

## L 5 KR 17/17

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 345/13  
Datum  
06.12.2016  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 17/17  
Datum  
26.08.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Die formalen Qualifikationsanforderungen an medizinische Sachverständige im sozialgerichtlichen Verfahren dürfen auch im Interesse der Erhaltung der Funktionsfähigkeit effektiven gerichtlichen Rechtsschutzes nicht überspannt werden.  
2. Für die Beantwortung der Frage, ob im Anschluss an die Akutbehandlung einer Oberschenkelfraktur bei einer Patientin im Rentenalter eine Anschlussheilbehandlung ausreichend oder eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erforderlich ist, ist ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie auch ohne den Nachweis geriatrischer Weiterbildungen oder Zusatz-Weiterbildungen hinreichend qualifiziert. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 6. Dezember 2016 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 5.931,92 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Begleichung von Krankenhausbehandlungskosten.

Die bei der Beklagten krankenversicherte, damals 69jährige Patientin K J (in der Folge: Versicherte) wurde vom 10. Juni 2012 bis zum 10. Juli 2012 in der Klinik der Klägerin, die ein zugelassenes Vertragskrankenhaus be-treibt, wegen eines Oberschenkelbruchs stationär behandelt. Bei der Versicher-ten handelte es sich um eine in ihrer Wohnung alleinlebende Frau mit vor der unfallbedingten Fraktur des Oberschenkels selbständiger Lebensführung ein-schließlich Haushalt und Autofahren. Die Versicherte war in die Klinik in deutlich reduziertem Allgemein- und ausreichendem Ernährungszustand aufgenommen worden.

Nach dem operativen Eingriff am 10. Juni 2012 wurde die Versicherte zunächst in der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie, Sporttraumatologie ver-sorgt. Dort war sie ausweislich der Pflegedokumentation am 13. Juni 2012 im Zimmer und am 14. Juni 2012 im Flur am Gehwagen mobil. In der Folge erfolgte die Mobilisation an Unterarmgehstützen. Die Gangsicherheit war am 15. Juni 2012 "relativ sicher"; am 17. Juni 2012 lief die Versicherte an Unterarmgehstützen über den Flur, am 18. Juni 2012 auch über die Treppe ("sicher"). Am 19. Juni 2012 bewertete das Pflegepersonal die Versicherte als an Unterarmgehstützen selbständig. Bereits vor dem 13. Juni 2012 war ein Konsilauftrag an die Klinik für Geriatrie ergangen (nicht unterschrieben, ohne Datumsangabe). Diesen beant-wortete der Konsilarzt (Unterschrift unleserlich) am 13. Juni 2012 dahingehend, dass bei der Patientin mit bisher komplett selbständiger Lebensführung die geri-atrische Komplexbehandlung "sinnvoll" sei. Eine Übernahme sei für den 20. Juni 2012 geplant.

Am 20. Juni 2012 wurde die Versicherte zur stationären Weiterbehandlung in die Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie überwiesen, wo sie Leistungen der er-go- und physiotherapeutischen Mobilisation erhielt, die die Klägerin als geriatri-sche frührehabilitative Komplexbehandlung ansah und entsprechend kodierte (OPS-Code 8-550.2). Im Zusammenhang mit der Behandlung sind für den 25. Juni 2012, 2. Juli 2012 und 9. Juli 2012 Teambesprechungen dokumentiert, die unter Leitung der Assistenzärztin K. Ka stattfanden. Wegen des Inhalts der Teambesprechungen wird auf die Behandlungsakte der Klägerin Bezug ge-nommen.

Mit Rechnung vom 16. Juli 2012 machte die Klägerin insgesamt einen Betrag von 10.699,59 EUR geltend, den die Beklagte zunächst bezahlte. Das durch die Beklagte in der Folge eingeholte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 10. Januar 2013 kam zu dem Ergebnis, dass eine stationäre geriatrische Behandlung nicht erforderlich gewesen sei. Ange-sichts des Gesundheitszustands der Versicherten seien anderweitige Rehabilita-tionsmaßnahmen ausreichend gewesen.

