

**Titel:**

**Anspruch auf Vergütung des stationären Krankenhausaufenthaltes trotz fehlender Behandlung am Wochenende**

**Normenketten:**

SGB V § 39, § 69 Abs. 1 S. 3, § 108, § 109 Abs. 4 S. 2 u 3

KHEntgG § 7 Abs. 1

KHG § 17 d Abs. 1

**Leitsätze:**

1. Für eine stationäre Krankenhausbehandlung reicht es aus, dass den Versicherten in der Zeit der stationären Behandlung der gesamte Krankenhausapparat einschließlich aller persönlicher und sächlicher Mittel zu Behandlungszwecken zur Verfügung steht, denn das Krankenhaus hält in der Regel ärztliche, apparative und krankenpflegerische Leistungen im Rahmen seiner Gesamtorganisation vor. (Rn. 23) (redaktioneller Leitsatz)

2. Auch wenn an Wochenenden keine ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen werden, wird dadurch die Krankenhausbehandlung weder beendet noch unterbrochen, da hierfür kein gewisses Mindestprogramm an Behandlungsmaßnahmen erforderlich ist. Vielmehr ist der Krankenhausaufenthalt insgesamt zu betrachten. (Rn. 24) (redaktioneller Leitsatz)

3. Die Behandlung psychischer Erkrankungen weist Besonderheiten auf, die es erlauben, an den Wochenenden das Behandlungsprogramm auf ein Minimum zu reduzieren, zumal eine psychophysische Stabilisation ein fortschreitender, täglicher Prozess ist. (Rn. 25) (redaktioneller Leitsatz)

**Schlagworte:**

Kosten, psychiatrische Krankenhausbehandlung, Erstattungsanspruch, Leistungsanspruch, Versorgungsauftrag, Aufrechnung, Wochenende, Vergütungsanspruch

**Fundstelle:**

BeckRS 2019, 42354

**Tenor**

I. Die Beklagte wird verurteilt an die Klägerin 2.297,64 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 09.08.2018 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 2.297,64 Euro festgesetzt.

**Tatbestand**

**1**

Die Parteien streiten über die Kosten einer Krankenhausbehandlung der Frau D. in Höhe von 2.297,64 Euro. Konkret streiten die Beteiligten über die Kürzung der Rechnung um 12 Behandlungstage an den Wochenenden.

**2**

Die Klägerin ist die H. Klinik A-Stadt, welche in den Krankenhausplan des Freistaats B. eingetragen ist. Sie behandelt unter anderem auch Versicherte der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenversicherung. Die H. Klinik A-Stadt ist eine Klinik für psychosomatische Krankenhausbehandlung. In der Klinik werden Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depression, Angsterkrankung, posttraumatischer Belastungsstörung, Essstörung, religiösen Störungen und Borderline behandelt.

**3**

In der Zeit vom 30.07. bis zum 05.11.2014 wurde die bei der Beklagten gesetzlich versicherte Frau D., geboren 1963, stationär behandelt. Mit der Patientin Frau D. wurde zu Beginn der Behandlung ein

