
Datum: 30.11.2016
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 47. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 47 KR 196/13
ECLI: ECLI:DE:SGD:2016:1130.S47KR196.13.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 50.334,08 Euro. 2
- Die Klägerin betreibt ein Krankenhaus, das nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Behandlung von Versicherten zugelassen ist. Nach dem Feststellungsbescheid Nr. 0000 der Bezirksregierung Düsseldorf vom 27.01.2009 verfügte das Krankenhaus der Klägerin u. a. über den Versorgungsauftrag in den Gebieten Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 3
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschloss am 20.09.2005 die "Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen" (sog. NICU (Neonatal Intensive Care Unit)-Vereinbarung, Bundesanzeiger (BAZ) Nr. 143 vom 28.10.2005 S. 15.684). Sie regelt u. a. ein vierstufiges neonatologisches Versorgungskonzept. Danach versorgen • Perinatalzentren der obersten Kategorie – Level 1 – Früh- und Neugeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht von (1.250 g und/oder einem Gestationsalter von (29+0 Schwangerschaftswoche (SSW), • Perinatalzentren Level 2 o Frühgeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 g und/oder einem Gestationsalter von 29+0 bis 32+0 SSW oder o bei schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen (Wachstumsretardierung (3 Perzentile bei 4

Präeklampsie, HELLP), • Perinatale Schwerpunkte Kinder mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und/oder einem Gestationsalter von 32+1 bis 36+0 SSW und • Geburtskliniken reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko. Mit Beschluss vom 18.12.2008 änderte der GBA die NICU-Vereinbarung (BANz Nr. 65 vom 30.04.2009 S. 1.574; im Folgenden NICU-Vereinbarung 2008). Die NICU-Vereinbarung 2008 ist am 01.04.2009 in Kraft getreten. Das vierstufige Versorgungskonzept und die Einteilung in die neonatologischen Versorgungsstufen blieben bestehen.

Nach § 11 Abs. 3 der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2008 erfüllte das Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt dieser Vereinbarung die Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 2". Nach § 14 Abs. 3 der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009 (geschlossen am 16.09.2009) erfüllte das Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt dieser Vereinbarung die Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt". 5

Am 29.09.2009 nahm das Krankenhaus der Klägerin die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Frau C L zur Behandlung auf. Frau L befand sich zu diesem Zeitpunkt in der 29+0. SSW. Am 02.10.2009 wurde die Tochter von Frau L, B L (im Folgenden Versicherte), durch Kaiserschnitt im Krankenhaus der Klägerin geboren. Sie wies hierbei ein Geburtsgewicht von 940 g auf. Die Versicherte befand sich anschließend bis zum 02.12.2009 zur stationären Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. 6

In einer Aufnahmeanzeige teilte die Klägerin der Beklagten u. a. das Geburtsgewicht und die Aufnahmediagnose P07.02 (Frühgeborenes mit einem Geburtsgewicht von 750 bis unter 1.000 g) mit. Wann die Klägerin diese Aufnahmeanzeige abgab, ist dem zu den Gerichtsakten gereichten Dokument nicht zu entnehmen; das angegebene Datum "23.05.2011" kann nicht zutreffen, es handelt sich hierbei wohl um das Datum, an dem dieses Dokument ausgedruckt wurde. Die Beklagte erteilte unter dem 11.12.2009 eine Kostenübernahmeerklärung für die stationäre Behandlung. 7

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten unter dem 14.12.2009 einen Betrag in Höhe von 50.334,08 Euro in Rechnung. Sie wandte hierbei die diagnosebezogene Fallgruppe (Diagnosis Related Group – DRG) P62D (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 – 999 g ohne signifikante OR-Prozedur) an. 8