Darauffin buchte die Beklagte am 17. Januar 2013 den gesamten Betrag zurück und überwies am 25. Januar 2013 einen Teilbetrag in Höhe

von 4.767,67 EUR.

Am 6. Dezember 2013 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Kiel auf Zahlung des offenen Betrags in Höhe von 5.931,92 EUR erhoben. Sie hat geltend gemacht, dass die durchgeführte stationäre Behandlung im gesamten Zeitraum erforderlich gewesen sei. Dies gelte auch für die stationäre geriatrische Behandlung, da die Patientin eine entsprechende geriatrytypische Multimorbidität aufgewiesen habe. Eine andere rehabilitative Behandlung sei nicht ausreichend gewesen.

Nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung ein Teilanerkennnis hinsichtlich der Zinsen für den Zeitraum 18. Januar bis 25. Januar 2013 auf einen Betrag in Höhe von 4.767,67 EUR abgegeben hatte, hat die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 5.931,92 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18. Januar 2013 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Es bestehe kein Anspruch auf Vergütung des weitergehenden Krankenhaus-aufenthaltes, da die Behandlung der Versicherten nach Abschluss der chirurgischen Akutversorgung mit Hilfe anderweitiger Rehabilitationsmaßnahmen hätte durchgeführt werden können.

Das Sozialgericht hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Der beauftragte Facharzt für Orthopädie sowie Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. E hat am 24. September 2014 nach Aktenlage ein Gutachten erstattet und ist unter Auswertung der vorliegenden Unterlagen - insbesondere der Behandlungsakte der Klägerin und der Verwaltungsakte der Beklagten - zu der Einschätzung gelangt, dass die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen auch im Rahmen einer rehabilitativen Anschlussheilbehandlung hätten durchgeführt werden können. Die Versicherte habe zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns in der Geriatrie einen angesichts des Eingriffs normalen Mobilisationsstand erreicht. Daher habe die erforderliche Mobilisation auch in einer regelhaften Reha-Einrichtung durchgeführt werden können. Dies gelte insbesondere deswegen, weil bei der Versicherten keine wesentlichen Begleiterkrankungen festzustellen seien, die eine besondere geriatrische Betreuung erfordert hätten. Wegen der Einzelheiten wird auf das Sachverständigengutachten (Bl. 42 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Während die Beklagte sich dem Ergebnis des gerichtlichen Gutachtens angeschlossen hat, hat die Klägerin das Gutachten angegriffen. Der gerichtliche Sachverständige sei vom Sozialgericht bereits fehlerhaft ausgewählt worden. Da eine geriatrische Behandlung im Streit stehe, hätte ein Sachverständiger gewählt werden müssen, der über eine entsprechende Facharztausbildung oder zumindest eine auf anderem Wege erworbene, besondere Expertise auf dem Gebiet der Geriatrie verfüge. Dies sei beim vom Sozialgericht bestellten Sachverständigen nicht der Fall. Es sei daher ein geriatrisches Gutachten einzuholen. Die fehlerhafte Auswahl des Sachverständigen werde durch das fehlerhafte Gutachten bestätigt. Neben formalen Mängeln - etwa der fehlerhaften Verwendung des Konjunktivs und einer unpräzisen Verwendung geriatrischer Termini - sei dem Gutachten ein falsches Verständnis des Begriffs der geriatrytypischen Multimorbidität nach der Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein zu entnehmen.

