

Merkmale genannt, die eine stationäre Krankenhausbehandlung prägen. Eine stationäre Behandlung muss danach nicht zwingend Arznei-, Heil- und Hilfsmittel umfassen, wenn sie im Einzelfall nicht notwendig sind. Andererseits reicht es aber nicht aus, wenn nur Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt werden. Krankenhausbehandlung ist danach eine komplexe Gesamtleistung. Sie umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen, die im Rahmen einer ambulanten Versorgung oder medizinischen Rehabilitation entweder überhaupt nicht oder nicht in dieser Weise, insbesondere in dieser Kombination und Konzentration, ergriffen werden können. Dabei hat das BSG eingeräumt, dass die Grenzen nicht generell abstrakt gezogen werden können, sondern die Übergänge fließend sind (vgl. Urteil des BSG vom 10. April 2008, Az.: B 3 KR 14/07 R in SozR 4-2500 § 39 Nr. 14). Insofern handele es sich bei der Krankenhausbehandlung daher um den kombinierten Einsatz personeller (Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal) und sächlicher (Arzneien, technische Apparaturen) Mittel zu Behandlungszwecken. Die in der Regel daneben zur Verfügung gestellte Unterkunft und Verpflegung sowie die reine Grundpflege haben lediglich dienende Funktionen.

Zur Abgrenzung der Versorgungsformen der stationären Krankenhausbehandlung bzw. der medizinischen Rehabilitation hat das BSG bereits eingehende Kriterien aufgestellt und ausgeführt, dass die Abgrenzung zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik bisweilen schwierig ist, weil Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhaus sich darin decken, dass beide auf die Behandlung von Krankheiten bzw. die Beseitigung ihrer Folgen beim Betroffenen gerichtet sind. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln. Anhaltspunkte zur Differenzierung bietet vor allem § 107 SGB V. Danach ist für eine Rehabilitationseinrichtung insbesondere kennzeichnend, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- oder Beschäftigungstherapie zu verfolgen sind (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V).

Wichtige Anhaltspunkte zur Abgrenzung beider Versorgungsformen können dabei auch die Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften geben. Die dort formulierten Behandlungsstandards und Indikationen für Krankenhausbehandlungen lassen

Rückschlüsse darauf zu, welche ärztliche und nichtärztliche therapeutische Versorgung insoweit jeweils als krankenhaustypisch anzusehen ist.

Nach alledem war die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 22. bis 25. Januar 2009 im Hause der Klägerin gem. § 39 SGB V erforderlich, weil das Behandlungsziel nicht anders erreicht werden konnte. Gem. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Nach den für den Senat schlüssigen und überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dres. [REDACTED] im Sachverständigengutachten vom 25. November 2009 nebst Ergänzung waren die besonderen Mittel eines Krankenhauses notwendig. Dies ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass zunächst Blutzuckerprofile erstellt werden mussten, insbesondere nachts. Im Vordergrund der Behandlung stand folglich zunächst die Diagnostik, um danach eine entsprechende Therapie für den Diabetes einzuleiten. Folglich musste der Behandlungsplan für die Versicherte in der Einrichtung der Klägerin erst erstellt werden. Dies ist für Rehabilitationseinrichtungen nach der o. g. Rechtsprechung des BSG untypisch. Denn Rehabilitation setzt einen Behandlungsplan voraus.

Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ergibt sich aber nicht nur aus der Tatsache, dass die Blutzuckerwerte über einen längeren Zeitraum insbesondere nachts ermittelt werden mussten. Denn beim Vorliegen einer möglichen Hypoglykämie, wie vom einweisenden Arzt vermutet, wäre dringend die Anwesenheit eines Diabetologen erforderlich gewesen. Damit umfasste die Krankenhausbehandlung der Versicherten die in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V für die stationäre Behandlung typischen Merkmale der ärztlichen Behandlung gem. § 28 Abs. 1 SGB V, der Krankenpflege, etc..

