

Aktenzeichen:
S 7 KR 521/11



Verkündet lt. Protokoll am:
06.02.2015

Ausfertigung

gez. Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT MAINZ

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7,
55116 Mainz

gegen

- Beklagte -

hat die 7. Kammer des Sozialgerichts Mainz auf die mündliche Verhandlung vom
6. Februar 2015 durch

die Richterin am Sozialgericht von Glinski
die ehrenamtliche Richterin Frau Pfannebecker
die ehrenamtliche Richterin Frau Fett

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.940,91 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 10.02.2007 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für einen stationären Krankenhausaufenthalt der Versicherten in der Zeit vom 05.01.2007 bis zum 24.01.2007.

Die Klägerin ist Trägerin des . Laut Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz handelt es sich hierbei um ein Fachkrankenhaus mit 80 Betten mit der Fachrichtung „Innere Medizin“. Unter dem Punkt Schwerpunkte/Anmerkungen im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz ist Folgendes vermerkt: „SMT“ (laut Abkürzungsverzeichnis im Landeskrankenhausplan steht SMT für Schmerztherapie; im Landeskrankenhausplan 2010 wurde die Eintragung ergänzt durch den Zusatz „(interdisziplinär, kons./operativ)“).

Die Versicherte wurde im genannten Zeitraum im stationär behandelt. Diagnostiziert wurden laut Entlassungsbrief vom 24.01.2007 eine hochchronifizierte Schmerz Erkrankung (MPSS II) mit erheblicher schmerzbedingter Beeinträchtigung (von Korff:III) [F 62.80] mit folgenden Schmerzlokalisationen: chronischer bewegungsabhängiger Schulter-Nacken-Arm-Kopf-Schmerz bds. bei cervicalen Facettenarthropathie [M47.22] und myofascieller Insuffizienz [M54.5], nebenbefundlich Hämangiom des HWK 7.

Die Klägerin stellte den Aufenthalt am 25.01.2007 in Rechnung und legte dabei die Tagessätze für eine vollstationäre Behandlung Schmerztherapie zu Grunde. Dabei wurde als therapeutische Maßnahme ua der Prozedurenschlüssel 8-918.1

des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) Version 2007 kodiert. Dieser Kode wird dort wie folgt definiert:

"8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinweis: Hier ist eine mindestens siebentätige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit*
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung*
- Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder – fehlgebrach*
- gravierende psychische Begleiterkrankung*
- Gravierende somatische Begleiterkrankung*

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung.

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus.

*8-918.0 mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage,
8-918.1 mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage,
8-918.2 mindestens 21 Behandlungstage."*

Die Beklagte beauftragte den MDK mit der Überprüfung des Behandlungsfalls. Dieser führte in einem Gutachten vom 23.04.2009, verfasst durch einen ärztlichen Gutachter im MDK Niedersachsen, aus, dass kein akut-stationärer Behandlungsbedarf gemäß § 39 SGB V ersichtlich sei, da zum Aufnahmezeitpunkt keinerlei Schmerzmedikation erfolgt sei und die Ausnutzung sämtlicher ambulanter und rehabilitativer Maßnahmen nicht ersichtlich sei. Die zur Verfügung gestellte Behandlungsdokumentation lasse weder durch die Darstellungen zum Krankheitsgeschehen noch durch die erbrachten Leistungen erkennen, dass ein jederzeit rufbereiter Arzt erforderlich gewesen sei. Die dokumentierten, nichtärztlichen Leistungen hätten keiner ständigen Überwachung und Unterweisung durch einen Arzt bedurft. Art und Umfang der erbrachten Leistungen wären eher einer Reha-Behandlung gemäß § 40 SGB V als einer akut-stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V zuzuordnen gewesen.

Dem widersprach die Klinik mit Schreiben vom 17.07.2009 und führte aus, dass die Beurteilungsparameter des Gutachters denen einer Akuterkrankung entsprechen würden. Dies sei jedoch nicht angebracht bei einer chronischen Schmerzerkrankung; hier liege der Grund für die Notwendigkeit der stationären Behandlung in der Exazerbation der chronisch täglich vorhandenen Schmerzen und einer zunehmenden Ausbreitung bis hin zur Panalgesie und dem Auftreten von biopsychosozialen Konsequenzen. Dieses Krankheitsbild erfordere ein multimodales und interdisziplinäres Vorgehen. Dagegen wies die Beklagte darauf hin, dass eine Akutbehandlung in Anspruch genommen worden sei; Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V sei Akutbehandlung.

Die Klägerin hat am 21.12.2011 Klage erhoben.

Sie macht ihren Vergütungsanspruch geltend und trägt vor, dass die Versicherte an einer hoch Schmerzkrankung mit erheblicher schmerzbedingter Beeinträchtigung gelitten habe. Es hätte ein chronifiziertes, therapieresistentes Schmerzbild mit zunehmendem Charakter vorgelegen, verbunden mit einem ungünstigen Schmerzmodell mit resignativem Verhalten. Zahlreiche ambulante hausärztliche, fachspezifische und schmerztherapeutische Behandlungsmaßnahmen hätten keine Besserung erbracht. Es sei ein multimodales Schmerztherapieprogramm durchgeführt worden; dieses habe nur unter stationären Bedingungen erfolgen können. Es sei eine interdisziplinäre Diagnostik und Konzeptentwicklung erforderlich gewesen, um die Krankheit an sich und nicht nur ihre Folgen zu beseitigen. Die multimodale Therapieform sei im Zeitpunkt der Behandlung die einzige evidenzbasierte Therapie bei chronifizierten Beschwerden gewesen. Die Klinik sei interdisziplinär besetzt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.940,91 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 10.02.2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, dass eine fachliche Fehlbelegung vorgelegen habe. Die Versicherte habe an einer orthopädischen Erkrankung gelitten; die Klägerin habe jedoch laut Krankenhausplan nur Betten auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Die Klägerin habe die Erforderlichkeit der stationären Behandlung vor der Aufnahme nicht geprüft; auch liege keine korrekte Einweisung vor, da der einweisende Orthopäde auf der „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ im Feld „nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser“ eine Ambulanz, nämlich eine „Schmerzambulanz“

angegeben habe. Tatsächlich habe auch keine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit bestanden; die Durchführung einer Rehabilitation wäre ausreichend gewesen. Tatsächlich sei auch eine Rehabilitationsbehandlung erbracht worden. Bei der Versicherten hätten keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen vorgelegen und sie sei in der Pflege selbständig gewesen. Die Versicherte hätte allenfalls 2 von 3 patientenbezogenen Merkmalen erfüllt.