Die Beklagte zahlte diesen Betrag nicht, sondern teilte der Klägerin in einem Schreiben vom 14.01.2010 mit, die Versicherte sei nach der NICU-Vereinbarung 2008 der neonatologischen Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 1" zuzuordnen. Sie bat die Klägerin um Stellungnahme, um prüfen zu können, ob ein begründeter Einzelfall nach § 3 Abs. 2 der NICU-Vereinbarung 2008 vorliege. 9

Die Klägerin erklärte hierzu mit Schreiben vom 09.02.2010, die Versicherte sei in der 29+4. SSW geboren worden, also jenseits der 29+0. SSW. Daher seien nach der NICU-Vereinbarung 2008 die Kriterien der Stufe "Perinatalzentrum Level 2" erfüllt. 10

Die Beklagte widersprach dem mit Schreiben vom 31.03.2010. Aufgrund des Geburtsgewichts seien bei der Versicherten nur die Kriterien der Stufe "Perinatalzentrum Level 1" erfüllt. Dessen ungeachtet habe das Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt der Geburt der Versicherten nur die Voraussetzungen der neonatologischen Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" erfüllt. Es habe daher nach der NICU-Vereinbarung 2008 grundsätzlich keine Neugeborenen versorgen bzw. Entbindungen durchführen dürfen, die den Versorgungsstufen "Perinatalzentrum Level 1" oder "Perinatalzentrum Level 2" zuzuordnen seien. Vielmehr sei es verpflichtet gewesen, Fälle dieser Stufen risikoadaptiert in 11

ein Krankenhaus der entsprechend höheren Versorgungsstufe einzuweisen oder zu verlegen. Aus dem Schreiben vom 09.02.2010 ergäben sich keine Hinweise darauf, dass es sich bei der Versorgung der Versicherten um einen begründeten Einzelfall i. S. der NICU-Vereinbarung 2008 gehandelt habe. Daher stehe der Klägerin kein Vergütungsanspruch zu.

Die Klägerin übersandte mit Schreiben vom 28.05.2010 eine Stellungnahme des Chefarztes der Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe der Klägerin, E, vom 11.05.2010. Dieser teilte mit, bei Aufnahme der Mutter der Versicherten am 29.09.2009 habe sich eine Schwangerschaft mit SGA ("small for gestational age" – pathologische Verzögerung des Wachstums eines Fetus in der Gebärmutter) gezeigt, die Dopplerwerte der rechten und linken Arterie uterina seien erhöht gewesen, ansonsten seien die Laborparameter unauffällig gewesen. Die Patientin sei aufgenommen, und es sei eine Lungenreifebehandlung durchgeführt worden. Im weiteren Verlauf seien die klinischen Parameter stabil gewesen. Erst am 02.10.2009 habe sich der Zustand der Mutter der Versicherten deutlich und rasant verändert. Es hätten sich deutliche Anzeichen eines HELLP-Syndroms (nach Pschyrembel (257. Aufl.) seltene sehr gefährliche Variante der EPH-Gestose mit Hämolyse (H), Erhöhung der Leberenzyme (EL = elevated liver enzymes) und niedrigen Thrombozytenzahlen (LP = low platelet counts)) gezeigt. Bei der Abwägung des Transportrisikos (hohes Stresspotential einer notfallmäßigen Verlegung mit nachfolgendem Krampfanfall) mit dem Risiko des Verbleibs in der Klinik (Entbindung unter strukturierten Bedingungen) sei das Risiko des Verbleibs in der Klinik deutlich geringer erschienen. 12

