsvertrag nach § 112 Abs. 2 SGB V.

Eine Kostenzusage der Beklagten hat im vorliegenden Fall - insoweit auch nicht zwischen den Beteiligten streitig - nicht vorgelegen.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht aber - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S. des § 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 Krankenbehandlung. Demgemäß müssen bei Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen.

Die Kostenübernahmeerklärung hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängt. Sie hat lediglich eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den streitigen Behandlungszeitraum abdeckt.

Die Klägerin hatte im vorliegenden Einzelfall keinen Anspruch auf Zahlung der streitigen Behandlungskosten, denn die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten war in dem streitigen Zeitraum nicht aus medizinischen Gründen notwendig. Zu Recht hat die Beklagte mittels Schreiben vom 08.12.2006 gegenüber der Klägerin die Rückzahlung des bereits geleisteten Betrages in Höhe der streitgegenständlichen Forderung beansprucht und nachfol-

gend durch Teilverrechnungen unter dem 18.04.2007 und 11.05.2007 in Höhe von 2.372,31 EUR und 938,33 EUR im Wege der Aufrechnung bewirkt, dass die - nach Art und Umfang zwischen den Beteiligten unstrittige - Forderung der Klägerin als iS von § 389 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen gilt.

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

Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet. Wird der Patient ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, entscheidet diese über den Behandlungsanspruch indirekt, in dem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, eine - in der Regel befristete - Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Die Krankenkasse hat für ihre Entscheidung die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung des zuständigen Krankenhausarztes zu prüfen (BSG, Großer Senat (GS), Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rdnr 28).

Entgegen der Auffassung der Klägerin stellt allein die Vertretbarkeit der Einschätzung des Krankenhausarztes kein maßgebliches Kriterium dar. Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen ist, wenn der Krankenhausarzt sie bejaht und seine Einschätzung vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage (BSG, Großer Senat (GS), Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rdnrn 29 ff).

Der Grundsatz, dass die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Prozess vom Gericht vollständig zu überprüfen ist, gilt auch dann, wenn die Krankenkasse - wie im vorliegenden Fall - ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Denn auch in dieser Konstellation ist eine Zurücknahme der gerichtlichen Kontroll- und Entschei-

dungsbefugnisse unter Berufung auf einen Einschätzungsvorbehalt des verantwortlichen Krankenhausarztes weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (BSG, Großer Senat (GS), Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rdnr 32).

Bei einer nachträglichen Fehlbelegungsprüfung besteht in rechtlicher Hinsicht die Besonderheit, dass die Berechtigung der Krankenhausbehandlung nicht rückschauend aus der späteren Sicht eines Gutachters zu beurteilen, sondern zu fragen ist, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat. Das BSG hat mehrfach entschieden, dass es dem behandelnden Arzt nicht angelastet werden kann, wenn er aufgrund einer für ihn nicht erkennbaren Irreführung oder Fehlinformation Behandlungsmaßnahmen einleitet, die sich später als unnötig herausstellen. In solchen Fällen können der Behandlungsanspruch des Versicherten und der Vergütungsanspruch des Krankenhauses auseinanderfallen, wenn zwar rückschauend feststeht, dass objektiv keine Notwendigkeit für eine Krankenhausbehandlung bestand, das Krankenhaus aber im Behandlungszeitpunkt von der Notwendigkeit ausgehen durfte und die Behandlung zu Recht zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt hat (BSG, Großer Senat (GS), Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rdnr 33 mwN).

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht. Das Gesetz regelt die Voraussetzungen des Anspruchs auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V. Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (BSG, Großer Senat (GS), Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06, juris Rdnr 15 f.).

Nach Maßgabe der zuvor dargelegten Grundsätze ist die Erforderlichkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 19. bis 28.09.2006 nicht mit der zur Überzeugung des Senats notwendigen Sicherheit iS des Vollbeweises feststellbar.

Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen und dem vom SG Hildesheim eingeholten Gutachten des Arztes für Innere Medizin Dr. G. vom 31.03.2009 (nebst ergänzender Stellungnahme vom 22.06.2009) war im vorliegenden Fall die stationäre Behandlung der Versicherten in einem Krankenhaus medizinisch nicht notwendig. Die Leistung hätte vielmehr - insoweit in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beklagten und des MDK in vergleichbarer Weise durch eine Rehabilitationseinrichtung erbracht werden können.