Behandlungsplan festgelegt. Dieser umfasste zahlreiche therapeutische Maßnahmen, wie eine tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie zweimal pro Woche, konzentrierte Atem- und Bewegungstherapie, kunsttherapeutische Gruppentherapie, milieutherapeutische Gruppe zur Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft und andere. Diese Behandlungsmaßnahmen waren eingebettet in ein fachärztlich geleitetes multimodales integratives Behandlungskonzept in ständiger ärztlicher Präsenz. Zusätzlich schloss die Patientin am 07.08.2014 einen sogenannten „Vertrag-Esstörungen“, in dem sie sich verpflichtete regelmäßig und pünktlich zu den Mahlzeiten zu erscheinen. Dies galt auch für das Wochenende. Die Behandlungen wurden entsprechend des Behandlungsplan von Montag bis Freitag durchgeführt. Für Samstag und Sonntag waren keine therapeutischen Behandlungen vorgesehen. In der Patientenakte findet sich eine Behandlungschronologie, die für jeden Tag die Behandlungsmaßnahmen auflistet. An den Wochenenden 16.08. und 17.08., 06.09. und 07.09., 20.09. und 21.09., 04.10. und 05.10., 11.10. und 12.10. sowie 01.11. und 02.11.2014 sind keine Verlaufseinträge zu finden. An den übrigen Wochenenden finden sich jeweils Einträge wie am Samstag, 02.08.2014, durch die Pflegefachkraft K.: „Patientin benennt anhaltende Kopfschmerzen Ibu 600mg“. Insgesamt finden sich an den Wochenenden entweder gar keine Einträge oder lediglich kurze Gesprächsnotizen bzw. die Dokumentation der Gabe von Medikamenten et cetera. Alle Verlaufseinträge an den Wochenenden wurden ausschließlich durch Pflegefachkräfte unternommen und nicht von Ärzten. Die Verlaufseinträge sind im Vergleich zu den Verlaufsanträgen Montag bis Freitag sehr knapp gehalten. Jeweils freitags fand im Rahmen der Morgenvisite eine Vorbesprechung des Wochenendes statt. Beispielsweise findet sich am 22.08.2014 der Eintrag: „Morgenvisite: Vorbesprechung der Wochenendstruktur, Anpassung des Stundenplans an den therap. Prozess“. An den Wochenenden erstellte die Patientin jeweils für jede einzelne Woche des Klinikaufenthalts einen Wochenbericht. Dieser umfasste umfangreiche Fragen zu dem Therapiefortschritt, zu den Klinikalltag und zu der Arbeit in der therapeutischen Gruppe. Die Patientin füllte zusätzlich noch einen „Ess-Struktur Wochenbericht“ aus, in dem sie dazu Stellung nahm, inwieweit sie sich an ihren Vertrag bezüglich der Einnahme des Essens gehalten hat und wie sich ihre Essstruktur in der letzten Woche entwickelt hat. Nach den Wochenenden wurde jeweils am Montag im Rahmen der spezialtherapeutischen Sitzung das Wochenende nachbesprochen und die Patientin gab ihren Wochenbericht ab. Die Akte enthält weder eine Bestätigung über einen Urlaub der Patientin, noch eine Entlassungsanzeige oder Ähnliches.

#### 4

Die Klägerin stellte für den Aufenthalt der Patientin mit Rechnung vom 07.11.2014 einen Betrag in Höhe von 18.836,71 Euro in Rechnung. Die Beklagte beglich zunächst die Rechnung und kündigte der Klägerin am 10.11.2014 eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an. Die begutachtende Ärztin des MDK, Frau B., stellte in ihrem Gutachten vom 14.07.2018 zunächst fest, dass die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung gem. § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) medizinisch nachvollziehbar begründet worden sei. Die stationäre Aufnahme sei aufgrund der Schwere und Komplexität der psychischen Störung medizinisch begründet gewesen. Ambulante oder rehabilitative Maßnahmen seien nicht ausreichend gewesen. Ein kurativer Ansatz habe im Vordergrund gestanden. Auch die Verweildauer sei zu bestätigen. An den Wochenenden 16.08. und 17.08., 06.09. und 07.09., 20.09. und 21.09., 04.10. und 05.10., 11.10. und 12.10. sowie 01.11. und 02.11. fehlten die Verlaufseinträge jedoch komplett. Es sei daher nicht nachzuvollziehen, ob die Patientin an diesen Tagen in der Klinik anwesend war und ob die besonderen Mittel eines Krankenhauses notwendig waren.

#### 5

Mit Schreiben vom 19.07.2018 teilte die Beklagte der Klägerin das Ergebnis der Prüfung mit und machte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 2.297,64 Euro geltend. Die bereits bezahlte Rechnung werde korrigiert und mit einem unstreitigen Leistungsanspruch aufgerechnet. Die Beklagte verrechnete die Forderung mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aus einem Zahlungsavis vom 09.08.2018.

