SG Nürnberg, Urteil v. 13.12.2023 – S 11 KR 765/19

Titel:

Leistungsklage, Krankenhausvergütung, DRG-Abrechnung, medizinische Notwendigkeit, stationäre Behandlung, Sachverständigengutachten, Kostenentscheidung

Schlagworte:

Leistungsklage, Krankenhausvergütung, DRG-Abrechnung, medizinische Notwendigkeit, stationäre Behandlung, Sachverständigengutachten, Kostenentscheidung

Rechtsmittelinstanzen:

LSG München vom 18.01.2024 – L 20 KR 35/24

LSG München, Urteil vom 30.09.2026 – L 20 KR 35/24

Tenor

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.145,92 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30.04.2018 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

1
Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Vergütung i.H.v. 2.145,92 € hat.

2
Die Klägerin betreibt das M-Krankenhaus, E-Stadt, welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Patienten, die bei der Beklagten krankenversichert sind.

3
Im Zeitraum 12.07.2017 bis 13.07.2017 behandelte die Klägerin den bei der Beklagten versicherten Patienten S. (S), geboren 1994. Die stationäre Aufnahme erfolgte zur Durchführung einer elektrophysiologischen Untersuchung (EPU) bei häufigerem intermittierendem sowie selbstlimitierendem Herzrasen. Bei S wurde bereits im November 2015 eine erfolgreiche Ablation bei einer Permanenten Junktionalen Reentrytachykardie (PJRT) durchgeführt. Die EPU ergab keinen Befund, der eine Ablation oder weitere invasive Maßnahmen veranlasst hätte. Der Patient wurde am Folgetag bei kardiopulmonaler Stabilität in gutem Allgemeinzustand entlassen.

4
Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 13.07.2017 einen Betrag in Höhe von 2.145,92 € in Rechnung. Abgerechnet wurde nach der Pauschale für Diagnosis Related Groups, sog. Fallpauschale (DRG), F49F bei einer Verweildauer von einem Tag.

5
Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunächst im vollen Umfang. Da sie allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen Rechnungslegung hatte, beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenkasse Bayern (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung bzw. der Frage, ob die medizinische Notwendigkeit einer stationären Aufnahme in das Krankenhaus bestanden oder ob eine primäre Fehlbelegung vorgelegen habe. Der Gutachter des MDK kam in seinem Gutachten vom 13.04.2018 zu dem Ergebnis, dass keine Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bestanden habe. Die Mittel des Krankenhauses seien nicht notwendig, eine Entlassung des S am Nachmittag möglich gewesen. Eine Empfehlung für eine alternative Behandlungsmöglichkeit wurde vom Gutachter des MDK nicht abgegeben.

6
Auf Grundlage des MDK-Gutachtens machte die Beklagte mit elektronischer Mitteilung vom 19.04.2018 gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch i.H.v. 2.145,92 € aus dem abgerechneten Behandlungsfall des S geltend und teilte mit weiterem Schreiben vom 30.04.2018 eine Verrechnung in der

genannten Höhe mit der unbestrittenen Forderung der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall mit. Unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme vom 16.05.2018 schlug die Klägerin die Durchführung eines Nachverfahrens vor, was die Beklagte am 18.05.2018 ablehnte.

7
Am 07.10.2019 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben. Sie begründet ihre Klage im Wesentlichen damit, dass die stationäre Aufnahme des S unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls und der bekannten medizinischen Vorgeschichte erforderlich gewesen sei.

8
Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung der Patientenakte des S und der Verwaltungsakte der Beklagten.