Das Gericht hat die Verwaltungsakten und die Behandlungsunterlagen beigezogen und eine Begutachtung durch einen Sachverständigen angeordnet und ausgeführt. Das Gutachten wurde am 11.07.2014 durch den Sachverständigen

erstellt. Das Gutachten wurde der Beklagten am 23.07.2014 zur Stellungnahme bis zum 28.08.2014 zugesandt; die Beklagte wurde am 03.09.2009 gebeten, mitzuteilen, ob noch eine Stellungnahme zu dem Gutachten erfolgt; andernfalls würde das Gericht eine zeitnahe Terminierung der Angelegenheit erwägen. Mit Schreiben vom 05.09.2014 teilte die Beklagte mit, dass eine Stellungnahme zu dem Gutachten vorbereitet werde. Mit Schreiben vom 20.10.2014 wurde die Beklagte nochmals an die Vorlage der Stellungnahme erinnert; darauf hin teilte die Beklagte mit, dass der MDK eine dort angeforderte Stellungnahme bis Ende November 2014 vorlegen werde. Mit Schreiben vom 09.12.2014 wurde die Beklagte unter Fristsetzung zum 14.01.2015 nochmals an die Vorlage der Stellungnahme erinnert; eine Reaktion erfolgte nicht. Das Gericht hat daraufhin Termin bestimmt auf Freitag, den 06.02.2015; die Ladung wurde der Beklagten laut Empfangsbekenntnis am 26.01.2015 zugestellt. Mit Schreiben vom 28.01.2015 teilte die Beklagte mit, dass sie vermutlich am 03.02.2015 eine Stellungnahme zum Gutachten vorlegen werde; der MDK habe angekündigt, dass man das Beratungsergebnis spätestens am 02.02.2015 erhalten werde. Man rege daher an, den Termin aufzuheben; hierfür spreche auch, dass die Ladung zum Termin keine 14 Tage vorher bei der Beklagten eingegangen sei. Mit Schreiben vom 29.01.2015 teilte das Gericht mit, dass eine Verlegung des Termins im Hinblick auf die bisherige Verfahrensdauer und auf die angekündigte Stellungnahme nicht gerechtfertigt erscheine und kündigte an,

den Termin ggf. nach Eingang der Stellungnahme kurzfristig aufzuheben oder nach Erörterung eine Vertagung in Betracht zu ziehen, soweit dies zur Wahrung des rechtlichen Gehörs erforderlich erscheine. Eine Reaktion auf dieses Schreiben lag der Kammer auch im Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht vor. Laut einer Nachfrage bei der Poststelle am Tag der Verhandlung und am Tag vor der Verhandlung war zu dem oben genannten Aktenzeichen keine weitere Post eingegangen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte sowie auf den Inhalt der Behandlungsunterlagen verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Das Gericht konnte hier, da die Voraussetzungen des § 126 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorliegen, trotz Ausbleibens der Beklagten eine mündliche Verhandlung durchführen und aufgrund dieser ein Urteil verkünden. Eine Vertagung des Rechtstreits war nicht erforderlich, da die Beteiligten zur Verhandlung ordnungsgemäß geladen wurden und auch kein Anspruch auf Vertagung bestand. Ein Antrag auf Vertagung wurde im Übrigen nicht gestellt.

Die Beteiligten wurden zur Verhandlung ordnungsgemäß geladen. Nach § 110 Abs 1 Satz 1 SGG bestimmt der Vorsitzende Ort und Zeit der mündlichen Verhandlung und teilt sie den Beteiligten in der Regel zwei Wochen vorher mit. Die Beteiligten sind darauf hinzuweisen, dass im Fall ihres Ausbleibens nach Lage der Akten entschieden werden kann, § 110 Abs 1 Satz 2 SGG. Diese Ladungsfrist wird somit durch die Soll-Regelung des § 110 Abs 1 Satz 1 bestimmt und beträgt in der Regel 2 Wochen. Hier wurde die Ladung dem Klägervertreter zwei Wochen vor dem Verhandlungstermin (freitags) bekannt gegeben; die Ladungsfrist wurde in-

soweit eingehalten. Der Beklagten ging die Ladung jedoch erst am darauffolgenden Montag (26.01.2015) zu, die Ladungsfrist von 2 Wochen wurde insoweit unterschritten. Dennoch ist die Ladung als ordnungsgemäß anzusehen, da es sich bei der Regelung des § 110 Abs 1 Satz 1 um eine Soll-Vorschrift handelt. Die Vorschrift sieht auch keine starre Ladungsfrist vor. Die Ladungsfrist kann daher unterschritten werden, soweit hierdurch nicht rechtliches Gehör verletzt wird, vgl. auch Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leiterer, SGG Kommentar, § 110, Rn. 14 mwN.

Der Beklagten wurde ausreichend rechtliches Gehör gewährt. Der Grundsatz des rechtlichen Gehörs besagt, dass der Beteiligte zum Verfahren herangezogen werden und Gelegenheit haben muss, sich vor Erlass der Entscheidung zum Prozessstoff zu äußern und gehört zu werden; der Entscheidung dürfen daher nur solche Tatsachen zu Grunde gelegt werden, zu denen sich die Beteiligten äußern konnten, vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leiterer, SGG Kommentar, § 62, Rn. 2. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beteiligten tatsächlich gehört werden; es steht ihnen frei, ob sie die Gelegenheit nutzen und ob sie sich in der mündlichen Verhandlung äußern oder einen Schriftsatz einreichen. Auf rechtliches Gehör kann vorab nicht verzichtet werden, wohl aber brauchen die Beteiligten von diesem Recht keinen Gebrauch zu machen, vgl. Keller, aaO, Rn. 6.

Den Beteiligten, insbesondere der Beklagten wurde hier ausreichend Gelegenheit gegeben, sich vor dem Erlass der Entscheidung zum Prozessstoff, insbesondere zum Gutachten des _____ vom 11.07.2014, zu äußern. Das Gutachten wurde der Beklagten am 23.07.2014 zur Stellungnahme übersandt. Trotz mehrfacher Erinnerungen wurde der Kammer bis zum Verhandlungstag keine Stellungnahme vorgelegt. Dies wurde von der Beklagten mit Schreiben vom 28.01.2015 mit der langen Bearbeitungsdauer beim MDK und einem Sachbearbeiterwechsel beim MDK begründet. Vorliegend kann dahinstehen, ob die Beklagte ihrerseits alles Erforderliche veranlasst hat, um eine zeitnahe Vorlage des Prüfergebnisses zu gewährleisten, denn das Gericht geht hier davon aus, dass sich die Beklagte – selbst wenn sie ihrerseits alles Erforderliche für einen zeitnahen Ab-

schluss des Prüfverfahrens getan hätte – überlange Bearbeitungszeiten beim MDK zurechnen lassen müsste, vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 18.07.2013, B 3 KR 21/12 R mit Verweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R (juris). Vor dem Hintergrund, dass die Beklagte mehr als ein halbes Jahr Zeit hatte, zum Gutachten Stellung zu nehmen und im Hinblick darauf, dass die Beklagte entgegen ihren eigenen Ankündigungen ihre Stellungnahme wiederholt nicht innerhalb der hierfür gesetzten bzw. angekündigten Fristen vorlegte, sah sich das Gericht nicht veranlasst, den im Zeitpunkt der neuerlichen Ankündigung bereits bestimmten Termin zur mündlichen Verhandlung aufzuheben. Zu beachten war dabei auch das berechnete Interesse der Klägerin, Rechtsschutz in angemessener Zeit zu erhalten. Die angekündigte Stellungnahme lag der Kammer auch im Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht vor; die Kammer durfte daher davon ausgehen, dass seitens der Beklagten entgegen ihrer Ankündigung keine Stellungnahme mehr erfolgt.