Die Beklagte verblieb mit Schreiben vom 19.08.2010 auf ihrem Standpunkt. Das Krankenhaus der Klägerin habe zum Zeitpunkt der Aufnahme der Mutter der Versicherten die neonatologische Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" erfüllt. Demnach habe es grundsätzlich nur Schwangere ab der 32+1. SSW und/oder Frühgeborene mit einem geschätzten Geburtsgewicht ab 1.500 g aufnehmen dürfen. Eine Aufnahme von Schwangeren, die diesen Kriterien nicht entspreche, sei nur in begründeten Einzelfällen zulässig. Ansonsten sei eine antenatale Verlegung dieser Schwangeren in eine höhere Versorgungsstufe geboten. Eine Verlegung der Mutter der Versicherten wäre vor dem 02.10.2009 aufgrund der stabilen klinischen Parameter unter medizinischen Gesichtspunkten möglich gewesen. Hierbei sei entscheidend zu berücksichtigen, dass das Krankenhaus der Klägerin erst drei Wochen später zur Entbindung berechtigt gewesen wäre, da die Mutter der Versicherten erst dann die 32+1. SSW erreicht hätte. Es habe aber von einer drohenden Frühgeburt vor einem Ablauf von drei Wochen ausgegangen werden müssen, wofür auch die durchgeführte Lungenreifebehandlung spreche. Ein begründeter Einzelfall liege nicht vor. Somit greife das Verbot der Leistungserbringung nach § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V. 13

Sodann übersandte die Klägerin mit Schreiben vom 08.09.2010 Kopien der Krankenakte der Mutter der Versicherten und bat um Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Es sei unerheblich, ob das Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt der Entbindung zu den berechtigten Krankenhäusern gehört habe. Die Mutter der Versicherten sei zur Behandlung bei Verdacht auf Gestose aufgenommen worden. Es hätten keine Anhaltspunkte für eine mögliche Komplikation vorgelegen, die zu einer Entbindung hätten führen können. Erst während der stationären Behandlung habe sich der Gesundheitszustand der Mutter der Versicherten so schnell verändert, dass eine Verlegung ein zu hohes Risiko dargestellt hätte. 14

Mit Schreiben vom 28.09.2010 bat die Beklagte den MDK um Begutachtung, ob die Mutter der Versicherten sich vor dem 02.10.2009 unter medizinischen Gründen in einem Gesundheitszustand befunden habe, der eine Verlegung in ein Krankenhaus der höheren 15

Versorgungsstufe ermöglicht hätte, und ob das Krankenhaus aufgrund des Gesundheitszustandes der Mutter der Versicherten damit habe rechnen müssen, dass es vor dem Ablauf von drei Wochen zu einer medizinisch notwendigen Geburt kommen werde.