#### 6

Am 20.12.2018 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Nürnberg. Sie hat die Zahlung aus mehreren streitigen Behandlungsfällen in Höhe von 6.943,38 Euro beantragt. Das Verfahren wurde unter dem Aktenzeichen S 18 KR 2166/18 geführt. Mit Beschluss vom 03.04.2019 hat die 18. Kammer des Sozialgerichts Nürnberg die Verfahren getrennt. Das Verfahren bezüglich der Behandlung der Frau D. wurde unter dem hiesigen Aktenzeichen fortgeführt.

#### 7

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.297,64 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 09.08.2018 zu zahlen.

**8**

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

**9**

Mit Schreiben vom 05.09.2018 teilte die Klägerin auf Nachfrage des Gerichts mit, dass die Patientin Frau D. während der stationären Behandlung nicht beurlaubt war. Auch eine therapeutische Belastungserprobung habe nicht stattgefunden.

**10**

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestands auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Patientenakte betreffend die Behandlung der Frau D. Bezug genommen. Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

**11**

Die zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Nürnberg formgerecht erhobene Leistungsklage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung aus unstreitigen Behandlungen in Höhe von 2.297,64 Euro aus dem Zahlungsavis vom 09.08.2019. Der Anspruch ist nicht durch Aufrechnung erloschen.

**12**

Die Klage eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, 30.06.2009, B 1 KR 24/08 R mwN). Der Zahlungsanspruch ist auch konkret beziffert.

**13**

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung aus dem Zahlungsavis vom 09.08.2018. Der Anspruch ist nicht durch Aufrechnung erloschen. Die Beklagte hat aus der Behandlung der Patientin D. keinen Rückzahlungsanspruch in Höhe von 2.297,64 Euro.

**14**

1. Das Krankenhaus der Klägerin ist unstreitig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 i.V.m. § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Mit einem Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet.

**15**

Aus dem Sachleistungsprinzip entspringt die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten. Dieser Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert darum mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (BSG, 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R). Deshalb hängt der Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht davon ab, ob die Krankenkasse zuvor die stationäre Behandlung durch Bescheid bewilligt hat, sodass die Beklagte grundsätzlich zum Ausgleich der durch den stationären Aufenthalt ihres Versicherten verursachten Kosten gegenüber der Klägerin rechtlich verpflichtet ist.

**16**

2. Der Anspruch auf Vergütung richtet sich daher nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2014 sowie § 17 d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Zahlungsanspruch wegen der Krankenhausbehandlungen, deren Rechnungsnummern auf dem Zahlungsavis vom 09.08.2018 aufgeführt sind, ist zwischen den

Beteiligten nicht streitig. Es ist auch nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund dieser stationären Behandlungen gegenüber der Beklagten die Vergütung zutreffend berechnet hat. Im Übrigen sind Anhaltspunkte für eine unzutreffende Leistungsabrechnung auch nicht ersichtlich. Eine nähere Prüfung der erkennenden Kammer erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R).

#### **17**

3. Der Zahlungsanspruch ist nicht dadurch erloschen, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten Frau D. für den Zeitraum 30.07.2014 - 04.11.2014 analog § 387 Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Aufrechnung erklärt hat (zur entsprechenden Anwendung von § 387 BGB auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, 23.06.2015, B 1 KR 26/14; BSG, 21.4.2015, B 1 KR 8/15 R). Die Beklagte hat keinen aus § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V in entsprechender Anwendung von § 812 BGB ableitbaren öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl. dazu ausführlich: BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R) auf Rückzahlung von 2.297,64 EUR, mit dem sie wirksam gegenüber der Vergütungsforderung der Klägerin aufrechnen konnte.

#### **18**

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, können grundsätzlich zurückgefordert werden (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. Juni 2017 - L 9 KR 203/14 -, Rn. 29, juris). Die Vergütung für die Behandlung der Frau D. hat die Beklagte jedoch nicht zu Unrecht bezahlt. Nach Überzeugung der Kammer konnte die Klägerin sämtliche Behandlungstage abrechnen.