In seiner daraufhin eingeholten ergänzenden Stellungnahme von 4. November 2016 hat der Sachverständige Dr. E auch unter Berücksichtigung der Einwände der Klägerin an seiner Einschätzung festgehalten. Wegen der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme (Bl. 97 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Mit Urteil vom 6. Dezember 2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht wie folgt ausgeführt:

"Die Klage ist zulässig aber unbegründet. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Denn bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen Streit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine einseitige Regelung durch Verwaltungsakt ausscheidet. Es bedarf somit auch keines Vorverfahrens oder der Einhaltung einer besonderen Klagefrist (BSG vom 13. Mai 2004, Az. [B 3 KR 18/03](#) -L zitiert nach Juris). Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin, dessen Höhe rechnerisch nicht angegriffen wird, ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozial-gesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), in Verbindung mit der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Dieser Anspruch korrespondiert mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#). Die Vergütungspflicht der Krankenkasse entsteht daher unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. BSG vom 16.12.2008, Az. [B 1 KN 1/07 R](#) - zitiert nach Juris). Voraussetzung ist aber, dass in dem Krankenhaus eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, die notwendig und fachgerecht durchgeführt worden ist. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, wenn die Behandlung der Versicherten den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Nach [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem Personal sowie Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, wo-bei die Patienten dort auch untergebracht und gepflegt werden können. Die Mittel müssen regelmäßig nicht alle zum Einsatz gebracht werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) erfordert es, dass vorrangig vor einer Krankenhausbehandlung andere, kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen durchzuführen sind, wenn sie ausreichen. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch die Patienten nur dann, wenn ihre Krankenhausbehandlung objektiv notwendig ist. Für die Beurteilung der Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben hierbei im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. 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 fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage. Auch Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene können daher nicht bewirken, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes überlassen bleibt (BSG vom 16. Dezember 2008, Az.: [B 1 KN 1/07 KR R](#) und [B 1 KN 3/08 KR R](#) - jeweils zitiert nach Juris) Die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung ist im Hinblick auf die an die Akutversorgung anschließende frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung nicht gegeben gewesen. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen ist zur Überzeugung des Gerichts die Notwendigkeit einer solchen Behandlung zu verneinen, weil eine rehabilitative Anschlussheilbehandlung ausreichend gewesen wäre. Das Gericht folgt dabei im Ergebnis der Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen Dr. med. E. Der gerichtliche Sachverständige hat im Ergebnis schlüssig und überzeugend dargelegt, dass in Anbetracht des dokumentierten Gesundheitszustandes der Versicherten nach der Versorgung der Oberschenkelfraktur eine "normale" Anschlussheilbehandlung in einer Rehaeinrichtung ausreichend gewesen wäre, um die Mobilität der Versicherten wiederherzustellen. Es kann insoweit im Ergebnis dahin stehen, ob bei der Versicherten eine geriatrische Multimorbidität anzunehmen ist, denn auch eine solche Multimorbidität zieht nicht automatisch die Notwendigkeit (teil-)stationärer Krankenhausbehandlung nach sich. Denn dies richtet sich allein nach der medizinischen Erforderlichkeit im Einzelfall. Diese Erforderlichkeit ist vorliegend nicht gegeben. Die Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung regelt insoweit nur, welche Voraussetzungen - zusätzlich zu den Voraussetzungen nach dem SGB V - für eine (stationäre) geriatrische Behandlung erfüllt sein müssen. Die geriatrische Multimorbidität ist daher notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für eine (stationäre) geriatrische Behandlung. Das Gericht hat nach dem gerichtlichen Sachverständigengutachten keinen Zweifel daran, dass bei der Versicherten rehabilitative Maßnahmen in einer Rehaeinrichtung zur weiteren Mobilisierung in Folge der erlittenen Oberschenkelfraktur ausreichend gewesen wären, um das Behandlungsziel zu erreichen. Denn insoweit lässt sich feststellen, dass die Versicherte vor dem Beginn der streitgegenständlichen Behandlung bereits einen üblichen Mobilisationsstatus erreicht hatte und daher mit einem unkomplizierten Heilungsverlauf zu rechnen war. Für die weitere Mobilisierung waren daher ergotherapeutische und krankengymnastische Maßnahmen im Rahmen einer rehabilitativen Anschlussheilbehandlung ausreichend, zumal behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen, etwa auf internistischem oder neurologischem Gebiet, nicht vorlagen. Die Kammer war nicht gehalten, dem Begehren der Klägerin auf Einholung eines geriatrischen Gutachtens nachzukommen. Nach [§ 103 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen, ohne dabei an Vorbringen oder Beweisanträge der Beteiligten gebunden zu sein. Daraus folgt zunächst, dass das Gericht darüber entscheidet, welche Ermittlungen erforderlich sind. Die vorliegend erforderlichen Ermittlungen hat das Gericht mit der Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Dr. med. E durchgeführt. Entgegen der Ansicht der Klägerin ist es nicht erforderlich, dass der Sachverständige die-selbe formale fachärztliche Qualifikation aufweist, wie der tatsächliche Behandler. Die erforderliche Qualifikation ist vielmehr bereits dann gegeben, wenn der Sachverständige über die für den fraglichen Behandlungsfall erforderlichen Fachkenntnisse verfügt. Eine gleiche fachärztliche (oder durch entsprechende Erfahrungen auf dem fraglichen Fachgebiet auf sonstige Weise erlangte) Qualifikation ist regelmäßig dann erforderlich, wenn die Qualität der durchgeführten Behandlung beurteilt werden soll. Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Es ist vielmehr unstreitig, dass die Klägerin die von ihr kodierte frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung über mindestens 21 Behandlungstage und mindestens 30 Therapieeinheiten gemäß OPS 2012 Ziffer 8-550.2 leitliniengerecht durchgeführt hat. Besteht aber - wie hier - die erforderliche ärztliche Einschätzung in der Abgrenzung zweier in Frage kommender Behandlungen, Behandlungsansätze oder Behandlungsformen, ist eine ausreichende Qualifikation des Sachverständigen für eine der Behandlungen erforderlich. Denn da wo zwei Facharzt-richtungen oder zwei Behandlungsformen (z.B. ambulant/stationär, orthopädisch/geriatrisch) aufeinander treffen, kann die Abgrenzung regelmäßig von beiden Seiten vorgenommen werden. Es ist gerade tägliches Geschäft von Ärzten, ihre eigenen Kompetenzen von denen der Kollegen abzugrenzen. So entscheiden Hausärzte, wann Facharztbehandlungen erforderlich sind, niedergelassene Ärzte, wann eine stationäre Behandlung notwendig wird und Krankenhausärzte, ob eine ambulante Versorgung ausreicht oder ab wann eine Rehabilitation beginnen kann. Wenn also - wie im vorliegenden Fall streitig ist, ob eine geriatrische oder eine orthopädisch-rehabilitative Behandlung erforderlich ist, kann dies sowohl von einem Facharzt für Geriatrie als auch von einem Facharzt für Orthopädie beurteilt werden. Denn beide müssen in entsprechenden Fällen entscheiden, ob sie die Behandlung selbst durchführen können oder den Patienten an den Kollegen verweisen müssen. Da der gerichtliche Sachverständige als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zweifellos über die notwendige Fachkompetenz für eine der beiden im streitigen Fall in Frage kommenden Behandlungsformen verfügt besteht keine Veranlassung zur (weiteren) Aufklärung des Sachverhalts durch Einholung eines zusätzlichen Gutachtens. Die Kammer war insoweit auch nicht gehalten, dem Begehren der Klägerin auf Befragung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung nachzukommen. Zunächst ist festzustellen, dass kein uneingeschränkter Anspruch darauf besteht, einen gerichtlich bestellten Sachverständigen im Rahmen einer mündlichen Verhandlung zu befragen. Insoweit ist zu beachten, dass ein Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf rechtliches Gehör und dem Prinzip der Amtsermittlung besteht. Nach [§ 103 SGG](#) erforscht das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen, ohne dabei an Vorbringen oder Beweisanträge der Beteiligten gebunden zu sein. Daraus folgt zunächst, dass das Gericht darüber entscheidet, welche Ermittlungen erforderlich sind. Dabei ist das Gericht zunächst dazu verpflichtet, eine Bewertung vorzunehmen, welche tatsächlichen Umstände aufzuklären sind und bei welchen Aspekten rechtliche Fragen zu entscheiden sind. Dem Prinzip der Amtsermittlung steht der grundgesetzlich garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör gegenüber. Den Beteiligten ist daher die Möglichkeit zu geben, sich zu allen entscheidungserheblichen Umständen äußern zu können. Entscheidungserheblich in diesem Sinne sind dabei grundsätzlich alle diejenigen Tatsachen, die ausgehend von der rechtlichen Einschätzung des Gerichts geeignet sind, die Entscheidung zu beeinflussen. Tatsachen hingegen, die das Gericht seiner Entscheidung nach seiner Rechtsposition erkennbar nicht zugrunde legen wird, sind nicht entscheidungserheblich und begründen daher keinen Anspruch auf die Gewährung von Gehör. Eine Ladung des Sachverständigen in den Termin ist daher nur dann zur Wahrung des Anspruches auf rechtliches Gehör erforderlich, wenn ein Beteiligter ohne eine solche Befragung nicht die Möglichkeit hat, sich zu allen, in diesem Sinne entscheidungserheblichen Umständen zu äußern. Um vorab prüfen zu können, ob dies der Fall ist, müssen zwar keine konkreten Fragen schriftlich mitgeteilt werden, es ist aber erforderlich, dass der entsprechende Antrag rechtzeitig gestellt und der Fragekomplex hinreichend konkret bezeichnet wird (vgl. z.B. BSG vom 9. Dezember 2010, Az. [B 13 R 170/10 B - juris](#)). Außerdem muss die Frage objektiv sachdienlich sein (vgl. BSG vom 24. April 2008, Az. [B 9 SB 58/07 B - juris](#)). Dies ist dann der Fall, wenn sie sich im Rahmen des Beweisthemas hält und nicht abwegig oder bereits beantwortet ist (vgl. BSG vom 27. November 2007, Az. [B 5a/5 R 60/07 B - juris](#)). Dabei kommt es nicht darauf an, ob das Gericht das Gutachten (noch) für erklärungsbedürftig hält. Ebenso wenig reicht es aber aus, wenn ein Beteiligter mit dem Sachverständigen in der Beurteilung nicht übereinstimmt (vgl. BSG vom 10. Dezember 2013, Az. [B 13 R 198/13 R - juris](#)). Nach diesen Maßstäben bestand vorliegend keine Veranlassung, den Sachverständigen zur mündlichen Verhandlung zu laden. Denn für die von der Klägerin benannten Problemkomplexe kommt es auf eine Befragung des Sachverständigen nicht an. Soweit die Beanstandungen der Klägerin auf die fehlerhafte Auswahl des Sachverständigen, dessen fehlende geriatrische Fachkompetenz und die fehlerhafte Beurteilung der geriatrischen Multimorbidität der Versicherten abzielen, sind diese Fragen rechtlicher Natur - und daher vom Gericht zu klären - oder ausgehend von der dargestellten rechtlichen Position nicht entscheidungserheblich. Da das Gericht ausdrücklich dahinstehen lässt, ob eine geriatrische Multimorbidität nach Maßgabe der

Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung bei der Versicherten vorgelegen hat, ist es auch weder entscheidungserheblich, ob diese vom Sachverständigen zutreffend verneint worden ist, noch ob der Sachverständige die entsprechenden Fachtermini exakt und trennscharf verwendet hat. Soweit die Klägerin rügt, der Sachverständige habe das Fehlen relevanter internistischer Erkrankungen konstatiert, obwohl eine internistische Behandlung gar nicht Gegenstand der Behandlung gewesen sei, erschließt sich dem Gericht nicht, was hiermit beanstandet werden soll. Denn insoweit ist das Fehlen internistischer Erkrankungen und in der Folge das Fehlen einer entsprechenden Medikation offensichtlich unstrittig. Aus einem unstrittigem Sachverhalt kann aber niemals das Erfordernis weiterer Ermittlungen herrühren. Hinsichtlich der von der Klägerin darüber hinaus beanstandeten fehlerhaften Verwendung des Konjunktivs, die vom Sachverständigen in seiner ergänzenden Stellungnahme bestätigt worden ist, vermag das Gericht ebenfalls keine entscheidungserhebliche Relevanz zu erkennen. Ein Einfluss dieses Fehlers auf die gutachterlichen Feststellungen, insbesondere diejenigen, die das Gericht seiner Entscheidung zugrunde legt, ist vielmehr als abwegig anzusehen."