Der MDK stellte mit Gutachten vom 29.10.2010 fest, die Mutter der Versicherten sei nach Einweisung durch den Frauenarzt mit Gestose und Verdacht auf Wachstumshemmung des Feten in der 30. SSW aufgenommen worden. Bei der Schwangeren hätten ein erhöhter Blutdruck, leichte Kopfschmerzen, eine Temperatur von 37,6°C und eine im Urinstick nachgewiesene vierfache Eiweißerhöhung bestanden. In der bei Aufnahme durchgeführten Fetometrie und Dopplersonographie sei als Diagnose der Verdacht auf uteroplazentare Insuffizienz bei Erstgravida, 0 Para in der 29+1. SSW mit beginnender Kreislaufzentralisation, SGA (unter der 3. Perzentile) und Verdacht auf HELLP laut Einweisung beschrieben worden (Gewichtsschätzung nach Hadlock 853 g). Daraufhin sei eine hypertensive und antikonvulsive Therapie und RDS-Prophylaxe eingeleitet worden. Die Patientin sei zwecks Überwachung mit rezidivierenden Blutdruck- und Laborkontrollen im Kreißsaal verblieben und am Morgen des 30.09.2009 nach Besserung der subjektiven Beschwerdesymptomatik auf die periphere Station der Frauenklinik verlegt worden. Vom 30.09. bis zum 02.10.2009 seien dort rezidivierende Labor- und Blutdruckkontrollen erfolgt, einmal täglich seien ärztliche Verlaufskontrollen dokumentiert. Aufgrund eines deutlichen Thrombozytenabfalls nach bereits ständig abfallender Thrombozytenzahl sowie gleichzeitig bestehender pathologischer Dopplerwerte der Arterie uterina bds. mit notch und beginnender Zentralisation des Kindes, SGA sowie Hypertonie der Mutter sei am 02.10.2009 in der 29+4. SSW eine primäre sectio caesarea erfolgt. Gemäß der NICU-Vereinbarung 2008 und der AWMF-Leitlinie "Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe" (im Folgenden: Leitlinie Nr. 024/001) sei bei einem geschätzten Geburtsgewicht von 853 g in der 29+1. SSW, welches einem SGA unter der 3. Perzentile entspreche, sowie wegen der bestehenden Präeklampsie eine Behandlung der Risiko-Schwangeren in einem Perinatalzentrum indiziert gewesen. Die Aufnahme der Mutter der Versicherten am 29.09.2009 sei aufgrund der bei der Aufnahmediagnostik erhobenen Befunde mit notwendiger engmaschiger intensiver Kreißsaalüberwachung medizinisch plausibel nachvollziehbar. Am 30.09.2009 hätte sie jedoch anstatt der Verlegung auf die periphere Station der Klinik in ein Perinatalzentrum verlegt werden können. Gemäß der AWMF-Leitlinie "Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen" (im Folgenden: Leitlinie Nr. 015/018) stelle eine Entbindung bei der Präeklampsie die einzige kausale Therapie für die Schwangere dar. Eine Prolongation der Schwangerschaft diene in erster Linie der Vermeidung der Frühgeburt und setze einen zu erwartenden Vorteil für das Kind voraus. Bei einer Präeklampsie ab der vollendeten 24. bis 34 SSW solle eine Betreuung in einem Perinatalzentrum erfolgen. Präeklampsien seien in den meisten Fällen progredient, so dass die Möglichkeiten einer Schwangerschaftsprolongation bei niedrigem Gestationsalter begrenzt seien.

16

Unter Bezugnahme auf dieses Gutachten teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 18.11.2010 mit, es habe kein begründeter Einzelfall vorgelegen. Daher bestehe kein Vergütungsanspruch.

17

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 17.01.2011 stellte E fest, bei der Aufnahmeuntersuchung habe sich eine pathologische Veränderung im Bereich der uterinen Gefäße mit notch gezeigt. Bei einer Plazentainsuffizienz und dem gezeigten Aufnahmebefund sei eine Prolongation der Schwangerschaft über mehrere Wochen möglich, so dass zunächst eine Lungenreifebehandlung und körperliche Ruhe veranlasst worden seien. Das Aufnahme-Labor habe keinen Hinweis auf eine drohende schwangerschaftsinduzierte Hypertonie oder

18

ein HELLP-Syndrom ergeben. Bei der Fetometrie sei das kindliche Gewicht auf knapp 1.200 g geschätzt worden. Daher habe man davon ausgehen können, dass die Schwangerschaft prolongierbar sei und die Kriterien für eine Level 2-Versorgung in jedem Fall gegeben seien. Erst im Verlauf des 02.10.2009 sei es zu einer dramatischen Verschlechterung des Befundes unter der foudroyanten Ausbildung eines HELLP-Syndroms gekommen. Es habe demnach bei der Aufnahme der Mutter der Versicherten kein Risiko bestanden, die eine Verlegung in ein Perinatalzentrum Level 1 erfordert hätte. Zudem habe zu diesem Zeitpunkt nicht damit gerechnet werden können, dass die Mutter innerhalb von drei Tagen mit einem HELLP-Syndrom zur notfallmäßigen Therapie anstehe.

Mit Klage vom 21.02.2013, beim Sozialgericht Düsseldorf am selben Tage eingegangen, 19
verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung von 50.334,08 Euro nebst Zinsen weiter.