#### **19**

a) Die stationäre Behandlung der Frau D. war vom 30.07.2014 bis zum 04.11.2014 medizinisch erforderlich.

#### **20**

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. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist im Sinne von § 39 SGB V erforderlich, wenn die Behandlung dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht und (medizinisch) notwendig ist. Erforderlichkeit ist letztlich gleichbedeutend mit medizinischer Notwendigkeit. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist (ob also Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt), richtet sich daher allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl. BSG, Beschluss vom 07.11.2006, B 1 KR 32/04 R, juris; BSG, Urteil vom 17.11.2015, B 1 KR 18/15 R, juris). Besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsen-ter oder rufbereiter Arzt.

#### **21**

Aus dem Gutachten des MDK ergibt sich, dass die stationäre Krankenhausbehandlung vom 30.07.2014 bis zum 04.11.2014 grundsätzlich medizinisch erforderlich war. Nach Einschätzung des MDK war die stationäre Aufnahme aufgrund der Schwere und der Komplexität der psychischen Störung medizinisch notwendig. Ambulante oder rehabilitative Maßnahmen waren nicht ausreichend. Die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung war bis zum 05.11.2014 medizinisch nachvollziehbar begründet bis auf die Fehltage.

#### **22**

b) In der Zeit vom 30.07.2014 bis zum 05.11.2014 hat die Klägerin eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt und nicht nur Unterkunft und Verpflegung gestellt.

#### **23**

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts reicht es aus für eine stationäre Krankenhausbehandlung aus, dass den Versicherten in der Zeit der stationären Behandlung im Krankenhaus der gesamte Krankenhausapparat mit ärztlicher Leitung und einem umfassenden Krankenpflegeangebot einschließlich aller persönlicher und sächlicher Mittel zu

Krankenhausbehandlungszwecken als Angebot zur Verfügung stand (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - B 1 KN 1/07 KR R -, BSGE 102, 172-181, SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rn. 29). Lediglich in Fällen, in denen das Krankenhaus ausschließlich Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt hat, könne unter Hinweis hierauf ein Zahlungsanspruch wegen Krankenhausbehandlung zu verneinen sein. In aller Regel halte das Krankenhaus indes - ähnlich einem gemischten Vertrag - als wesentliche weitere Elemente insbesondere ärztliche, apparative und krankenpflegerische Leistungen im Rahmen seiner Gesamtorganisation vor und stelle dieses Angebot zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Das genüge bereits, um den Vergütungsanspruch zu begründen, vorausgesetzt, es bestehe zusätzlich auch ein Anspruch der Versicherten auf erforderliche Krankenhausbehandlung (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - B 1 KN 1/07 KR R -, BSGE 102, 172-181, SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rn. 30). Dieser Rechtsprechung folgt die Kammer.

#### **24**

Es liegt bei der Behandlung der Patientin Frau D. kein Fall vor, in dem das Krankenhaus lediglich Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt hat. Die stationäre Krankheitsbehandlung hat am 30.07.2014 mit der Aufnahme der Versicherten begonnen. Darunter ist die „physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses“ zu verstehen (BT-Drucks 12/3608, S. 82 zu § 39 SGB V; BSG, Urteil vom 28.02.2007, B 3 KR 17/06 R, juris; BSG, Urteil vom 04.03.2004, B 3 KR 4/03 R, juris). Zwar hat die Patientin an allen Wochenenden keine ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, sondern lediglich Leistungen der Pflegefachkräfte bzw. an manchen Wochenenden auch gar keine Leistungen. Dadurch wurde die stationäre Krankenhausbehandlung jedoch nicht beendet oder auch nur unterbrochen. Weder dem Gesetz, noch den Entscheidungen des Bundessozialgerichts kann entnommen werden, dass an jedem einzelnen Tag der Krankenhausbehandlung ein gewisses Mindestprogramm an Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommen muss. Der Krankenhausaufenthalt ist vielmehr insgesamt zu betrachten (vgl. SG Würzburg, Urteil vom 05. Dezember 2016 - S 11 KR 156/16 -, Rn. 30, juris).