Die zulässige Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat in der geltend gemachten Höhe Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung der Versicherten

im

in der Zeit vom 05.01.2007 bis

24.01.2007.

Rechtsgrundlage für die geltend gemachte Forderung ist § 109 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der hier anzuwendenden Fassung vom 15.12.2004 sowie dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr. 1 SGB V – Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV-RP). Nach § 7 Satz 1 Nr. 5 iVm § 6 Abs 1 KHEntgG (jeweils in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung) vereinbaren die Vertragsparteien für Leistungen, die ab dem Jahr 2005 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen oder Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Fäl-

len Zusatzentgelte. Um einen solchen Fall handelt es sich hier. Dementsprechend wurden hier 19 Tagessätze für eine vollstationäre Behandlung Schmerztherapie abgerechnet; rein rechnerisch betrachtet ist die Höhe der Vergütung zwischen den Parteien nicht umstritten.

Die Beklagte hat gegen den geltend gemachten Anspruch zunächst eingewandt, dass die erbrachte Leistung vom Versorgungsauftrag der Klägerin nicht gedeckt sei. Die Klägerin verfüge laut Krankenhausplan lediglich über 80 Betten mit der Fachrichtung „Innere Medizin“; sie habe daher keine landesrechtliche Zulassung für die stationäre Behandlung der in den medizinischen Fachbereich Orthopädie fallenden Beschwerden der Patientin. Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass ein Krankenhaus nur Anspruch auf Vergütung für solche Leistungen hat, die von seinem Versorgungsauftrag gedeckt sind. Außerhalb des Versorgungsauftrags ist daher das Krankenhaus nicht zur Leistung verpflichtet und der Versicherte nicht zur Inanspruchnahme der Leistung berechtigt. Folglich kann ein Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags selbst dann keine Vergütung beanspruchen, selbst wenn die Leistung tatsächlich und ordnungsgemäß erbracht worden ist, vgl. Wahl in jurisPK SGB V, § 112 SGB V, Rn 131. Entgegen der Auffassung der Beklagten hat die Klägerin hier jedoch keine Leistung außerhalb ihres Versorgungsauftrags erbracht. Laut Krankenhausplan Rheinland-Pfalz verfügt die Klägerin über 80 Betten mit der Fachrichtung Innere Medizin; als Aufgabenschwerpunkt werden im Landeskrankenhausplan „SMT“ genannt. Die Schmerztherapie (SMT) bildet somit einen Aufgabenschwerpunkt des Krankenhauses. Hierzu gehört grundsätzlich auch die spezielle Schmerztherapie mit einer entsprechenden Zusatzausbildung. Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbständigen Krankheitswert erlangt hat, siehe Weiterbildungsverordnung der Landesärztekammer für die Ärzte und Ärztinnen in Rheinland-Pfalz. Voraussetzung für den Erwerb der Facharztbezeichnung ist laut Weiterbildungsverordnung eine Facharztanerken-

nung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Hierzu zählt auch das Gebiet der Inneren Medizin. Aus dem Vorstehenden folgt, dass Leistungen der speziellen Schmerztherapie auch von Fachärzten für Innere Medizin und damit auch durch eine Klinik mit der Fachrichtung Innere Medizin erbracht werden können. Zudem hat das zuständige Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen mit einem an die Klägerin gerichteten Schreiben vom 08.10.2008 klargestellt, dass das im Rahmen des Fachgebiets Innere Medizin sämtliche Leistungen der Schmerztherapie, im Speziellen auch operative Leistungen auf dem Gebiet der Orthopädie, erbringen darf. In diesem Schreiben heißt es (Bl. 31 GA):

„Die Landesregierung hat bei der Aufstellung des Krankenhausplans bewusst darauf verzichtet, über die Schmerztherapie hinausgehende weitere Schwerpunkte auszuweisen. Dieser Entscheidung lag die Annahme zu Grunde, dass die Schmerztherapie stets multidisziplinär betrieben wird (...). Einer gesonderten Ausweisung im Landeskrankenhausplan bedarf es daher nicht.“

Tatsächlich wirken im Hause der Klägerin Leistungen unterschiedlicher Fachrichtungen interdisziplinär erbracht. An der Versorgung sind nicht nur Internisten und andere Ärzte, sondern (auch) Orthopäden beteiligt, was sich auch im vorliegenden Behandlungsfall ua aus dem bei den Akten befindlichen Entlassungsbericht ergibt. Die Behandlung erfolgte in jedem Fall innerhalb des Versorgungsauftrags; der Einwand der fehlenden landesrechtlichen Zulassung greift somit nicht durch.

Die Beklagte hat gegen den geltend gemachten Anspruch weiter eingewandt, dass die Patientin nicht ordnungsgemäß eingewiesen worden sei; die vom behandelnden Arzt ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung (Auszug Blatt 37R GA) führe unter dem Punkt „nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser“ eine „Schmerzambulanz“ auf. Die erkennende Kammer hält diesen Einwand für unbeachtlich, denn bereits aus der Wahl der Verordnung (Muster „Verordnung von

Krankenhausbehandlung“) ergibt sich, dass der behandelnde Orthopäde/Chirotherapeut keine Überweisung an eine Institutsambulanz oder an ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung vornehmen wollte, sondern dass eine stationäre Einweisung gewollt war. Offenbar war dem Aussteller der Verordnung lediglich die genaue Bezeichnung des Krankenhauses nicht bekannt. Diese Art der Verordnung setzt auch eine Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung voraus.

Auch dem Einwand der Beklagten, ein Vergütungsanspruch sei nicht entstanden, da die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen sei, kann hier nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses nur entstehen kann, wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Der Anspruch auf Vergütung korrespondiert insoweit mit dem in § 39 SGB V kodifizierten Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung; danach haben Versicherte (nur dann) Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung ist somit nachrangig gegenüber allen anderen Formen der Krankenbehandlung.

Ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, beurteilt sich einerseits aus den Zielen, die mit der Behandlung verfolgt werden, sondern auch nach den Mitteln, die zur Behandlung der Krankheit eingesetzt werden. Die Krankenhausbehandlung dient dazu, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, vgl. § 27 SGB V. Das Vorhandensein chronischer Leiden schließt dabei eine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht aus; entscheidend ist insoweit, ob das Leiden nach seiner Art und der medizinisch-technischen Erfahrung noch aussichtsreich behandelt werden kann. Auch durch diese Zielsetzung unterscheidet sich die Krankenhausbehandlung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, denn bei letzteren stehen

die Abwendung, Beseitigung, Minderung oder der Ausgleich von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im Vordergrund; die Leistungen sollen insbesondere Behinderung und Pflegebedürftigkeit verhüten oder deren Folgen mindern, vgl. § 11 Abs 2 SGB V. Während im Krankenhaus also eine akute medizinische Behandlung erfolgt, dienen Leistungen der medizinischen Rehabilitation vorrangig der Stabilisierung eines bereits erreichten Zustands und der Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte, vgl. Wahl in jurisPK SGB V, § 39, Rn. 51 mwN. Für die Abgrenzung sind auch die eingesetzten therapeutischen und speziellen Mittel entscheidend; ein wichtiges Abgrenzungskriterium stellt insoweit auch die Funktion der Ärzte dar, denn eine Krankenhausbehandlung setzt – neben der erforderlichen apparativen Mindestausstattung und dem geschulten Pflegepersonal einen jederzeit präsenten und rufbereiten Arzt voraus.

Entgegen der Auffassung der Beklagten war die Krankenhausbehandlung im Fall der Versicherten jedoch erforderlich im Sinne des § 39 SGB V. Andere Formen der Behandlung, wie zB ambulante Behandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation waren nicht ausreichend.

Das Gericht geht hier davon aus, dass im Fall der Versicherten eine akutstationäre Behandlung erforderlich war. Es folgt insoweit dem Gutachten des Sachverständigen . in dessen Gutachten vom 11.07.2014 und schließt sich diesem im vollen Umfang an.

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass bei der Versicherten eine hoch chronifizierte Schmerzerkrankung und eine drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität vorgelegen habe. Eine unimodale, rein somatisch ausgerichtete Therapie sei fehlgeschlagen; es hätten eine psychische Begleiterkrankung und auch somatische Begleiterkrankungen bestanden. Die Schmerzerkrankung habe bei der Versicherten seit über 15 Jahren bestanden, wobei sich der Schmerz im Lauf der Jahre kontinuierlich über den Nacken, die Schultern, beide Arme sowie über den Hinterkopf ziehend bis in die Stirn ausgebreitet habe. Medikamentö-

se Therapieversuche hätten keine anhaltende Linderung erbracht. Das Schmerzverständnis sei trotz Vorhandensein einer psychischen Begleiterkrankung rein somatisch gewesen. Aufgrund dieser Erkrankungen kommt der Sachverständige nachvollziehbar zu dem Schluss, dass bei der Versicherten eine akutstationäre Behandlung in Form einer stationären multimodalen Schmerztherapie indiziert war. Die Versicherte erfüllte laut Sachverständigen auch mindestens drei patientenbezogene Merkmale, die für die Kodierung der OPS 8-918 erforderlich sind.

Tatsächlich wurde bei der Versicherten auch eine multimodale Schmerztherapie im Sinne des OPS-Kodes 8-918 durchgeführt. Nach den detaillierten und uneingeschränkt nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen

zeigen die Dokumentationen und Tagespläne eindeutig, dass alle Inhalte der multimodalen Schmerztherapie hier abgearbeitet wurden. Bei der Versicherten erfolgte eine tägliche, ausgeprägte physikalische Behandlung. Sie nahm fast täglich an den Gruppenbewegungsbädern teil. Fast täglich wurden Seminare besucht, die sich mit dem Thema Schmerz beschäftigten. Es erfolgte eine tägliche Psychoedukation; es wurden mehrere psychologische Einzelgespräche durchgeführt. Ebenso sind Besprechungen, Fallkonferenzen zwischen Chefarzt, Oberarzt, Psychologen, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Seelsorgern und Schwestern dokumentiert. Der Behandlungsverlauf wurde somit durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung überprüft.

Das Gericht hält diese Ausführungen für uneingeschränkt nachvollziehbar; es macht sich diese Ausführungen des Sachverständigen zu Eigen. Es wurden somit nicht nur die patientenbezogenen Merkmale des Kodes erfüllt; die Therapie genügte auch den für die Abrechnung des Kodes festgelegten Anforderungen an die Diagnostik und die Therapie, auch die sonstigen, für die Abrechnung des Kodes erforderlichen Merkmale (Überprüfung des Behandlungsverlaufs, Vorliegen von Zusatzqualifikationen) lagen vor.

Die anders lautende Einschätzung der Beklagten bzw. des von ihr beauftragten

Medizinischen Dienstes hält das Gericht dagegen nicht für nachvollziehbar. Die entsprechenden Stellungnahmen; die einerseits darauf abstellen, dass andere Arten der Krankenbehandlung nicht ausgeschöpft worden seien; andererseits darauf abstellen, dass die Erkrankung einer „krankenhaustypischen Therapie“ nicht zugänglich gewesen sei, sind in sich widersprüchlich und tragen aus Sicht der erkennenden Kammer den Besonderheiten der multimodalen Schmerztherapie nicht Rechnung. Zu dieser Therapie hat das BSG in einer Entscheidung vom 18.07.2013 (B 3 KR 7/12 R (juris)) Folgendes ausgeführt:

„Die multimodale Schmerztherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Therapieform zur Behandlung von chronischen Schmerzzuständen. Grundlage dieser Therapieform ist das Verständnis von chronischem Schmerz als eigenständige Krankheit und bio-psychosoziales Problem. Unter multimodaler Schmerztherapie versteht man die gleichzeitige, aufeinander abgestimmte Behandlung eines Patienten wegen des gleichen Krankheitsbildes mit verschiedenen somatischen und psychologischen Therapieformen nach vorgegebenem Behandlungsplan und mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel sowie gemeinsamer Therapiekontrolle. In einer solchen Behandlung werden beispielsweise Ärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammen tätig.“

Die hierfür erforderliche Therapiedichte nach einem Behandlungsplan mit ärztlicher Leitung konnte im Fall der Versicherten nach Einschätzung des Sachverständigen nur unter stationären Bedingungen in einer spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtung – hier: in - erbracht werden. Auch diese Einschätzung macht sich das Gericht zu Eigen.

Nach alledem greifen die Einwendungen der Beklagten gegen den geltend gemachten Vergütungsanspruch nicht durch. Der Klage war daher stattzugeben.

Bestand und Höhe der geltend gemachten Zinsen ergibt sich aus § 9 Abs 7 des

Landesvertrages Rheinland-Pfalz nach § 112 Abs 2 Nr. 1 SGB V.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG iVm § 154 Abs 1 SGG und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifizierte** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit den öffentlich-rechtlichen Fachgerichtsbarkeiten vom 09. Januar 2008 (GVBl. S. 33) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Mainz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

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

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Mainz schriftlich oder in elektronischer Form 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 beigelegt war.

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

gez. von Glinski

Für die Ausfertigung:
Mainz, den 03.03.2016

Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Nähere Einzelheiten zum elektronischen Rechtsverkehr sind der Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rlp.de) zu entnehmen.