Sie trägt unter Bezugnahme auf den außergerichtlichen Schriftwechsel im Wesentlichen vor, 20
die Behandlung der Mutter der Versicherten habe im Hinblick auf die genannten Verdachtsdiagnosen zu ihrem Versorgungsauftrag gezählt. Die Mutter der Versicherten sei nicht zur Entbindung aufgenommen worden. Es sei nicht zutreffend, dass bei dem Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt der Aufnahme der Mutter der Versicherten nur die neonatologische Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" vorgelegen habe. Ausweislich § 11 Abs. 3 der zu diesem Zeitpunkt geltenden Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2008 habe das Krankenhaus über den Status der Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 2" verfügt. Daher und nach der maßgeblichen ex-ante-Betrachtung habe die stationäre Behandlung der Mutter und des Kindes den rechtlichen Vorgaben entsprochen. Zudem sei die Beklagte mit der Einwendung, die Klägerin hätte die Behandlung der Versicherten aufgrund des Geburtsgewichts von 940 g nicht durchführen dürfen, ausgeschlossen, da sie hiervon aufgrund der eindeutigen Angaben in der Aufnahmeanzeige bereits bei Abgabe ihrer Kostenübernahmeerklärung Kenntnis gehabt habe. Ferner könne die Beklagte mit ihren Einwendungen gegen den Zahlungsanspruch der Klägerin nicht gehört werden, da sie die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nicht eingehalten habe.

Die Klägerin beantragt, 21

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin B L 22
(BA-Nr.: 000000) 50.334,08 Euro nebst 2% Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 29.12.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, 23

die Klage abzuweisen. 24

Sie trägt im Wesentlichen vor, das Krankenhaus der Klägerin habe zum Zeitpunkt der 25
Behandlung der Versicherten lediglich die Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" erfüllt. Die NICU-Vereinbarung 2008 sei für die Klägerin unmittelbar verbindlich. Sie verweist zudem auf die Pflegesatzvereinbarung für 2009. Das Krankenhaus hätte daher im Jahr 2009 keine Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g durchführen dürfen. Es sei vielmehr verpflichtet gewesen, die Mutter der Versicherten rechtzeitig vor Geburt in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe zu verlegen. Dies sei am 30.09.2009 möglich gewesen. Hierbei nimmt sie Bezug auf den außergerichtlichen Schriftwechsel, insbesondere das Gutachten des MDK. Ein Einwendungsausschluss ergebe sich weder aus der Kostenübernahmeerklärung noch aus einer Versäumung der Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V. Bei Abgabe der Kostenübernahmeerklärung seien ihr nicht sämtliche Einzelheiten der späteren Abrechnung bekannt gewesen. Die Frist des § 275 Abs.

1c Satz 2 SGB V sei hier nicht anwendbar; zudem habe ihr die Klägerin freiwillig die Behandlungsunterlagen zur Prüfung durch den MDK übersandt.

Das Gericht hat am 24.03.2015 einen Erörterungstermin durchgeführt. Es hat hierbei den Beteiligten aufgegeben, zu dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin im Jahr 2009 vorzutragen. 26

Die Klägerin vertritt die Ansicht, die Behandlung der Versicherten habe zwar außerhalb ihres Versorgungsauftrags gelegen. Sie habe diese jedoch erbringen dürfen, da diese eine Notfallbehandlung dargestellt habe. Hierzu verweist sie auf den außergerichtlichen Schriftwechsel zwischen den Beteiligten, insbesondere auf die Stellungnahmen des Herrn E. Ferner ist sie der Auffassung, die für die streitige Behandlung maßgebliche Versorgungsstufe ergebe sich aus der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2008. Die Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009 sei nicht anwendbar, da diese erst zum 01.10.2009 in Kraft getreten sei. 27

Die Beklagte trägt vor, das Krankenhaus der Klägerin habe das mit der NICU-Vereinbarung 2008 eingeführte Kriterium der Regelmäßigkeitszahl an Versorgungsfällen für die Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 2" nicht erfüllt. Daher sei dieses Krankenhaus auf die Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" zurückgestuft worden. Hinsichtlich der Anwendbarkeit der NICU-Vereinbarung 2008 sei es nicht auf den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung angekommen. Vielmehr sei die NICU-Vereinbarung 2008 bereits mit Inkrafttreten am 01.04.2009, spätestens mit Veröffentlichung im BAnz am 30.04.2009 wirksam geworden. 28