#### **25**

Die Versicherte war auch an den strittigen Tagen in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingliedert und ihr stand während dieser Zeit der gesamte Krankenhausapparat als Versorgungsangebot zur Verfügung. Dass der jederzeit rufbereite Arzt nicht aktiv werden musste, ist daher nicht entscheidend. Darüber hinaus steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass sehr wohl auch an den Wochenenden Behandlungsmaßnahmen stattgefunden haben. Dafür ist die Krankenhausbehandlung insgesamt zu betrachten. Das Krankheitsbild der Patientin entfiel nicht am Wochenende, sondern bestand weiterhin fort und machte es notwendig, dass die Patientin auch am Wochenende in dem Krankenhaus verblieb. Die Behandlung psychischer Erkrankungen weist nach Auffassung der Kammer Besonderheiten auf, die es erlauben an den Wochenenden das Behandlungsprogramm auf ein Minimum zu reduzieren und als Angebot im Hintergrund eine ärztliche Betreuung vorzuhalten. Die Patientin sollte im Rahmen des stationären Aufenthalts psychophysisch stabilisiert werden. Dazu muss die Patientin sich im Rahmen der Therapie mit sich selbst und ihrer tatsächlichen Situation auseinandersetzen. Dies endet sicherlich nicht am Wochenende, sondern ist ein fortschreitender Prozess, der zur stationären Behandlung gehört und insbesondere an den Wochenenden, an denen kein Behandlungsprogramm stattfindet, erfolgen kann. Dies wird dadurch unterstützt, dass die Patientin keineswegs an den Wochenenden untätig war, sondern einen umfangreichen Wochenbericht und den Ess-Struktur-Wochenbericht ausfüllen musste. Das Wochenende wurde darüber hinaus jeweils am Freitag im Rahmen der Morgensvisite vorbesprochen und am Montag nachbesprochen. Die Patientin, die auch an einer Ess-Störung litt, hatte zudem an den Wochenenden die Aufgabe pünktlich und regelmäßig zu den Mahlzeiten zu erscheinen. Die Kammer geht daher - den Krankenhausaufenthalt insgesamt betrachtet - von einem schlüssigen Gesamtkonzept und damit von einer fortdauernden ununterbrochenen Krankenhausbehandlung vom 30.07.2014 bis zum 05.11.2014 aus.

#### **26**

Dies gilt im Besonderen vor dem Hintergrund des besonderen Abrechnungssystems bei stationären Behandlungen. Der Abrechnung lag der Prozeduren-Schlüssel 9-630.0 (9630:

#### **27**

Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, 9-630.0 Psychosomatischpsychotherapeutische

Komplexbehandlung mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche) zugrunde. Im Rahmen einer Komplexbehandlung erfolgt stets eine wochenweise Betrachtung der Behandlung. Die Behandlung muss die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Dort ist die Anzahl der Therapieeinheiten verbindlich festgelegt. Es ist jedoch nicht festgelegt, wann diese zu erfolgen haben, so dass das Krankenhaus insoweit frei ist und die Behandlungen auf die Werktage konzentrieren kann.

## **28**

Nach Auffassung der Kammer hat in dem gesamten Zeitraum vom 30.07.2014 bis zum 05.11.2014 eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden.

## **29**

c) Die Kammer hat auch keine begründeten Zweifel, dass die Versicherte tatsächlich an allen Tagen vom 30.07.2014 bis zum 05.11.2014 im Krankenhaus anwesend war. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass an einzelnen Tagen am Wochenende kein Eintrag über pflegerische oder sonstige Maßnahmen erfolgt ist.

## **30**

Mit der - unstreitig erfolgten - Aufnahme der Patientin in das Krankenhaus ist die Patientin in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingebunden und aufgenommen. Damit ist die Patientin in den Schutzbereich des Krankenhauses einbezogen. Dies zugrunde gelegt ist es nach Auffassung der Kammer zwingend notwendig, dass ein Krankenhaus in seiner Dokumentation vermerkt, wenn ein Patient abwesend ist. Es ist nach Auffassung der Kammer hingegen weder notwendig seitens des Krankenhauses täglich zu dokumentieren „Patient anwesend“, noch kann aus dem Fehlen eines Verlaufseintrags geschlossen werden, dass der betroffene Patient nicht anwesend war.