Mz S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision
(§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)

Ausfertigung

Aktenzeichen:
L 5 KR 56/15
S 7 KR 521/11 Mz



Verkündet am:
10.12.2015

Schwenderling,
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7,
55116 Mainz

gegen

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 10. Dezember 2015 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann
Richter am Landessozialgericht Keller
Richter am Landessozialgericht Wiemers
ehrenamtlichen Richter Brahm
ehrenamtlichen Richter Dr. Heiden

für Recht erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 06.03.2015 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 4.940,91 € nebst Zinsen.

Die Klägerin ist Trägerin des nach § 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Hierbei handelt es sich
nach dem Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz um ein Fachkrankenhaus mit 80 Betten mit der Fachrichtung „Innere Medizin“ und dem Schwerpunkt „Schmerztherapie“. Aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung des Orthopäden vom 04.01.2007, wegen
rezidivierender Lumboischialgien bei degenerativem LWS-Leiden, rezidivierenden Cervicalgien bei degenerativem HWS-Leiden, HWS-Blockierungen sowie Coxalgie beidseits bei Coxarthrose wurde die bei der Beklagten krankenversicherte, 1944 geborene (Versicherte) aus in der Zeit vom
05.01.2007 bis 24.01.2007 im Krankenhaus der Klägerin vollstationär behandelt. Diagnostiziert wurde laut Entlassungsbericht vom 24.01.2007 eine hoch chronifizierte Schmerzerkrankung mit erheblicher schmerzbedingter Beeinträchtigung und folgenden Schmerzlokalisationen: Chronischer bewegungsabhängiger Schulter-Nacken-Arm-Kopf-Schmerz beidseits bei cervicalen Facettenarthropathie und myofascieller Insuffizienz, nebenbefundlich Hämangiom des HWK 7, chronischer Oberschenkel Schmerz beidseits bei Insertionstendopathie am Trochanter Maior, psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Adipositas, benigne essentielle Hypertonie, chronische Oberflächen-

gastritis, Hämangiom: Wirbelkörper HWK 7 und BWK 1. Im Einzelnen heißt es im Entlassungsbericht, die Versicherte leide seit Jahren an erheblichen chronischen Beschwerden im Schulter-Nacken-Arm- und Kopf-Bereich, die zu einer deutlichen Beeinträchtigung im täglichen Leben sowie im familiären Umfeld führten. Zahlreiche Behandlungsmaßnahmen - hausärztlich, fachspezifisch wie auch schmerztherapeutisch - hätten keine Beschwerdebesserung erbracht. In den letzten Monaten sei es zu einer weiteren Zunahme der Schmerzstärke, der Schmerzausbreitung und des Grades der Behinderung gekommen, so dass die Versicherte nicht mehr in der Lage sei, ihren täglichen Aktivitäten nachzukommen. Grund und Ausmaß der Beschwerden hätten bisher nicht zufriedenstellend abgeklärt werden können und zu einer andauernden Beschwerdeangabe und Verunsicherung mit zunehmender Passivität und Angstzuständen geführt. Aufgrund unklarer Diagnose und Therapieresistenz sei die Versicherte in das eingewiesen worden. Der hohe Chronifizierungs- und Behinderungsgrad mit entsprechender bio-psychosozialer Komplexität des Schmerzleidens habe ein interdisziplinäres multimodales Therapieprogramm erfordert, das auf Grund der erforderlichen interdisziplinären Diagnostik mit kontinuierlicher Beobachtung der Versicherten, intensiven ärztlichen therapeutischen Interventionen und Verlaufsbeobachtungen mit Entwicklung eines entsprechenden Therapieprogramms stationär durchgeführt worden sei. Die interdisziplinäre (orthopädische, neurologische, anästhesiologische, rheumatologische, vegetative) Diagnostik habe eine ausgedehnte schmerzhafte Funktionsstörung im Schulter-Nacken-Kopf-Bereich mit reaktiver muskulärer Dysbalance auf dem Boden einer cervicalen Facettenarthropathie und eines Hämangioms des HWK 7 ergeben. Psychotherapeutisch und sozialmedizinisch hätten sich nach gezielter Anamneseerhebung und psychotherapeutischer Exploration keine eindeutigen Hinweise für bedeutende psychosoziale Faktoren bei der Schmerzverarbeitung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes ergeben. In interdisziplinären Visiten und Teambesprechungen seien die nachgewiesenen komplexen Zusammenhänge analysiert und abgestimmt und der Versicherten in täglichen Gesprächen und Aktionen verständlich gemacht worden. Gleichzeitig sei begonnen worden, entsprechend abgestimmte Therapiemaßnahmen nach sorgfält-

tiger Aufklärung der Versicherten einzusetzen, und zwar eine medikamentöse Neueinstellung und Umstellung unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, Interaktionen und Komorbiditäten, regional anästhesiologischen Verfahren, physio- und trainingstherapeutischen Maßnahmen sowie physikalischen Anwendungen zur Schmerzreduktion, Reduktion des Muskeltonus, Desensibilisierung zur Erhöhung der Reizschwelle und reflektorischer Schmerzbeeinflussung, psychotherapeutische Maßnahmen mit psychologischen Explorationen und schmerzbezogenen Seminaren sowie Vermittlung muskelentspannender Techniken. Mit Rechnung vom 25.01.2007 forderte die Klägerin für die Behandlung unter Ansatz von 19 Tagessätzen für eine vollstationäre Behandlung Schmerztherapie insgesamt 4.940,91 €. Dabei wurde als therapeutische Maßnahme ua die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie nach OPS (Version 2007) 8-918.1 kodiert. Der Kode lautet:

8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinweis: Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit*
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung*
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch*
- gravierende psychische Begleiterkrankung*
- gravierende somatische Begleiterkrankung*

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übende Therapien. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung.

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ bei der/dem Verantwortlichen voraus.

8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage.

Die Beklagte beglich diese Rechnung nicht. Auf ihre Veranlassung erstellte der Arzt im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) am 23.04.2009 ein Gutachten zur Frage der medizinischen Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung. Der Gutachter führte aus, formal sei die vom Krankenhaus erstellte Rechnung plausibel. Die Klinik gebe in ihrem Entlassungsbrief an, sie habe eine multimodale Schmerztherapie durchgeführt. Unter rein formalen Gesichtspunkten seien die patientenseitigen Voraussetzungen zur Kodierung eines OPS aus dem Bereich 8-918 nicht gegeben. Klinikseits sei die Durchführung von interdisziplinären Teambesprechungen in den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich. Da zum einen zum Aufnahmezeitpunkt keinerlei Schmerzmedikation erfolgte und zum anderen die Ausnutzung sämtlicher ambulanten und rehabilitativen Behandlungsmaßnahmen nicht ersichtlich sei, sei die medizinische Notwendigkeit zur akut stationären Behandlung der Versicherten nicht dokumentiert. Trotz Einwänden der Klägerin gegen diese Beurteilung verblieb die Beklagte nachfolgend bei der Zahlungsverweigerung.