Das Gericht hat bei der Klägerin die die Behandlung der Versicherten betreffende Patientenakte angefordert, um u. a. zu der Frage Beweis zu erheben, ob die Behandlung der Versicherten eine Notfallbehandlung dargestellt habe oder ob die Mutter der Versicherten vor der Entbindung in ein anderes Krankenhaus hätte verlegt werden können. 29

Hierauf teilte die Klägerin mit, da die Beklagte die Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V versäumt habe, könnten Behandlungsunterlagen wie die Patientenakte auch im gerichtlichen Verfahren nicht mehr beigezogen werden. 30

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 31

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses verweist die Kammer auf die Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die sämtlich Gegenstand der Entscheidung gewesen sind. 32

Entscheidungsgründe: 33

Die nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig als (echte) Leistungsklage erhobene Klage ist unbegründet. 34

Das Gericht kann gem. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erteilt haben. 35

Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu. Dem Anspruch steht entgegen, dass das Krankenhaus der Klägerin die Voraussetzungen der für die Behandlung der Versicherten erforderlichen neonatologischen Versorgungsstufe gemäß der NICU-Vereinbarung 2008 nicht erfüllt hat. Ein begründeter Einzelfall i.S. der NICU-Vereinbarung 36

2008 liegt nicht vor. Auch auf die Erteilung einer unbedingten und unbeschränkten Kostenzusage der Beklagten kann die Klägerin ihren Anspruch nicht stützen.

1. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. d. F. des Gesetzes vom 26.03.2007 (BGBl. I 378) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG – und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – (jeweils i. d. F. des Gesetzes vom 17.03.2009, BGBl. I 534), der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (FPV 2009) nebst Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2009 sowie der für die Versorgung maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009. 37

Auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen hat das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur für eine "erforderliche" Krankenhausbehandlung. Das folgt aus dem Wortlaut des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, auf den § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V verweist, und Regelungssystem sowie aus dem Zweck der Vergütung. Sie dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten. Die Leistung des Krankenhauses ist nämlich zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten bestimmt (vgl. BSG Großer Senat BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10, Rn. 10). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V medizinisch erforderlich ist (st.Rspr., vgl. z.B. BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 13, Rn. 11 m.w.N.; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 13 m.w.N.). Eine Versorgung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dass ein Notfall vorliegt, ist nicht zu vergüten (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG). Außerhalb des Versorgungsauftrags kann ein Krankenhaus deshalb selbst dann keine Vergütung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß erbracht worden ist (BSG, Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 9). 38

Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne "erforderlich" mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf ungeeignete Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 SGB V) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend – außer in Notfällen – auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln, noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V (vgl. z.B. BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 5, Rn. 27; BSGE 113, 231 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 7, Rn. 16). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie § 2 Abs. 1 Satz 1, § 4 Abs. 3, § 70 Abs. 1 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 29 Rn. 14; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr. 9 Rn. 10 m.w.N.). Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (vgl. zum Ganzen BSG Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R, BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr. 4, Rn. 18; Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, 39

juris Rn. 10). 2. Nach diesen Grundsätzen durfte die Klägerin die Behandlung der Versicherten nicht erbringen. Diese Behandlung verstieß gegen § 1 Abs. 3 der NICU-Vereinbarung 2008 und damit gegen höherrangiges Recht.