9
Im Anschluss hat das Gericht den ärztlichen Sachverständigen und Facharzt für Innere Medizin-Kardiologie-Angiologie-Intensivmedizin-Diabetologie PD Dr. W (W) mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage vom 24.11.2020 und zweier ergänzenden Stellungnahmen vom 18.03.2021 und vom 03.09.2021 beauftragt. W ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der stationäre Aufenthalt des S medizinisch erforderlich gewesen ist. Eine ambulante EPU werde gutachterlich nicht befürwortet; die EPU würde in Deutschland in aller Regel stationär durchgeführt. Die bei der Untersuchung durchgeführten intrakardialen Manöver würden eine nicht zu vernachlässigende Komplikationsrate nach sich ziehen (z.B. Verletzungen des Herzens oder Nachblutungen). Auch seien anlässlich der Untersuchung des S Katecholamine angewandt worden; dies seien herzwirksame Medikamente, die Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckentgleisungen auslösen könnten. Die Untersuchung sei hochkomplex mit dem Einsatz mehrpoliger, großvolumiger Katheder – in Gestalt einer erweiterten diagnostischen Herzkatheteruntersuchung mit vier Sonden –, mit mehreren Punktionsstellen sowie mit der Gabe kardial wirksamer Medikamente gewesen. Nach der Untersuchung sei bei S für 8 Stunden ein Druckverband angelegt worden. Eine stationäre Überwachung sei nach den maßgeblichen Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in diesem Fall indiziert gewesen.

10
Sodann hat das Gericht den Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sozialmediziner, Arzt für spezielle internistische Intensivmedizin, Medizinischen Sachverständigen (CPU) Dr. K. (K) als ärztlichen Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. K ist in seinem Gutachten vom 24.11.2022 abschließend zu dem Ergebnis gelangt, dass bei der Behandlung des S die Verwendung der besonderen Mittel eines Krankenhauses nicht erforderlich gewesen sei. Die EPU sei komplikationslos verlaufen, eine Ablationsbehandlung sei nicht erfolgt. Die letzte Gabe von Orciprenalin sei um 10:05 Uhr des ersten Behandlungstages erfolgt. Nachbeobachtungsprotokolle lägen nicht vor; nach der Untersuchung sei ein einmaliger Eintrag von Vitalzeichen und ein einmaliger Pflegeeintrag, der Beschwerdefreiheit attestiert habe, erfolgt. Ein besonderer Überwachungsbedarf habe offensichtlich nicht bestanden, insbesondere sei keine Monitorüberwachung und keine bildgebende Kontrolle erfolgt. Auch eine besondere Gefahr für S infolge der Gabe von Orciprenalin sei nicht erkennbar gewesen, ebenso wenig die Gefahr einer potenziell lebensbedrohlichen Durchstechung der Herzwand. Aus seiner Sicht habe es sich im vorliegenden Fall formal um eine primäre Fehlbelegung gehandelt. Der Aufenthalt habe ausschließlich der elektiven Erbringung einer rein diagnostischen EPU ohne Ablationsbehandlung gedient.

11
Am 20.04.2023 hat mit den Beteiligten eine nichtöffentliche Sitzung zur Erörterung des Sachverhaltes stattgefunden.

12
Am 21.08.2023 hat K auf Anforderung des Gerichts nochmals ergänzend gutachtlich Stellung genommen. Allein die Einlage eines – vierten – Coronarsinuskatheters stelle aus gutachtlicher Sicht keine Begründung für die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung dar. Zwar habe aus exante-Sicht des behandelnden Arztes die Möglichkeit einer erneuten Notwendigkeit einer Ablationsbehandlung grundsätzlich bestanden, welche dann zwingend die stationäre Überwachung für mindestens einen Belegungstag erfordert hätte. Eine Ablationsbehandlung sei aber letztlich nicht notwendig geworden. Auch seien im weiteren Verlauf der stationären Behandlung des S keine Eigenschaften des Patienten oder eingetretene Komplikationen erwähnt oder dokumentiert, die eine vollstationäre Versorgung im vorliegenden

Fall erforderlich gemacht hätten. Aus medizinischer Sicht hätte sich dieses Erfordernis erst ergeben, wenn es im Laufe bzw. infolge der EPU zu einer Ablationsbehandlung und/oder zu Komplikationen gekommen wäre. Auch aus der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie „Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen“ ergebe sich kein Anhalt für die Begründung einer vollstationären Leistungserbringung im vorliegenden Fall.

