

## SOZIALGERICHT ITZEHOE



### GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

Krankenhaus

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte Rechtsanwälte A.

g e g e n

Krankenkasse X.

- Beklagte -

hat die 26. Kammer des Sozialgerichts Itzehoe gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz ohne mündliche Verhandlung am 9. Januar 2019 in Itzehoe durch die Richterin am Sozialgericht XXX für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 807,23 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.08.2013 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**
- 3. Der Streitwert wird auf 807,23 € festgesetzt.**

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere darum, ob eine sogenannte sekundäre Fehlbelegung vorgelegen hat.

Der am 05.04.1967 geborene und bei der beklagten Krankenkasse versicherte M. V. (im Weiteren: Versicherter) wurde in der Zeit vom 23.04.2013 bis 25.04.2013 im Krankenhaus der Klägerin stationär aufgenommen und behandelt. Der Versicherte wurde zuvor durch seinen behandelnden Facharzt für Urologie, Dr. L., stationär eingewiesen. Als Diagnose gab der Facharzt Harnentleerungsstörung und Harnröhrenstriktur an. Ausweislich des Operationsberichtes vom 23.04.2013 wurde bei dem Versicherten eine Urethrotomia externa (Harnröhrenschlitzung) und eine Gewebe PE (Gewebe Probeexzision) durchgeführt. Bei einer ausgeprägten Vernarbung der distalen Harnröhre gelang nach mehrfachen Versuchen die Platzierung eines Hegerstiftes. Nach Isolierung eines 0,5 cm langen Urethra erfolgte die Urethrotomie mit Erweiterung nach proximal. Es wurden mehrere Anastomosen-Nähte der Urethrawand mit der Umgebung angelegt, so dass ein breiter Neomeatus entstand. Sodann erfolgten Blutstillungskontrolle und das Anlegen eines Dauerkatheters. Dem Anästhesieprotokoll lässt sich eine Anästhesiedauer von 10:45 bis 11:42 Uhr entnehmen. Der Patient erhielt prophylaktisch 2x1/Tag das Antibiotikum Ciprofloxacin. Bei den durchgeführten Kontrollen in der Zeit vom 23.04.2013 bis 25.04.2013 ergaben sich keine Auffälligkeiten. Es traten keine Komplikationen auf. Am 25.04.2013 wurde ein neuer Dauerkatheter gelegt und der Versicherte entlassen.

Die Klägerin liquidierte gegenüber der Beklagten die DRG L08B mit einem Kostengewicht von 1,064 und rechnete am 29.04.2013 für die Behandlung 3.264,38 € ab. Dieser Betrag wurde durch die Beklagte zunächst beglichen. Die Beklagte beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Aufnahme in das Krankenhaus und der Dauer der Krankenhausbehandlung. Im Rahmen seiner Prüfung nach Aktenlage vom 23.07.2013 kam der Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei dem im Kategorie II gelisteten Eingriff wegen der umfangreichen OP die Entscheidung zur stationären Aufnahme und Überwachung für eine Nacht nachvollzogen werden könne. Im

Frühdienst des nächsten Tages sei der Patient jedoch mobil gewesen, die Wunde habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Die weitere Behandlung hätte daher auch weiter ambulant geführt werden können. Demnach kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die DRG L08B mit einem Kostengewicht von 0,796 abzurechnen sei.

Die Klägerin widersprach dem Gutachten und legte eine Stellungnahme des Dr. L. vom 25.09.2013 vor. Dieser führte aus, bei dem Patienten sei eine schwierige Urethrotomia-Externa-Anlage bei ausgeprägter Fibrose der vorderen Harnröhre erfolgt. Die Neo-Urethra sei aus diesem Grund schlecht durchblutet gewesen und eine intensive postoperative Kontrolle sei wegen der Gefahr einer Nekrose erforderlich gewesen. Erst nach Sicherung, dass die Neo-Anastomose der Urethra mit der Umgebung kein Zeichen einer Nekrose hatte, sei der Patient mit Katheter entlassen worden. Aus diesem Grund sei die Dauer des Aufenthaltes erforderlich gewesen.

Mit Stellungnahme vom 14.10.2013 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass sich aus dem Widerspruch keine neuen medizinischen Aspekte ergäben. Die Beklagte machte sich diese Feststellung zu Eigen. Da keine Einigung erzielt werden konnte, verrechnete die Beklagte den Rechnungsbetrag am 23.08.2013 vollständig mit einer unstreitigen Rechnung für einen anderen Behandlungsfall und wies den Teilbetrag in Höhe von 2.457,15 € neu an.

Die Klägerin hat am 04.04.2016 Klage bei dem Sozialgericht Itzehoe erhoben. Die Dauer der stationären Behandlung sei erforderlich gewesen. Zur Begründung bezieht sie sich auf die Stellungnahme des Dr. L. vom 25.09.2013.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 807,23 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23.08.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Gutachten des MDK. Die medizinisch erforderliche Verweildauer sei um einen Tag zu kürzen gewesen.