Die Entscheidung des Krankenhausarztes ist darauf zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes eine Krankenhausbehandlung erforderlich war. Ob die Behandlung nur stationär in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann, ist anhand der besonderen, einem Krankenhaus zu Gebote stehenden Mitteln zu überprüfen. Es ist auf eine Gesamtbetrachtung abzustellen (BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 Rdnr. 16 mwN; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 Rdnr. 14). Als spezifische Mittel eines Krankenhauses gelten eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsente oder rufbereite Ärzte (BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4 Rdnr. 14). Die ärztlichen und pflegerischen Hilfeleistungen stellen die wesentlichen Leistungsbestandteile der Krankenhausbehandlung dar (vgl. Brandt, Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juli 2009, § 39 Rdnr. 45 mwN).

Demgegenüber stehen gemäß § 107 SGB V Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zwar auch unter ständiger ärztlicher Verantwortung; Behandlungen werden nach einem ärztlichen Behandlungsplan durchgeführt. Diese sind jedoch unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand der Patienten vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln, einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, anderen geeignete Hilfen, geistigen und seelischen Einwirkungen zu verbessern und dem Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Nichtärztliche Leistungen stehen hier gleichwertig neben den ärztlichen. Die Unterscheidung vom Krankenhaus ist im Wesentlichen nach der Art der zu behandelnden Erkrankungen, den Behandlungsmethoden sowie der damit im Zusammenhang stehenden Organisation der Einrichtung und der typischen Behandlungsdauer zu treffen (BSG SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 Seite 6; BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4 Rdnrn. 12, 18; Brandt, aaO, Rdnrn. 6, 65). Die stationäre Reha-Maßnahme nach § 40 Abs. 2 SGB V zielt nicht nur darauf ab, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlungen den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (§ 107 Abs. 2 Nr. 1b, 2 SGB V). Sie dient auch zur Abwendung und Minderung von drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sowie zum Ausgleich von deren Folgen (§§ 11 Abs. 2, 107 Abs. 2 Nr. 1b

SGB V). Die Auswahl zwischen den unterschiedlichen stationären Maßnahmen erfolgt nach der Zielsetzung, dem Einsatz der Mittel und den Kriterien des § 12 SGB V. Eine Unterscheidung kann im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, der Behandlungsmethode und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden (Brandt, a.a.O. Rdnr. 65). Gestaltet sich die Abgrenzung im Einzelfall schwierig, spricht nicht gegen eine Krankenhausbehandlung, dass diese auch rehabilitative Elemente beinhaltet (BSG, Urteil vom 20. Januar 2005 - B 3 KR 9/03 R).

Unter Berücksichtigung der zuvor genannten Kriterien war die vollstationäre Behandlung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin in dem streitbefangenen Zeitraum nicht erforderlich.

Eine davon abweichende Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist zunächst bereits in einer rückschauenden Betrachtungsweise nicht geboten. Für die Annahme einer alternativ jedenfalls hinreichenden stationären Rehabilitation und mithin gegen die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen spricht im Ergebnis vornehmlich der konkrete Verlauf des stationären Krankenhausaufenthalts. Insbesondere ist im Rahmen der notwendigen Gesamtbetrachtung bei diesem Sachverhalt nicht erkennbar, welche spezifischen Mittel eines Krankenhauses (apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsente oder rufbereite Ärzte) aufgrund welcher konkreten Tatsachen mit entsprechender hinreichender Wahrscheinlichkeit - auch in einer zu treffenden prognostischen vorausschauenden Betrachtungsweise - hätten eingesetzt werden müssen. Schwerpunktmäßig sind in tatsächlicher Hinsicht ausweislich des Entlassungsberichts lediglich umfassende umfangreiche Schulungen betreffend eine diabetesgerechte Ernährung etc durchgeführt, mithin Leistungen erbracht worden, wie sie im Rahmen stationärer Rehabilitation typischerweise angeboten werden. Demgegenüber sind krankenhausspezifische Behandlungen nicht erfolgt. Insbesondere die individuelle Anpassung von Insulinplänen und/oder Insulindosen vermag die Aufnahme im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung nicht zu rechtfertigen. Grundlegende medikamentöse Neueinstellungen - sowohl spezifisch den Diabetes mellitus als auch die weiteren Erkrankungen der Versicherten im Übrigen betreffend - sind ohnehin offenkundig nicht erforderlich gewesen bzw hat sich deren Notwendigkeit zu keinem Zeitpunkt erkennbar erschlossen.