Gegen das ihr am 28. Dezember 2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, den 30. Januar 2017 Berufung beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingelegt.

Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr bisheriges Vorbringen. Sie macht weiterhin geltend, dass das Sozialgericht mit der Beauftragung von Dr. E gegen seine Amtsermittlungspflicht verstoßen habe. Der Sachverständigenbeweis verlange, dass der ausgewählte Sachverständige über die für die Beantwortung der Beweisfragen erforderliche fachliche Qualifikation verfüge. Im vorliegenden Fall habe als Sachverständiger nur ein geriatrisch qualifizierter Arzt bestellt werden dürfen. Diese Anforderungen erfülle Dr. E nicht. Es treffe auch nicht zu, dass die Fragen an den Sachverständigen nur die Abgrenzung der Therapieformen – ambulant/stationär sowie geriatrisch/orthopädisch – betreffen, wie es das Sozialgericht in seinem Urteil behaupte. Einzelne Beweisfragen – konkret die Beweisfragen 5. und 6. – zielten sehr wohl auf die Qualität der durchgeführten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und seien deshalb nur von einem Sachverständigen mit besonderer geriatrischer Zusatzqualifikation zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen zeige dann auch, dass Dr. E diese Qualifikation tatsächlich nicht aufweise. Entsprechende Nachfragen an den Sachverständigen habe das Sozialgericht aber nicht in ausreichendem Umfang zugelassen und deshalb auch ihren – der Klägerin – Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 6. Dezember 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 5.931,92 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 18. Januar 2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Mit Verfügungen vom 10. Juli und 24. August 2020 hat der Berichterstatter die Beteiligten darauf hingewiesen, dass die Berufung voraussichtlich erfolglos bleiben werde, weil die Beweismwürdigung durch das Sozialgericht nicht zu beanstanden sei und die Qualifikation des Sachverständigen außer Zweifel stehe. Im Übrigen hat der Berichterstatter auf die höchstrichterlich implementierten Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung hingewiesen. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 177 und 186 f. der Gerichtsakte Bezug genommen. Die Klägerin hat daraufhin mit Schriftsatz vom 24. August 2020 Anwesenheitsprotokolle der Teambesprechungen vom 25. Juni, 2. Juli und 9. Juli 2012 in Kopie übersandt. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 193 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten und die Behandlungsakte der Klägerin vorgelegen. Auf diese Akten und auf die Gerichtsakte wird wegen des der Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalts ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht erhoben worden ([§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Sie ist zulassungsfrei statthaft, weil der Wert des Beschwerdegegenstands 750,00 EUR (deutlich) übersteigt ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht die zulässige allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) als unbegründet zurückgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 5.931,92 EUR für den Behandlungsfall der Versicherten, weil sie die OPS 8-550.2 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) nicht kodieren durfte. Der Senat nimmt nach eigener Prüfung und Überzeugungsbildung zunächst auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug und sieht von einer eigenständigen Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Berufungsvorbringen rechtfertigt keine von der angegriffenen Entscheidung abweichende Neubewertung der Sach- und Rechtslage. Wie das Sozialgericht vermag auch der erkennende Senat dem Sachverständigen Dr. E ohne Weiteres in seiner schlüssigen Beurteilung zu folgen, dass von der medizinischen Indikation einer stationären Krankenhausbehandlung ab dem 11. Tag postoperativ nicht mehr habe ausgegangen werden können und dass insbesondere die Fortsetzung der stationären Behandlung in Form einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zur Erreichung des Behandlungsziels nicht medizinisch indiziert gewesen sei, weil dieses Behandlungsziel auch im Rahmen einer Anschlussrehabilitation zu erreichen gewesen sei. Diese Beurteilung hat der Sachverständige nachvollziehbar darauf gestützt, dass sich der postoperative Verlauf bei der Versicherten als weitgehend unauffällig dargestellt und eine geriatrietypische Multimorbidität, die im Hinblick auf die Frage der Nachbehandlung von Bedeutung gewesen wäre, nicht vorgelegen habe. Insbesondere seien bei der Versicherten keine Verschleißkrankheiten an den großen Gelenken, keine Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule, keine relevanten internistischen Erkrankungen und keine kognitiven oder psychischen Störungen