Am 21.12.2011 hat die Klägerin daraufhin Zahlungsklage zum Sozialgericht Mainz (SG) erhoben. Sie hat geltend gemacht, die Versicherte der Beklagten sei zu Recht wegen einer hoch chronifizierten Schmerzerkrankung mit erheblicher schmerzbedingter Beeinträchtigung vollstationär aufgenommen und behandelt worden, die multimodale Schmerztherapie habe entgegen der Auffassung der Beklagten nur unter stationären Bedingungen erfolgen können. Die Beklagte hat an ihrer Auffassung festgehalten, dass ein akut-stationärer Behandlungsbedarf bei der Versicherten nicht ersichtlich sei. Zusätzlich hat sie geltend gemacht, das klagende Krankenhaus verfüge lediglich über eine Fachabteilung für Innere Medizin. Der streitige Behandlungsfall sei jedoch der Fachrichtung Orthopädie zuzuordnen.

Sie hat sich auf ein weiteres MDK-Gutachten des _____ vom 20.12.2012 gestützt. Hierzu hat die Klägerin erwidert, das Krankenhaus sei berechtigt, im Rahmen des Fachgebiets der Inneren Medizin Leistungen der Schmerztherapie zu erbringen. Der Versorgungsauftrag Schmerztherapie erfasse nach einer Klarstellung des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen vom 08.10.2008 auch operative Eingriffe; es sei bewusst darauf verzichtet worden, über die Schmerztherapie hinausgehende weitere Schwerpunkte auszuweisen, da die Schmerztherapie stets multidisziplinär betrieben werde, was alle mit der Behandlung zusammenhängenden operativen Eingriffe wie beispielsweise Bandscheibenoperationen umfasse. Nach dieser Klarstellung des Ministeriums ziehe die Beklagte den Versorgungsauftrag zu Unrecht in Zweifel. Die Klägerin hat sich gegenüber der Beurteilung des MDK auf eine Stellungnahme des Krankenhausarztes _____ vom 18.06.2013 gestützt. Zu dieser hat die Beklagte ein MDK-Gutachten des _____ vom 06.11.2013 vorgelegt.

Das SG hat von

_____ ein Gutachten vom 11.07.2014 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, bei der Versicherten habe eine hoch chronifizierte Schmerzerkrankung und eine drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität vorgelegen. Weiterhin sei eine unimodale, rein somatisch ausgerichtete Therapie fehlgeschlagen und es hätten begleitende psychische Erkrankungen und somatische Erkrankungen vorgelegen. Die Versicherte habe daher die Voraussetzungen für eine stationäre multimodale Schmerztherapie erfüllt. Diese sei auch ausweislich der Dokumentationen und der Tagespläne während des stationären Aufenthaltes vollumfänglich durchgeführt worden. Es sei eine tägliche physikalische Behandlung erfolgt. Die Versicherte habe fast täglich an den Gruppenbewegungsbädern teilgenommen und Seminare mit dem Thema Schmerz besucht. Täglich sei eine Psychoedukation erfolgt. Ebenso seien mehrere psychologische Einzelgespräche mit der Versicherten durchgeführt worden. Dokumentiert seien Besprechungen, Fallkonferenzen (zwischen Chefarzt, Oberarzt, Psychologen, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Seelsorgern und Schwestern). Soweit in den Gutachten des MDK auf die Wohnor-

tentfernung des klagenden Krankenhauses und heimatnähere Behandlungsalternativen verwiesen werde, so zeige eine Recherche der Situation im Jahre 2007, dass die aufgeführten Städte zum Zeitpunkt der Behandlung der Versicherten nicht über spezialisierte schmerztherapeutische Einrichtungen für eine vollstationäre Behandlung verfügt hätten. Für die Versicherte sei eine bloße Rehabilitationsmaßnahme nicht in Frage gekommen, weil die erforderliche intensivschmerzmedizinische Therapiedichte dort nicht gewährleistet gewesen wäre. Auch wegen der bestehenden depressiven Verstimmung, der reinen somatischen Verarbeitung und der hohen Chronifizierung sei eine stationäre multimodale Schmerztherapie eindeutig indiziert gewesen. Das SG hat der Beklagten das Sachverständigengutachten zur Stellungnahme bis zum 28.08.2014 übersandt. Auf Erinnerung hat die Beklagte am 05.09.2014 mitgeteilt, eine Stellungnahme zum Gutachten werde vorbereitet. Auf weitere Erinnerung hat die Beklagte eine Stellungnahme bis Ende November 2014 angekündigt. Auf die Ladung zum Termin am 06.02.2015 hat die Beklagte mit Schreiben vom 28.01.2015 angekündigt, sie werde vermutlich am 03.02.2015 eine Stellungnahme vorlegen; der bereits im Juli 2014 insoweit mit einer Überprüfung beauftragte MDK wolle das Beratungsergebnis spätestens am 02.02.2015 mitteilen. Es werde deshalb um Aufhebung des Termins zur mündlichen Verhandlung ersucht. Diese hat das SG abgelehnt und angekündigt, erforderlichenfalls nach Eingang der angekündigten Stellungnahme den Termin kurzfristig aufzuheben oder nach Erörterung eine Vertagung in Betracht zu ziehen. Das sodann von der Beklagten mit Telefax vom 03.02.2015 vorgelegte MDK-Gutachten des vom 02.02.2015 ist bis zur mündlichen Verhandlung und Entscheidung des SG am 06.02.2015 diesem nicht zur Kenntnis gelangt, weil die Beklagte das Gutachten zu dem bei einer anderen Kammer des Sozialgerichts anhängigen Parallelrechtsstreits der Beteiligten (S 16 KR 520/11) übersandt hat.

Durch Urteil vom 06.02.2015 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.940,91 € nebst zwei Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 10.02.2007 zu zahlen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt,

es habe trotz Ausbleibens der Beklagten über die Klage entscheiden können, da die Beklagte ordnungsgemäß geladen worden sei. Der Beklagten sei ausreichend rechtliches Gehör gewährt worden. Auch zum Gutachten des

habe sie hinreichend Gelegenheit zur Äußerung gehabt. Soweit die Beklagte auf die überlange Bearbeitungsdauer beim MDK verweise, habe dies keine Vertagung des Rechtsstreits gerechtfertigt, da sich die Beklagte überlange Bearbeitungszeiten des MDK zurechnen lassen müsse (Hinweis auf BSG 18.07.2013 - B 3 KR 21/12 R, juris). Die angekündigte Stellungnahme habe dem Gericht im Zeitpunkt der Entscheidung nicht vorgelegen. Die Klage sei auch begründet. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der streitigen Behandlung der Versicherten sei § 109 SGB V iVm § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossene Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV-RP). Nach § 7 Satz 1 Nr. 5 iVm § 6 Abs. 1 KHEntgG in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung vereinbarten die Vertragsparteien für Leistungen, die ab dem Jahr 2005 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen oder Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden könnten, fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Fällen Zusatzentgelte. Um einen solchen Fall handele es sich hier. Dementsprechend seien 19 Tagessätze für eine vollstationäre Behandlung Schmerztherapie abgerechnet worden; rein rechnerisch sei die Höhe der Vergütung zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Zu Unrecht mache die Beklagte geltend, die erbrachte Leistung sei vom Versorgungsauftrag der Klägerin nicht gedeckt. Zwar treffe es zu, dass ein Krankenhaus nur Anspruch auf Vergütung für solche Leistungen habe, die von seinem Versorgungsauftrag gedeckt seien. Dies sei vorliegend jedoch der Fall. Nach dem Krankenhausplan Rheinland-Pfalz verfüge die Klägerin über 80 Betten mit der Fachrichtung „Innere Medizin“; als Aufgabenschwerpunkt werde die Schmerztherapie genannt. Zu dieser gehöre grundsätzlich auch die spezielle Schmerztherapie mit einer entsprechenden Zusatzausbildung. Die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ umfasse in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Er-

kennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt habe, wie sich aus der Weiterbildungsverordnung der Landesärztekammer für die Ärzte und Ärztinnen in Rheinland-Pfalz ergebe. Voraussetzung für den Erwerb der Facharztbezeichnung sei laut Weiterbildungsverordnung eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Hierzu zähle auch das Gebiet der Inneren Medizin. Daraus folge, dass Leistungen der speziellen Schmerztherapie auch von Fachärzten für Innere Medizin und damit auch durch eine Klinik mit der Fachrichtung „Innere Medizin“ erbracht werden können. Zudem habe das zuständige Landesministerium mit dem an die Klägerin gerichteten Schreiben vom 08.10.2010 klargestellt, dass das

im Rahmen des Fachgebietes Innere Medizin sämtliche Leistungen der Schmerztherapie, im speziellen auch operative Leistungen auf dem Gebiet der Orthopädie, erbringen dürfe. Tatsächlich würden im Hause der Klägerin Leistungen unterschiedlicher Fachrichtungen interdisziplinär erbracht. An der Versorgung seien nicht nur Internisten und andere Ärzte, sondern (auch) Orthopäden beteiligt, was sich auch im vorliegenden Behandlungsfall ua aus dem Entlassungsbericht ergebe. Soweit die Beklagte weiter einwende, ihre Versicherte sei nicht ordnungsgemäß eingewiesen worden, weil vom behandelnden Arzt in der Verordnung von Krankenhausbehandlung unter dem Punkt „nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser“ eine „Schmerzambulanz“ aufgeführt worden sei, sei dieser Einwand unbeachtlich. Bereits aus der Wahl der Verordnung (Muster „Verordnung von Krankenhausbehandlung“) ergebe sich, dass der behandelnde Orthopäde eine stationäre Einweisung gewollt habe. Offenbar sei ihm lediglich die genaue Bezeichnung des Krankenhauses nicht bekannt gewesen. Zu Unrecht mache die Beklagte weiter geltend, die Krankenhausbehandlung sei vorliegend nicht erforderlich gewesen. Ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich sei, beurteile sich einerseits aus den Zielen, die mit der Behandlung verfolgt würden, und andererseits nach den Mitteln, die zur Behandlung der Krankheit eingesetzt würden. Das Vorhandensein chronischer Leiden schließe dabei eine akut stationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht aus. Für die Abgrenzung auch zu Leistungen der

medizinischen Rehabilitation seien die eingesetzten therapeutischen und speziellen Mittel entscheidend; wichtiges Abgrenzungskriterium stelle die Funktion der Ärzte dar, weil eine Krankenhausbehandlung - neben der erforderlichen operativen Mindestausstattung und dem geschulten Pflegepersonal - einen jederzeit präsenten und rufbereiten Arzt voraussetze. In diesem Sinne sei für die Behandlung der Versicherten der Beklagten die Krankenhausbehandlung erfolgt und notwendig gewesen. Andere Formen der Behandlung, wie z.B. ambulante Behandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seien nicht ausreichend gewesen. Insoweit folge das Gericht der Beurteilung des Sachverständigen

Dieser habe in seinem Gutachten ausgeführt, dass bei der Versicherten eine hoch chronifizierte Schmerzerkrankung und eine drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität vorgelegen habe. Eine unimodale, rein somatisch ausgerichtete Therapie sei fehlgeschlagen; es hätten eine psychische Begleiterkrankung und auch somatische Begleiterkrankungen bestanden. Die Schmerzerkrankung habe bei der Versicherten seit über 15 Jahren bestanden. Medikamentöse Therapieversuche hätten keine anhaltende Linderung erbracht. Das Schmerzverständnis sei trotz Vorhandensein einer psychischen Begleiterkrankung rein somatisch gewesen. Eine akut stationäre Behandlung in Form der stationären multimodalen Schmerztherapie sei indiziert gewesen. Die Versicherte habe mindestens drei patientenbezogene Merkmale für die Kodierung der OPS 8-918 erfüllt. Tatsächlich sei auch eine multimodale Schmerztherapie im Sinne dieses Kodes durchgeführt worden. Das Gericht folge dieser Beurteilung des Sachverständigen. Der anderslautenden Einschätzung der Beklagten und des von dieser beauftragten MDK sei nicht zu folgen. Insbesondere die erforderliche Therapiedichte nach einem Behandlungsplan mit ärztlicher Leitung habe im Fall der Versicherten nur unter stationären Bedingungen in einer spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtung erfolgen können. Der Zinsanspruch resultiere aus § 9 Abs. 7 des Landesvertrages Rheinland-Pfalz nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

Gegen das ihr am 06.03.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 24.03.2015 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, das SG habe sich verfahrensfehlerhaft

über sämtliche Gutachten des MDK hinweggesetzt und sei ohne weitere Begründung allein den Ausführungen des Sachverständigen folgt. Den Nachrang der vollstationären Krankenhausbehandlung gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung habe es unbeachtet gelassen. Es habe den Versorgungsauftrag der Klägerin falsch bewertet, der die vorliegend streitige Behandlung nicht umfasse. Insbesondere habe das SG bei seiner Entscheidung das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot unberücksichtigt gelassen. Bei der Erkrankung der Versicherten habe es sich nicht um einen medizinischen Akutfall gehandelt. Chronische Krankheitszustände könnten aber ambulant oder auch in Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden. Vor diesem Hintergrund komme der MDK in seinen verschiedenen Gutachten zu Recht zum Ergebnis, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen sei. Demgegenüber überzeuge das Gutachten des vom SG gehörten Sachverständigen nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 06.02.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakte, die Krankenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das SG hat der Klage mit zutreffender Begründung zu Recht stattgegeben. Die Klägerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 4.940,91 € nebst Zinsen für die Behandlung der Versicherten der Beklagten in der Zeit vom 05.01.2007 bis 24.01.2007. Zur Begründung verweist der Senat gemäß § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung.