Das Gericht hat den Sachverständigen Dr. med. P., Facharzt für Urologie, mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Der Sachverständige hat sein Gutachten nach Aktenlage am 06.09.2017 schriftlich erstellt und am 15.01.2018 sowie 19.05.2018 ergänzende Stellungnahme abgegeben. Wegen der Inhalte und der Ergebnisse des Sachverständigengutachtens und der ergänzenden Stellungnahmen wird auf die Gerichtsakte verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Krankenakte, die der Kammer bei der Entscheidung vorgelegen, haben Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Das Gericht konnte über die Klage gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden. Voraussetzung für den Erlass eines Gerichtsbescheides ist, dass der Rechtsstreit nach Auffassung des Gerichts keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist, ferner dass die Parteien zuvor gehört wurden, ohne dass ein ausdrückliches Einverständnis erforderlich wäre. Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

Die Klage ist zulässig und begründet.

Streitgegenstand ist der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten in Höhe von 807,23 €. Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne von § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, denn die Klägerin begehrt die Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung, auf die grundsätzlich bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ein Leistungsanspruch besteht. Diesen Anspruch macht die Klägerin zu Recht mit der Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch

Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 10.04.2008 - B 3 KR 14/07 R; BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R m.w.N., jeweils nach juris).

Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin auf Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten erlosch nicht dadurch in Höhe der Klageforderung, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten M. V. aufrechnete. Der Klägerin steht ein Anspruch auf eine weitere Vergütung in Höhe der Klageforderung zu. Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund der Behandlung eines anderen Versicherten zunächst ein Zahlungsanspruch zustand. Die Beteiligten haben insoweit übereinstimmend vorausgesetzt, dass die Klägerin gegen die Beklagte aus dieser Behandlung einen offenen Zahlungsanspruch in Höhe des mit dem Klagantrag geltend gemachten Betrages hatte. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit, ohne dass es hierzu weiterer tatsächlicher Feststellungen bedarf (BSG, Urteil vom 03.08.2006 - B 3 KR 7/06 R; BSG, Urteil vom 03.07.2012 - Az.: B 1 KR 16/11 R – nach juris).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten erlosch nicht durch wirksame Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten M.V. analog § 387 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe der Klageforderung waren nicht erfüllt, weil die von der Beklagten bezahlte Rechnung zutreffend war und die Beklagte nicht ohne Rechtsgrund an die Klägerin gezahlt hatte. Rechtsgrundlage des von der Klägerin abgerechneten und von der Beklagten durch Zahlung erfüllten Vergütungsanspruchs aus der im Jahr 2013 erfolgten stationären Behandlung des Versicherten ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbarten nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog

einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG (hier: Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013). Nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben des § 17 Abs. 1, 1a und 3 KHG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert.

Der Fallpauschalenkatalog ist nach diesen Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Kodierrichtlinien des Jahres 2013 (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR - Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren - Version 2013) und der OPS-Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2013. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. In diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom

Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R- juris).

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - juris). Die Beklagte kann dem Vergütungsanspruch der Klägerin indes nicht erfolgreich entgegenhalten, dass eine vollstationäre Behandlung des Versicherten bis zum 25.04.2013 nicht erforderlich gewesen ist, weil insoweit eine ambulante oder vorstationäre Behandlung ausgereicht hätte (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V). Hiernach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) nur, 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. Stellt sich die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auch aus seiner Sicht ex-ante als medizinisch nicht vertretbar heraus, so besteht keine Zahlungspflicht der Krankenkassen (BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 - B 3 KR 32/12 R - juris). Danach hat die Klägerin gegen die Beklagte einen Anspruch auf die Vergütung der Krankenhausbehandlung auch bei der Vergütung nach Fallpauschalen nur für eine erforderliche Krankenhausbehandlung. Auch das Fallpauschalensystem lässt keinen Raum dafür, nicht notwendige Leistungen zu vergüten (BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - B 1 KR 24/08 R - juris).

Die Gerichte haben im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob das Kriterium der medizinischen Gründe für eine stationäre Krankenhausbehandlung vorliegt. Zugrunde zu legen ist jeweils der im Behandlungszeitpunkt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes. Eine sogenannte Einschätzungsprärogative kommt dem Krankenhausarzt dabei nicht zu. Lässt sich die stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht hinreichend sicher erweisen, so fällt dieser Mangel dem Träger des Krankenhauses zur Last (vgl. BSG Großer Senat, Entscheidung vom 25.09 2007, Az. GS 1/06 sowie BSG , Urteil vom 30.06.2009, Az. B 1 KR 24/08 R – jeweils juris).