## **31**

Es bestehen auch keine Besonderheiten bei der Behandlung der Patientin Frau D., die eine andere Auslegung nahelegen. In der vorliegenden Verlaufsdocumentation ist weder vermerkt, dass die Patientin beurlaubt war oder entlassen wurde, noch, dass sie eine therapeutische Belastungsprobe zu Hause wahrgenommen hat. Es finden sich an den bemängelten Wochenenden schlicht gar keine Einträge. Vor jedem der gekürzten Wochenenden fand am Freitag im Rahmen der Morgenvisite eine Vorbesprechung des Wochenendes statt. Die Patientin hat den Wochenbericht und den Ess-Strukturbericht für alle Wochenenden ausgefüllt und an dem jeweils nachfolgenden Montag abgegeben. Des Weiteren fand jeweils montags eine Nachbesprechung statt. Diese Punkt zusammengefasst hat die Kammer keine Zweifel, dass die Patientin tatsächlich anwesend war.

## **32**

Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass der Leistungserbringer grundsätzlich die Beweislast für seine Abrechnung trägt. Die objektive Beweislast für den Vergütungsanspruch wegen Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) eines gesetzlich versicherten Patienten hat der Krankenhausträger (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R -). Nach Auffassung der Kammer kann die schlichte, nicht näher begründete Behauptung der Beklagten, dass die Patientin wohl nicht anwesend war, keine Bedenken hinsichtlich der Begründetheit des Vergütungsanspruchs dahingehend wecken, dass die Patientin das Krankenhaus wohl verlassen habe.

## **33**

d) Die Frage, ob die Klägerin an den strittigen Tagen „intensiver“ behandeln musste, betrifft die Wirtschaftlichkeit. Eine Krankheitsbehandlung muss wirtschaftlich sein. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel (BSG, Urteil vom 10.03.2015, B 1 KR 3/15 R, juris m.w.N.). Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (BSG, Urteil vom 10.03.2015, B 1 KR 3/15 R, juris m.w.N.). Das Wirtschaftlichkeitsgebot greift bloß dann nicht ein, wenn überhaupt nur eine Leistung in Rede steht (BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 12/12 R, juris). Hier ist ein wirtschaftlicheres Alternativverhalten zu dem eingeschlagenen Behandlungsweg nicht ersichtlich. In dem MDK Gutachten vom 18.07.2018 führt die Gutachterin aus, dass die stationäre Krankenhausbehandlung insgesamt erforderlich war und die Versicherte nicht früher hätte entlassen werden können. Dafür, dass eine frühere Entlassung möglich gewesen wäre, wenn die Versicherte auch an den Wochenenden behandelt worden wäre, lässt sich kein Anhaltspunkt finden, auch nicht im Gutachten des MDK. Die Klägerin ist grundsätzlich

nicht dazu verpflichtet, den Krankenhausbetrieb so einzustellen, dass sie auch an Wochenenden eine über eine Akut- und Notfallversorgung hinausgehende Versorgung erbringen kann. Es ist anerkannt, dass die Personalstärke in einem Krankenhaus an Wochenenden und Feiertagen reduziert und der Behandlungsumfang gegenüber regulären Arbeitstagen herabgesetzt und weitgehend auf Notversorgungen ausgerichtet ist (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KN 3/08 KR R, juris, Rn. 36). Es ergeben sich daher keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass das Vorgehen des Krankenhauses in Bezug auf die Wochenenden und Feiertage unwirtschaftlich war.

#### **34**

Der Klage war daher insgesamt stattzugeben.

#### **35**

4. Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus § 22 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung 2014. Danach ist die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen und sind ab Überschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten.

#### **36**

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

#### **37**

6. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).