Inhaltlich zutreffend hat das SG Hildesheim sodann ergänzend darauf hingewiesen, dass keine gesetzlichen oder anderweitig eindeutigen Regelungen in Sachen verbindlichen Einweisungsgründen im Falle einer Diabeteserkrankung ersichtlich sind, aus denen sich zwingende Vorgaben betreffend die medizinischen Erfordernisse für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung ergeben. Diese Tatsache wird letztlich auch von Seiten der Klägerin im Ergebnis nicht in

Abrede gestellt (vgl. Schriftsatz vom 05.09.2011). Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird insoweit zur Vermeidung von Wiederholungen abgesehen; der Senat nimmt gemäß § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) diesbezüglich auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des Urteils des SG Hildesheim vom 16.06.2011 (Seite 12, Abs. 2 bis Seite 13 Abs. 1) Bezug. Einer konkreten inhaltlichen Auseinandersetzung etwa mit Empfehlungen, Indikationen oder Kodierrichtlinien bedarf es daher nicht.

Aus den zuvor genannten Gründen ergibt sich insbesondere aus der Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 19.09.2006 (Prof. Dr. N. [redacted] zw. Dr. [redacted]) nicht bereits die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung.

Zwar wird ein entgleister Diabetes mellitus (ohne Angabe des Typus) mit Insulinresistenz (trotz intensiver Bemühungen seit 05/2005 HbA1c ständig steigend über 10%) diagnostiziert. Insoweit stellt auch die Beklagte unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des MDK Thüringen vom 26.02.2010 [redacted] nicht in Abrede, dass ein am Aufnahmetag (19.09.2006 - 18.00 Uhr) festgestellter Blutzucker von 8,5 mmol/l zwar formal als außerhalb der Normoglykämie zu qualifizieren ist. Anhaltspunkte, die für die Feststellung einer akuten Hyperglykämie mit drohender Ketoazidose und/oder hyperglykämischem Koma sprechen könnten, sind indes - worauf der MDK in der zuvor bezeichneten Stellungnahme zutreffend hinweist - nicht feststellbar.

Die hiernach unter Berücksichtigung auch ausweislich des Zentrallabors des Krankenhauses der Klägerin (Kumulativbefundbericht vom 20.09.2006) bereits seit Mai 2005 feststellbaren erhöhten HbA1c-Werte (23.05.05: 7.5, 18.07.05: 8.2, 05.01.06: 10.1, 16.03.06: 9.5 (kapillar), 03.08.06: 10.2) bestätigen mithin eine chronische Dekompensation. Eine solche vermag indes allein die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht zu begründen. Bei Nichterreichen des sog. Ziel-HbA1c wäre vielmehr nach damaligem Kenntnisstand, wie von der Beklagten zutreffend eingewendet, eine stationäre Rehabilitationsbehandlung erforderlich - aber auch hinreichend - gewesen.

Dem kann auch nicht mit Erfolg die Nichtberücksichtigung von Folge- und oder Begleiterkrankungen entgegengehalten werden. Insbesondere sind dementsprechende - dem neurologischen Fachgebiet zuzuordnende - konkrete Diagnosen nicht feststellbar. Die in der Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 19.06.2006 aufgeführte Hemiparese hat sich nicht bestätigen lassen. Lediglich eine diskrete linksseitige Fazialisparese ist ausweislich des Entlassungsbericht vom 09.10.2009 als Aufnahmebefund dokumentiert. Eine periphere Neuropathie konnte ohnehin ausgeschlossen werden. Folgeerkrankungen iS von Nephropathie und Neuropathie sowie Diabetischer Fuß sind denn auch bezeichnenderweise bereits anamnes-

tisch im Rahmen des erhobenen Aufnahmebefundes nicht angeführt worden. Die angegebene linksseitige Retinopathie erscheint im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit von stationärer Krankenhausbehandlung nicht relevant. Sie hat im Entlassungsbericht nicht einmal Erwähnung gefunden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG iVm §§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1 und 3, 47 Abs. 1 und 2 Gerichtskostengesetz GKG.

Es hat kein gesetzlicher Grund vorgelegen, die Revision zuzulassen (§160 Abs 2 SGG).