Im vorliegenden Fall hält die Kammer in Übereinstimmung mit dem eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. P. die stationäre Behandlung für den gesamten Zeitraum vom 23.04.2013 bis 25.04.2013 für medizinisch erforderlich. Der Gutachter kommt zu der für die Kammer überzeugenden Feststellung, dass eine frühere Entlassung des Versicherten und damit eine ambulante bzw. nachstationäre Behandlung ab dem 24.03.2013 nicht möglich und ausreichend war.

Der Kläger litt nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Feststellungen des Sachverständigen bei Krankenhausaufnahme am 23.04.2013 und während des Krankenhausaufenthaltes bis zum 25.04.2013 an einer narbigen Verengung der mündungsnahen Harnröhre, welche zu einer ausgeprägten Blasensentleerungsstörung geführt hat. Insoweit weist der Sachverständige darauf hin, dass er - auch wenn dies nachlässigerweise nicht ausdrücklich dokumentiert ist - davon ausgeht, dass die in den Behandlungsunterlagen genannten Operationen des Versicherten am Penis in den Jahren 2010 und 2011 wegen der gleichen Erkrankung erfolgt seien. Diese Operationen an der Harnröhre stünden am ehesten zu der 2013 vorliegenden Gesundheitsstörung der Harnröhrenenge in kausalem Zusammenhang. Soweit die Beklagte meint, der Sachverständige baue sein Gutachten insofern auf einer Annahme und damit einer Spekulation auf, kann die Kammer dem nicht folgen. Zutreffend weist der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.05.2018 darauf hin, dass ausdrücklich dokumentiert wurde, dass bei dem Versicherten ein vernarbt Gewebe vorlag. Dies ist belegt durch den Befund vom 25.04.2013 über die makroskopische und mikroskopische Untersuchung hinsichtlich der Gewebeentnahme aus der Harnröhre. Es findet sich hier eindeutig die Feststellung einer „ausgeprägten Vernarbung“. Nicht dokumentiert ist insoweit, dass hier der Zusammenhang zu den vorhergehenden Operationen bestand. Dies ist jedoch nicht maßgeblich für die Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Behandlung 2013 jedenfalls stark vernarbt Gewebe vorlag. Dies wurde durch die behandelnden Ärzte im Rahmen der Gewebeuntersuchung eindeutig dokumentiert.

Hinsichtlich der zur Behandlung der Harnröhrenenge medizinisch erforderlichen Maßnahmen führt der Sachverständige aus, dass diese nach der einschlägigen Literatur von Ausprägung, Lokalisation und Ursache sowie der individuellen Vorgeschichte vielfältig sind und je nach Konstellation unterschiedliche



Vorgehensweisen erfordern. Im Gegensatz zu einer Urethrotomia interna, bei der die Harnröhre durch einen oder mehrere innere Schnitte erweitert wird, wird bei einer - wie bei dem Versicherten durchgeführten - Urethrotomia externa die Harnröhrenenge durch einen die Harnröhrenwandung nach außen eröffnenden Schnitt oder Schnitte beseitigt und anschließend mit ortständigem, eigenem Gewebematerial gedeckt oder bei Überschreitung eines entsprechenden Ausmaßes des hierbei entstehenden Defektes durch eigenes Gewebematerial im „freien“ Transplantat (z.B. Mundschleimhaut) oder durch fremdes Gewebematerial gedeckt. Aus der Vielzahl der Methoden ergibt sich, dass keine entsprechend formulierte Leitlinie im Hinblick auf eine stationäre oder ambulante Behandlung existiert, jedoch aus Erfahrung abgeleitete Standards für die konservative und operative Behandlung von Harnröhrenengen in der Literatur beschrieben sind. Die Kammer hat keine Veranlassung, an diesen Angaben zu zweifeln.

Auf dieser Grundlage kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, dass aufgrund des stark vernarbtes Gewebes bei dem Versicherten - und insofern ist zur Überzeugung der Kammer irrelevant, ob dies von den vorherigen Operationen 2010 und 2011 herrührt - eine Besonderheit vorlag, die bewirkte, dass nach den aus Erfahrung abgeleiteten Standards wegen der sehr häufig auftretenden Komplikationen eine Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung vorlag. Dies wird grundsätzlich auch von der Beklagten nicht bestritten und wurde durch den MDK bestätigt.