dokumentiert, die das Erfordernis einer stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus begründen könnten. Dieser Bewertung vermag sich der Senat ohne Weiteres anzuschließen.

Der Senat hat auch keine Zweifel an der erforderlichen Qualifikation des Sachverständigen. Dr. E ist als Facharzt für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie und als im Bereich der Erstattung sozialmedizinischer Gutachten für die Gerichte der schleswig-holsteinischen Sozialgerichtsbarkeit langjährig erfahrener Sachverständiger zumindest für die Beantwortung der ihm gestellten erheblichen Beweisfragen hinreichend qualifiziert gewesen. Zu Unrecht geht die Klägerin davon aus, dass das Sozialgericht sein aus [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 404 Abs. 1 Satz 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) folgendes Auswahlermessen dadurch verletzt habe, dass es für die hier in Rede stehenden Beweisfragen keinen Facharzt mit der Weiterbildung "Klinische Geriatrie" oder der Zusatz-Weiterbildung "Geriatrie" bestimmt hat. Derartig kleinteiligen Wünschen der Beteiligten im Hinblick auf die Qualifikation gerichtlich zu bestellender Sachverständiger nachkommen zu müssen, würde die gesetzlichen Anforderungen an den Sachverständigenbeweis überspannen und wäre letztlich auch geeignet, die Funktionsfähigkeit des sozialgerichtlichen Rechtsschutzes zu beeinträchtigen.

Dementsprechend entspricht es ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung, bereits eine verfahrensrechtliche Verpflichtung zur Einholung eines Gutachtens von einem Facharzt als Sachverständigem grundsätzlich abzulehnen, sofern es sich nicht um besonders schwierige Fragen handelt oder aber den vorhandenen Gutachten grobe Mängel anhaften (BSG, Urteil vom 2. Juni 1970 - [10 RV 105/68](#) - juris Rn. 15; vgl. zuletzt BSG, Beschluss vom 12. Mai 2016 - B 9 SB 191/15 B - juris Rn. 8). Umso mehr muss diese Rechtsprechung gelten für den Fall, in dem es nicht um die Facharztqualifikation an sich, sondern an das Vorliegen oder Fehlen spezifischer Weiterbildungen geht.

Ein Fall, der im Sinne dieser Rechtsprechung besondere Schwierigkeiten dergestalt begründen würde, dass die Begutachtung durch einen Facharzt ohne Zusatz-Weiterbildung nicht tunlich wäre, liegt hier jedoch nicht ansatzweise vor. Der Senat ist davon überzeugt, dass die Qualifikation eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie ohne Weiteres ausreicht, um beurteilen zu können, ob im Anschluss an die akutmedizinische Behandlung eines Oberschenkelbruchs eine Anschlussrehabilitation ausreichend ist oder nicht.