Die NICU-Vereinbarung 2008 enthält wirksame untergesetzliche Rechtsnormen. Der GBA (vgl. zu dessen Befugnis, außenwirksame Rechtsnormen zu erlassen: BSG, Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 36 m.w.N.) regelt hierdurch nach abstrakt-generellem Maßstab Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der in Krankenhäusern durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Denn nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (in der für die am 18.12.2008 beschlossene NICU-Vereinbarung 2008 maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 26.03.2007, BGBl. I 378) bestimmt der GBA für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V insbesondere Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Nach Satz 2 erlässt der GBA, soweit erforderlich, die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

40

Bedenken gegen die materielle Rechtmäßigkeit der NICU-Vereinbarung 2008 bestehen zur Überzeugung der Kammer nicht (vgl. zur Rechtmäßigkeit der Mindestmengenregelungen nach den Beschlüssen des GBA vom 20.08.2009 und vom 17.06.2010 zur Änderung der NICU-Vereinbarung: BSG Urteile vom 18.12.2012 – B 1 KR 34/12 R und vom 17.11.2015 – B 1 KR 15/15 R). Solche haben auch die Beteiligten dieses Rechtsstreits nicht geäußert.

41

Die Regelungen der NICU-Vereinbarung 2008 sind auch außenwirksam. Sie ergehen als Beschluss (§ 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Die Beschlüsse des GBA sind für seine Träger, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich (vgl. § 91 Abs. 6 SGB V i.d.F. des Gesetzes vom 26.3.2007, BGBl. I 378; vgl. dazu BSG, Urteile vom 18.12.2012 – B 1 KR 34/12 R, juris Rn. 13, vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 10 a.E. sowie vom 17.11.2015 – B 1 KR 15/15 R, juris Rn. 10). Die NICU-Vereinbarung 2008 sah folgende Regelungen vor:

42

"§ 1 Zweck der Vereinbarung (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt diese Vereinbarung als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, mit welcher die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der Bundesrepublik Deutschland gesichert werden soll. (2) Zu diesem Zweck definiert diese Vereinbarung ein Stufenkonzept der neonatologischen Versorgung und regelt die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der versorgenden Einrichtungen. (3) Eine Versorgung von Früh- und Neugeborenen darf nur in einer Einrichtung erfolgen, welche die Voraussetzungen der jeweils einschlägigen Versorgungsstufe nach Anlage 1 erfüllt.

43

()

44

§ 3 Stufen der neonatologischen Versorgung (1) Das neonatologische Versorgungskonzept dieser Vereinbarung umfasst die folgenden vier Stufen: 1. Perinatalzentrum Level 1 für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko (entsprechend den Aufnahmekriterien in Anlage 1), 2. Perinatalzentrum Level 2 für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit hohem Risiko

45

(entsprechend den Aufnahmekriterien in Anlage 1), 3. Perinataler Schwerpunkt (entsprechend den Aufnahmekriterien in Anlage 1) für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, durch eine leistungsfähige Neugeborenenmedizin in Krankenhäusern mit Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus oder mit kooperierender Kinderklinik, und 4. Geburtsklinik ohne eine mindestens der Nr. 3 entsprechenden kooperierenden Kinderklinik, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen. (2) Die Aufnahme von Schwangeren, die nicht den Aufnahmekriterien nach Absatz 1 entspricht, ist nur im begründeten Einzelfall zulässig. Neugeborenen Transporte sollen generell nur noch in nicht vorhersehbaren Notfällen erfolgen. Grundsätzlich ist immer der antepartale Transport für Kinder mit Risiken, bei denen eine postnatale Therapie zu erwarten ist, anzustreben.