Insoweit folgt die Kammer hinsichtlich der Dauer der notwendigen Krankenhausbehandlung jedoch auch der Einschätzung des Sachverständigen. Diese ist schlüssig und nachvollziehbar. So führt der Sachverständige aus, dass bei der Erkrankung des Versicherten sehr häufig Frühkomplikationen in Form von Nachblutungen, Wunddehiszenzen oder Nekrosen im Bereich des zur Deckung verwandten Gewebematerials, welche auch länger als 24 Stunden nach solchen Eingriffen eintreten können, entstehen. Die Kammer hat kein Zweifel an der Feststellung, dass eine Nekrose auch nach Ablauf von 24 Stunden entstehen kann und, wenn sie nicht sofort erkannt und behandelt wird, einen dauerhaften Schaden funktioneller und kosmetischer Art für den Patienten verursachen kann. Dabei vermag sich die Kammer auch nicht Auffassung der Beklagten anzuschließen, dass der Patient hier darauf verwiesen werden muss, gegebenenfalls selbst eine Nekrose zu erkennen und sich dann erneut zur Behandlungsstätte zu begeben. So führt der

Sachverständige nachvollziehbar aus, dass eine Nekrose bedeutet, dass Gewebe abstirbt, weil die Versorgung des Gewebes mit geeigneten Nährstoffen nicht (mehr) gewährleistet ist. Dieses zeichnet sich, ehe ein unumkehrbarer Absterbe-Prozess des Gewebes eingeleitet ist, durch eine für das erfahrene Pflegepersonal erkennbare Veränderung 1. am Gewebe (Verfärbung, Schwellung) bzw. 2. der Empfindung des Patienten (Schmerzen) ab. Es muss ein erfahrener Operateur kurzfristig erreichbar sein. Diese beiden Voraussetzungen – erfahrene Pflegepersonal und erreichbarer erfahrener Operateur – sind nur unter Krankenhausbedingungen gewährleistet. Die Kammer hat keine Veranlassung daran zu zweifeln, dass eine Nekrose nach der medizinisch nachvollziehbaren Einschätzung des Sachverständigen „in statu nascendi“ (im Entstehen) erkannt, der Grund hierfür zügig beseitigt werden muss und der Patient selbst nicht in der Lage ist, rechtzeitig diese Komplikation zu erkennen.

Für den Zeitraum bis zum 25.04.2013 ergibt sich aus der Pflegedokumentation und der Patientenakte, dass der Versicherte in der Nacht vom 23.04.2013 auf den 24.04.2013 sowie in der Folgenacht bei den jeweiligen Kontrollgängen gut geschlafen hat und sich nicht über Veränderungen im Wundbereich beklagt hat. Daraus schlussfolgert der Sachverständige zutreffend, dass mehrere Kontrollgänge nach dem Qualitätsstandard der Klinik im Laufe der Nächte erforderlich waren bzw. durchgeführt wurden. Während der gesamten Zeit der stationären Behandlung trug der Versicherte einen Harnröhrenkatheter um das Harnröhrensekret sowie den Urin abzuleiten und eine Restrikturierung (erneute Bildung einer narbigen Enge) im Bereich der Harnröhrenmündung zu verhindern. Der Katheter musste am 25.04.2013 noch vor der Entlassung vom Operateur gewechselt werden. Auch dies ergibt sich nachvollziehbar aus der Pflegedokumentation und der Patientenakte. Die Kammer schließt sich daher insgesamt den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen, dass aufgrund der besonderen Komplikationsgefahr bis 48 Stunden nach der Operation hier Wundkontrollen sowie eine stationäre Behandlung für den gesamten Zeitraum bis zum 25.04.2013 erforderlich war und nicht durch eine nachstationäre Behandlung zu ersetzen war, an.

Die Entscheidung des Krankenhausarztes, die stationäre Behandlung für den streitigen Zeitraum für erforderlich zu halten, war daher nach dem im Behandlungszeitraum verfügbarem Wissens- und Kenntnisstand richtig. Die Dauer stand nicht im Widerspruch zur allgemeinen und besonderen ärztlichen Erfahrung.

Die Rechnung der Beklagten unter Berücksichtigung der DRG L08B und dem von ihr angenommenen Kostengewicht war damit zutreffend. Die Beklagte selbst hat nicht vorgetragen, dass, auch im Falle der stationären Behandlungsbedürftigkeit für den gesamten Zeitraum, die Abrechnung der Klägerin rechnerisch unzutreffend ist. Anhaltspunkte hierfür sind nicht ersichtlich.

Eine Zahlung ohne Rechtsgrund lag damit nicht vor. Nach alledem war die Beklagte daher zur Zahlung zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwertes richtet sich nach § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheides bei dem

Schleswig-Holsteinischen  
Landessozialgericht  
Gottorfstr. 2  
24837 Schleswig

schriftlich, mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder in elektronischer Form einzulegen.

Die Frist beträgt bei einer Zustellung im Ausland drei Monate.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Itzehoe  
Lornsenplatz 1  
25524 Itzehoe

schriftlich, mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder ([www.justiz.de](http://www.justiz.de)) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats, nach Zustellung des Gerichtsbescheides bei dem Sozialgericht Itzehoe schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Vorsitzende der 26. Kammer

XXX

Richterin am Sozialgericht