Ob der Sachverständige - was die Klägerin in Abrede stellt - für die Frage der Beurteilung der Qualität der durchgeführten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als hinreichend qualifiziert gelten kann, kann der Senat letztlich offenlassen. Diese Frage ist schon deshalb nicht entscheidungserheblich, weil der Sachverständige die leitliniengerechte Durchführung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als solche zugunsten der Klägerin in seiner Antwort auf Beweisfrage 5 ausdrücklich bejaht hat.

Ungeachtet der Frage der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hat die Beklagte auch die für die Kodierbarkeit der OPS 8-550.2 vorausgesetzten Dokumentationsanforderungen nicht erfüllt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung darf ein Krankenhaus eine geriatrische frührehabilitative Komplexleistung nur abrechnen, wenn es das wöchentliche Ergebnis des zwischen den Berufsgruppen abgestimmten Behandlungsstands und der Therapieziele sowie die Teilnehmer konkret dokumentiert (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 - [B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91](#) = SozR 4-1500 § 120 Nr 3, 3. Leitsatz).

Zu dokumentieren sind insbesondere konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen (ärztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern (BSG, a.a.O, Rn. 35).

Diesen Anforderungen genügt die sich aus der vorliegenden Behandlungsakte ergebende Dokumentation der Klägerin nicht. Zwar hat die Klägerin auf Hinweis des Berichterstatters zur mündlichen Verhandlung noch Anwesenheitsprotokolle über die im maßgeblichen Zeitraum durchgeführten Teambesprechungen beigebracht, so dass inzwischen von der Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern ausgegangen werden kann. Es fehlt aber nach wie vor an der konzentrierten Darstellung des strukturierten Dialogs nach teilnehmenden Berufsgruppen und dem Beisteuern von Inhalten durch alle Berufsgruppen. Vielmehr weisen die Teambesprechungsprotokolle für die drei relevanten Wochen lediglich globale Zielsetzungen im Wesentlichen im Sinne der Erhaltung der Selbstpflegekompetenz auf, was insgesamt durchaus Zweifel an der Erforderlichkeit der Maßnahme zu begründen vermag, jedenfalls aber den dargelegten Dokumentationsanforderungen offensichtlich nicht gerecht wird.

Soweit der Bevollmächtigte der Klägerin dies in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, jedoch darauf hingewiesen hat, dass die höchstrichterlichen Anforderungen im vorliegenden Fall schon deshalb nicht überspannt werden dürften, weil diese Maßstäbe im Zeitpunkt der Behandlung noch nicht bekannt gewesen seien, trägt diese Argumentation nicht. Auch im vom Bundessozialgericht am 19. Dezember 2017 entschiedenen Fall waren im Zeitpunkt der Behandlung die höchstrichterlich hergeleiteten Maßstäbe denklogisch notwendig noch nicht bekannt. Entscheidend für (objektiv bestehende) Dokumentationsanforderungen ist nicht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, sondern die jeweilige Ziffer des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), die der Abrechnung durch die Klägerin zugrunde lag und im Zeitpunkt der Behandlung naturgemäß auch bekannt war.

Besteht damit kein Anspruch auf die begehrte Vergütung, steht der Klägerin auch der begehrte Zinsanspruch nicht zu.

Die Kostenentscheidung ergeht gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Zulassung der Revision rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

Die Entscheidung über den Streitwert ergeht gemäß [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Postanschriften des Bundessozialgerichts: bei Brief und Postkarte 34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen Graf-Bernadotte-Platz 5 34119 Kassel

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.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,

2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,

3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,

4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder - die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder - ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109](#) und [128 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung

des [§ 103 SGG](#) nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

## II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

## III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Vors. Richter am LSG Richter am LSG Richter am LSG Richter am LSG  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
SHS  
Saved  
2021-02-08