Das Berufungsvorbringen der Beklagten rechtfertigt keine andere Beurteilung. Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung zutreffend dargelegt, dass die schmerztherapeutische Behandlung der Versicherten vom Versorgungsauftrag des klagenden Krankenhauses umfasst war (zu dessen Maßgeblichkeit für den Vergütungsanspruch vgl. BSG 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R juris) und dass nach dem Beweisergebnis des erstinstanzlichen Verfahrens, insbesondere dem überzeugenden Gutachten des Sachverständigen die durchgeführte vollstationäre Behandlung notwendig war und die Voraussetzungen einer multimodalen Schmerztherapie im Sinne des OPS 8-918.1 erfüllte. Ebenso hat das SG zutreffend dargelegt, dass der abweichenden Beurteilung der Beklagten, gestützt auf die verschiedenen Gutachten des MDK, demgegenüber nicht gefolgt werden kann. Eine eingehende Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Einschätzung des MDK, mit der sich bereits der Sachverständige

kritisch auseinandergesetzt hatte, war im Rahmen der Entscheidungsgründe nicht geboten, da sich das SG ausdrücklich dieser schlüssigen Beurteilung des Sachverständigen angeschlossen hat. Die gegen die Beurteilung des Sachverständigen vom Arzt im MDK im Gutachten vom 02.02.2015 erhobenen Einwände konnte das SG nicht berücksichtigen, da das Telefaxschreiben der Beklagten vom 03.02.2015, mit dem die Beklagte dieses MDK-Gutachten vorgelegt hat, aus von der Beklagten zu vertretenden Gründen

bis zur Entscheidung des SG der erkennenden Kammer nicht zugänglich geworden ist.

Auch das erst nach der Entscheidung des SG zu den Verfahrensakten gelangte Gutachten des Arztes im MDK vom 02.02.2015 steht dem Vergütungsanspruch der Klägerin nicht entgegen. Je nachdem zum einen, entgegen der Beurteilung des Sachverständigen (seien von den drei gemäß OPS 8.918 erforderlichen Patientenkriterien vorliegend maximal zwei erfüllt, nämlich eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit sowie der Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung. Hingegen sei keines der weiteren Kriterien – bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch, gravierende psychische Begleiterkrankung, gravierende somatische Begleiterkrankung - erfüllt. Dieser Einwand überzeugt nicht. Zwar hat der behandelnde Krankenhausarzt

in seiner von der Klägerin im Klageverfahren vorgelegten Stellungnahme vom 18.06.2013 eingeräumt, dass bei der Versicherten keine schwere psychiatrische oder psychologische Erkrankung vorgelegen habe. Er hat jedoch unter Hinweis auf das psychologische Untersuchungsergebnis nachvollziehbar dargelegt, dass gravierende schmerzunterhaltende psychische Begleiterscheinungen bestanden. So wurde bei der Versicherten eine ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten, eine traurige niedergeschlagene Stimmung, ein mangelnder Emotionsausdruck, eine Hilflosigkeit/ein Katastrophisieren, ein ausgeprägtes somatisches Krankheitsbild, Probleme im Familien- und Freundeskreis mit krisenhaften Ereignissen und eine schwere körperliche Erkrankung naher Bezugspersonen festgestellt. Hieraus resultierte ein Mangel an emotionsregulierenden Formen der Stressbewältigung sowie das Bestehen eines funktionalen Zusammenhangs der Schmerzen bei Einfluss von psychosozialem Stress und Einfluss aktueller Stressoren. Zusammengefasst wurde festgehalten, dass die Versicherte in ihrer Emotionalität herabgestimmt war mit resignativen Tendenzen. Wenn hieraus der Sachverständige schlussfolgert, dass

die vorliegenden psychologischen Untersuchungsergebnisse belegten, dass bei der Versicherten eine psychische Begleiterkrankung vorlag, ist dies zur Überzeugung des Senats nicht zu beanstanden. Ebenso lag auch eine gravierende somatische Begleiterkrankung vor. Insoweit hat [redacted] hervorgehoben, dass die Versicherte zum einen an einer medikamentös behandelten Bluthochdruckerkrankung leide, deren Ausmaß etwa von psychischen Stresssituationen und Schmerzen deutlich beeinflusst sei und auf Grund möglicher Folgeerkrankungen als gravierend einzustufen sei. Des Weiteren seien bei der Versicherten mehrere Hämangiome im Bereich der Wirbelsäule (7. Halswirbel- und 1. Brustwirbel) kernspintomographisch nachgewiesen worden. Insoweit hat auch der MDK-Arzt [redacted] in seinem im Klageverfahren vorgelegten Gutachten vom 06.11.2013 eingeräumt, dass mögliche mittel- und langfristige Folgen einer Hypertonie „gravierend“ sein können. Soweit er zugleich darauf verweist, eine medikamentös behandelbare bzw. „einstellbare“ Hypertonie stelle jedoch für den täglichen Lebensablauf und die Tagesgestaltung im Allgemeinen keine gravierende Einschränkung mehr dar, verkennt er die von [redacted] nachvollziehbar hervorgehobene Wechselwirkung von chronischem Schmerz auf die Höhe des Blutdrucks. Insbesondere auf die festgestellten Hämangiome und ihre Beeinflussung der Diagnostik und mobilisierenden aktiven Bewegungsmaßnahmen geht [redacted] auch in dem zuletzt vorgelegten Gutachten vom 02.02.2015 demgegenüber nicht ein. Dass die Patientenmerkmale für den OPS 8-918 bei der Versicherten entgegen der Beurteilung des erstinstanzlich gehörten Sachverständigen [redacted] nicht belegt seien, überzeugt mithin nicht. Dass im Übrigen, insbesondere hinsichtlich der Therapiedichte, der beteiligten Fachdisziplinen und Teambesprechungen, die streitgegenständliche Behandlung die Voraussetzungen des OPS 8-918 erfüllt, hat - in teilweiser Korrektur der früheren MDK-Gutachten - [redacted] im Gutachten vom 02.02.2015 in Übereinstimmung mit der Beurteilung des [redacted] bestätigt. Ebenso stimmt er dem Sachverständigen zu, dass eine ortsnähere stationäre Behandlungsmöglichkeit nicht gegeben gewesen wäre. Die von der Beklagten hervorgehobene von der Versicherten bewältigte lange Anreise kann damit nicht als Indiz gegen eine stationäre

Behandlungsnotwendigkeit gewertet werden. Soweit weiterhin an der Auffassung festhält, sämtliche therapeutische Maßnahmen seien in ambulanter oder aber rehabilitativer Umgebung möglich gewesen, hat sich der Sachverständige mit dieser Möglichkeit im Gutachten auseinandergesetzt und sie überzeugend verneint. Neue Gesichtspunkte ergeben sich insoweit auch aus dem nachgereichten MDK-Gutachten nicht.

Der Berufung der Beklagten bleibt nach alledem der Erfolg versagt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht gegeben.

- Rechtsmittelbelehrung -

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.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der „Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht“ in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch 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 den 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 (s.o.) 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) 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 (s.o.).

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 beizuzuordnende 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.

gez. Dr. Follmann

gez. Keller

gez. Wiemers