Diese Merkmale für die Krankenhausbehandlung standen bei der Beurteilung des aufnehmenden Arztes im Hause der Klägerin im Vordergrund, so dass dieser bei der Gesamtbetrachtung zu Recht eine stationäre Behandlung im Hause der Klägerin für erforder-

derlich gehalten hat. Insoweit decken sich die Feststellungen der Sachverständigen über die Notwendigkeit der Messungen insbesondere der nächtlichen Blutzuckerwerte sowie der Anwesenheit eines entsprechenden Diabetologen mit jenen des einweisenden und des aufnehmenden Arztes. Sie sind daher für den Senat schlüssig und nachvollziehbar.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Einweisungsdiagnosen hinsichtlich der Versicherten den Indikationen für eine stationäre Einweisung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die die Sachverständigen zu den Akten gereicht haben, entsprechen. Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass die Einweisung der Versicherten durch eine Diabetes-Schwerpunktpraxis vorgenommen wurde. Ziffer 1 der Indikationen für eine stationäre Einweisung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften hält grundsätzlich eine stationäre Behandlung und Betreuung eines Patienten mit Diabetes mellitus für indiziert, wenn die Einweisung durch eine Diabetes-Schwerpunktpraxis vorgenommen wird. Auf den genauen Status dieser Indikationen kommt es, mangels gegenteiliger Leitlinien der Fachgesellschaft, nicht an. Sämtliche die Versicherte behandelnden Ärzte haben sich an die Regeln der Fachgesellschaft gehalten. Sie haben sich daher regelkonform verhalten.

Die Auffassung der Beklagten, dass eine Rehabilitationseinrichtung ausreichend gewesen wäre, überzeugt den Senat nicht.

Die Ansicht der Beklagten findet sich schon nicht im Gesetz wieder.

Der aufnehmende Arzt im Hause der Klägerin hatte zum Zeitpunkt der Aufnahme die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V abzuklären. Gem. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Diese Voraussetzungen lagen, wie oben erörtert, vor. Ein Verweisen auf eine Rehabilitationseinrichtung sieht das Gesetz hingegen nicht vor. Mithin

war der aufnehmende Arzt bei der ex ante Betrachtung nicht verpflichtet, diese Option zu prüfen.

Die Auffassung der Beklagten erscheint auch deshalb problematisch, weil der aufnehmende Arzt nicht beurteilen kann, ob es Rehabilitationseinrichtungen gibt, die dem DMP Diabetes beigetreten sind und über eine ähnliche Infrastruktur wie ein Krankenhaus verfügen. Zwar mag es sein, dass es Rehabilitationseinrichtungen gibt, die nicht nur nächtliche Blutzuckermessungen durchführen können, sondern auch über einen nächtlichen Notdienst eines Diabetologen verfügen. Dieser Vortrag ist für den hiesigen Fall hingegen nicht von Bedeutung, denn die Voraussetzungen des § 39 SGB V lagen unstreitig vor, was für den Vergütungsanspruch der Klägerin ausreicht.

Die Ansicht der Beklagten zu dem von ihr behaupteten Grundsatz, dass die Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus vorgehe, ist schließlich auch nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V abzuleiten.

Zum Einen ist nicht ersichtlich, wie der aufnehmende Krankenhausarzt die Höhe der Vergütungen für Krankenhausbehandlung auf der einen Seite und für Rehabilitationsbehandlung auf der anderen Seite bei der ex ante Betrachtung vergleichen können soll. Darüber hinaus hat selbst die Beklagte nicht offengelegt, was eine entsprechende Rehabilitation des Versicherten in einer DMP Klinik für Diabetes gekostet hätte. Sie zieht sich vielmehr auf eine abstrakte Betrachtungsweise zurück.

Auf die Anschlussberufung ist die Beklagte zu verurteilen, weitere 40,-- Euro nebst Zinsen an die Klägerin zu zahlen.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 2. Februar 2009 einen Betrag von 2.634,16 Euro abzüglich der Zuzahlung durch die Versicherte von 90,-- Euro, mithin 2.544,18 Euro geltend gemacht. Die Beklagte hat diese Summe an die Klägerin gezahlt, danach aber entsprechend dem Schreiben vom 14. April 2009 einen Betrag von 2.634,18 zurückgefordert und anschließend verrechnet. Diese Verrechnung ist, wie zuvor ausgeführt, unrechtmäßig, so dass die Beklagte verpflichtet ist, den vol-