13
Im Nachgang zu der ergänzenden Stellungnahme haben sich sowohl die Klägerin mit Schriftsatz vom 08.09.2023 als auch die Beklagte mit Schriftsatz vom 31.10.2023 nochmals geäußert.

14
Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 2.145,92 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 30.04.2018 zu zahlen.

15
Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

16
Die Beklagte ist der Auffassung, dass die EPU des S auch ambulant hätte durchgeführt werden können. Auch aus exante-Sicht des behandelnden Arztes habe keine Notwendigkeit zur stationären Aufnahme des S bestanden. Denn hierfür genüge nicht, dass nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bei der Durchführung der EPU mit einer Entdeckung der Notwendigkeit einer Ablationsbehandlung zu rechnen gewesen sei. Doch selbst im Falle einer Ablationsbehandlung wäre diese nicht zwingend im stationären Setting durchzuführen gewesen. Letztlich habe für eine stationäre Aufnahme des S schon deshalb keine Notwendigkeit bestanden, weil die EPU vorstationär hätte durchgeführt werden können und die Beklagte bei Notwendigkeit einer Ablation unproblematisch in eine vollstationäre Behandlung hätte übergehen und diese abrechnen können.

17
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Patientenakte des S sowie der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

18
Das Gericht konnte den Rechtsstreit mit Einverständnis der Beteiligten, das diese schriftsätzlich (Schriftsatz der Klägerin vom 17.10.2023, Schriftsatz der Beklagten vom 31.10.2023) erklärt haben, ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden (vgl. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

19
Die Klage ist zulässig und begründet.

I.

20
Die form- und fristgerecht eingelegte Klage ist auch im Übrigen zulässig (vgl. §§ 87 ff. SGG).

21
Der nach § 54 Abs. 5 SGG zulässigen Leistungsklage eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der Kosten für die Behandlung eines Versicherten liegt ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis zugrunde, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG v. 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R, v. 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R, jeweils m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

II.

22

Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Bezahlung eines – zwischen den Beteiligten unstreitigen – Leistungsanspruchs für die Behandlung eines anderen Versicherten der Beklagten im Umfang von 2.145,92 €. Dieser Anspruch der Klägerin ist nicht durch Aufrechnung erloschen, da die Beklagte gegenüber der Forderung der Klägerin nicht mit einem Erstattungsanspruch in der genannten Höhe aus der (streitgegenständlichen) Behandlung der S aufrechnen konnte. Hinsichtlich der grundsätzlichen Wirksamkeit einer solchen Aufrechnung ist auf die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, vgl. u.a. Urteile v. 20.01.2021 – B 1 KR 31/20 R; v. 25.10.2016 – B 1 KR 9/16 R) zu verweisen.

23
Der Beklagten stand kein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des S zu. Zurecht hat die Klägerin die Behandlung nach DRG F49F abgerechnet. Insbesondere lag die medizinische Notwendigkeit stationärer Behandlung vor. Es ist damit nicht zu einer (rechtsgrundlosen) Überzahlung in Höhe von 2.145,92 € durch die Beklagte gekommen.

24
Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG – i.d. im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Fassung) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 7 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von DRG nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG -: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG werden mit den Entgelten nach Satz 1 die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

25
Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG werden in einem ersten Schritt die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – dem ICD-10-GM – in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Operationen und sonstigen Prozeduren nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel (OPS) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung („Kodierung“) haben die Vertragspartner auf Bundesebene die DKR beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem ICD-10-GM eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. dazu u.a. BSG v. 18.07.2013 – B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG v. 14.10.2014 – B 1 KR 25/13 R, juris, Rn. 12 m.w.N.).

26
Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die DKR und der ICD-10-GM in der vom DIMIDI für das Jahr 2017 herausgegebenen Version.

27

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen – und damit auch die DKR – sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (vgl. u.a. BSG v. 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R, juris Rn. 18; Urteile v. 14.10.2014 – B 1 KR 25/13 R, B 1 KR 26/13 R, jeweils juris Rn. 13 m.w.N.; v. 31.03.2021 – B 1 KR 82/20 B, juris Rn. 9). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalen-Katalogs in der Hand Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG v. 18.07.2013 – B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 13 m.w.N.; siehe auch BSG a.a.O.: Ergänzende bzw. unterstützende Auslegung der DKR nach ihrem systematischen Zusammenhang).

28
Streitig ist im vorliegenden Fall allein die Frage, ob für die Behandlung des S die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bestand.

29
Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist nicht gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist (§ 12 Abs. 1 SGB V). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2, letzter Halbsatz SGB V). Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags 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 (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

30
Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, entscheidet der Krankenhausarzt erstmalig bei der Aufnahme und fortlaufend entsprechend den geplanten und durchgeführten Behandlungsschritten. Die Beurteilung der Krankenhaubehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt ist im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer darauf hin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes – ex ante – eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Beschluss des Großen Senats v. 25.09.2007 – GS 1/06 = BSGE 99,11 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10; Urteil v. 10.04.2008 – B 3 KR 19/05 R = BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

31
Besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt. Dabei erfordert die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch ist er stets ausreichend. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten gegenüber einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (LSG Berlin-Brandenburg v. 08.06.2011 – L 9 KR 504/08, juris Rn. 59). Die vollstationäre Behandlung als intensivste Form der Krankenhausbehandlung ist als ultima ratio normiert. Die notwendige medizinische Behandlung muss in jeder Hinsicht und ausschließlich mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden können (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2022, § 39 Rn. 72). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Die Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Satz 1 SGB V). Es geht dabei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung.

32
Hierbei kann eine medizinische Versorgung, die als solche nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch ambulant vorgenommen werden kann, allerdings aufgrund besonderer Gegebenheiten des Einzelfalls gleichwohl eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordern. Dabei kommt es vor allem auf den Gesundheitszustand des Versicherten an. Denn für die Entscheidung, medizinische Behandlungen ambulant oder stationär durchzuführen, sind in erster Linie Risikoabwägungen ausschlaggebend. Es bedarf also neben der generellen auch und gerade der individuellen Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung im konkreten Einzelfall (Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39 SGB V Rn. 81 m.w.N. der BSG-Rechtsprechung).

33
Diese rechtlichen Maßgaben zugrunde gelegt sieht das Gericht die stationäre Aufnahme des S am 12.07.2017 als medizinisch notwendig an. Das Gericht stützt seine Überzeugung auf die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen W und K. Der ärztliche Sachverständige W hat in seinem Gutachten vom 24.11.2020 und in den ergänzenden Stellungnahmen vom 18.03.2021 und vom 03.09.2021 die medizinische Notwendigkeit einer stationären Durchführung der EPU des S bejaht. Er hat dies im Wesentlichen damit begründet, dass eine EPU in Deutschland in aller Regel stationär durchgeführt würde. Die bei der Untersuchung durchgeführten intrakardialen Manöver würden eine nicht zu vernachlässigende Komplikationsrate nach sich ziehen. Im vorliegenden Fall sei die EPU in Gestalt einer komplexen erweiterten diagnostischen Herzkatheteruntersuchung mit vier Sonden, mit mehreren Punktionsstellen sowie mit der Gabe kardial wirksamer Medikamente durchgeführt worden. Daher sei im vorliegenden Fall eine stationäre Überwachung indiziert gewesen. Allerdings hat der ärztliche Sachverständige K in seinem Gutachten vom 24.11.2022 nachvollziehbar dargelegt, dass im Falle des S nach der durchgeführten EPU besondere Überwachungsmaßnahmen, die nur unter stationären Bedingungen hätten erfolgen können, nicht dokumentiert sind. Auch musste weder eine Ablation durchgeführt werden noch kam es infolge der EPU zu Komplikationen. Jedoch führt K ebenso zutreffend aus, dass angesichts der bei S zum Zeitpunkt seiner stationären Aufnahme vorliegenden Symptomatik der begründete Verdacht auf ein Wiederauftreten der Herzrhythmusstörungen trotz stattgehabter Ablation einer akzessorischen Leitungsbahn bestanden habe. Bei Zustand nach kathetergestützter Ablationsbehandlung am 12.11.2015 einer „permanenten junktionalen Re-Entry-Tachykardie mit posteroseptaler akzessorischer Leitungsbahn“ habe insbesondere die Möglichkeit eines Wiederauftretens von Herzrhythmusstörungen nach „Erholung“ der ablatierten akzessorischen Erregungsbahn bestanden. Diese hätte gegebenenfalls eine erneute Intervention mit kathetergestützter Verödung (Ablation) im selben Eingriff erforderlich machen können. Eine solche (erneute) Ablationsbehandlung, hätte zwingend eine stationäre Überwachung für mindestens einen Belegungstag erfordert, wie K in der ergänzenden Stellungnahme vom 21.08.2023 ausführt. Diesen Gesichtspunkt sieht das Gericht aber letztlich entscheidend dafür an, dass es – anders als der ärztliche Sachverständige K – im Ergebnis die rechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung des S als gegeben ansieht.

34
Im vorliegenden Einzelfall bestand nicht nur die abstrakte Gefahr einer möglichen Komplikation, wobei das Gericht dahingestellt lässt, ob diese bereits durch die zur üblichen Einlage von Sondenkathetern weitere Einlage eines Coronarsinus-Katheters signifikant erhöht war, wovon wohl W ausgeht. Vielmehr bestand bei S aufgrund der Krankheitsvorgeschichte zudem die konkrete Möglichkeit eines Wiederauftretens von Herzrhythmusstörungen nach „Erholung“ der ablatierten akzessorischen Erregungsbahn im Rahmen der EPU. In diesem Fall wäre eine Ablation vorzunehmen gewesen, die nach den von K zitierten Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. (Der Kardiologe, 2017), auf die sich auch der ärztliche Sachverständige W berufen hat, in der Regel in einer Sitzung durchzuführen ist, wobei die Notwendigkeit stationärer Behandlung aus der Komplexität und Invasivität der Behandlung resultiert. Insofern scheint dem Gericht die stationäre Durchführung der Behandlung des S im Hinblick auf dessen Krankheitsvorgeschichte und das infolgedessen bestehende Risiko der Notwendigkeit einer – zwingend stationär durchzuführenden – Ablationsbehandlung als gerechtfertigt. Dass sich dieses Risiko letztlich nicht realisiert hat und keine besonderen Überwachungs- bzw. Behandlungsmaßnahmen nach der durchgeführten EPU erforderlich geworden sind und S gegebenenfalls auch vorzeitig – am Abend des 12.07.2017 – aus der stationären Behandlung wieder hätte entlassen werden können, lässt die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme des S im Nachhinein nicht entfallen (vgl. dazu BSG vom 19.09.2013 – B 3 KR 34/12 R: Wird ein Versicherter, der nach der Entscheidung des Krankenhausarztes

mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll, gleichwohl vor Ablauf von 24 Stunden in ambulante Weiterbehandlung entlassen, liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn die Aufnahmeentscheidung nach dem verfügbaren Kenntnis- und Wissensstand des behandelnden Krankenhausarztes und nach medizinischen Standards nicht zu beanstanden war).

35
Nach alledem hat die Klägerin für den stationären Aufenthalt des S im Zeitraum 12.07.2017 bis 13.07.2017 zurecht die DRG F49F in Ansatz gebracht, woraus letztlich ein Vergütungsanspruch in Höhe von 2.145,92 € resultierte.

36
Der Zinsanspruch der Klägerin ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG i.V.m. § 21 Nr. 1 der im Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung geltenden „Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2017 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG“.

37
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a 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 im Rechtsstreit unterliegende Beteiligte ist.