§ 4 Anforderungen an die neonatologischen Versorgungsstufe (1) Die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Zuweisungs- bzw. Aufnahmekriterien der vier Versorgungsstufen werden in der Anlage 1 und dem Anhang zur Anlage 1 zu dieser Vereinbarung vorgegeben. Die Anlage 1 und der Anhang zur Anlage 1 sind Bestandteil dieser Vereinbarung. () 46

§ 5 Nachweisverfahren (1) Die Voraussetzungen sind erbracht, wenn die Einrichtung alle Anforderungen der jeweiligen Stufe an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäß der Anlage 1 und dem Anhang zur Anlage 1 zu dieser Vereinbarung erfüllt. (2) Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen zur neonatologischen Versorgung als Perinatalzentrum Level 1, Perinatalzentrum Level 2 oder Perinatalem Schwerpunkt ist gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen in Form der Checkliste gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung bis spätestens 30.09. eines Jahres zu führen. (3) Der medizinische Dienst der Krankenversicherung ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Checkliste gemäß Anlage 2 beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Ort auf Verlangen vorzulegen. (4) Erfüllt eine Einrichtung die Anforderungen der ausgewiesenen Versorgungsstufe gemäß der Anlage 1 dieser Vereinbarung nicht, so ist sie innerhalb von 12 Monaten verpflichtet, diese zu erfüllen und glaubhaft nachzuweisen. Ist die Einrichtung dazu nicht in der Lage, darf sie eine neonatologische Versorgung nur noch gemäß der Versorgungsstufe, deren Anforderungen erfüllt werden, anbieten. 47

()" 48

Nach Anlage 1 zur NICU-Vereinbarung 2008 stellen sich die Zuweisungs- bzw. Aufnahmekriterien zu den Versorgungsstufen wie folgt dar: 49

"Aufnahmekriterien für Perinatalzentren Level 1 Die Aufnahme bzw. Zuweisung aus niedrigeren Versorgungsstufen erfolgt nach folgenden leitliniengestützten Kriterien: B1. Pränatale Verlegung von zu erwartenden Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von (1250 g und/oder einem Gestationsalter von (29+0 SSW 50

() 51

Aufnahmekriterien für Perinatalzentrum Level 2 Die Aufnahme bzw. Zuweisung aus niedrigeren Versorgungsstufen erfolgt nach folgenden leitliniengestützten Kriterien: B1. Pränatale Verlegung von zu erwartenden Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 - 1499 g und/oder einem Gestationsalter von 29+0 (32+0 SSW. () B3. Schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankungen (Wachstumsretardierung unter 3 52

Perzentile bei Präeklampsie, HELLP).

Aufnahmekriterien für Perinatale Schwerpunkte (antenatale Zuweisung): Die Aufnahme bzw. Zuweisung aus niedrigeren Versorgungsstufen erfolgt nach folgenden leitliniengestützten Kriterien: B1. Unreife) 1500 g und/oder 32+1 bis (36+0 SSW." 53

Im Zeitpunkt der Behandlung der Versicherten (02.10.2009 bis zum 02.12.2009) erfüllte das Krankenhaus der Klägerin die Voraussetzungen der Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt". Dies ergibt sich aus der Feststellung in § 14 Abs. 3 der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009, wonach das Krankenhaus der Klägerin zum Zeitpunkt dieser Vereinbarung (abgeschlossen am 16.09.2009) die Versorgungsstufe "Perinataler Schwerpunkt" erfüllte. Bei dieser Feststellung handelt es sich um den Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen zur neonatologischen Versorgung i.S.d. § 5 Abs. 2 der NICU-Vereinbarung 2008. Eine Überprüfung dieser Angaben des Krankenhauses der Klägerin durch den MDK nach § 5 Abs. 3 der NICU-Vereinbarung 2008 ist nicht erfolgt, so dass davon auszugehen ist, dass auch die Krankenkassen im Rahmen des Abschlusses der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009 von der Richtigkeit der Angaben des Krankenhauses ausgingen. 54

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist die Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2008 für die Feststellung der neonatologischen Versorgungsstufe in diesem Verfahren nicht maßgeblich. Dies gilt sowohl mit Blick auf die hier streitige Behandlung der Versicherten ab dem 02.10.2009 als auch hinsichtlich der Behandlung der Mutter der Versicherten (Aufnahme am 29.09.2009). Es kommt insoweit nicht darauf an, wann welche Pflegesatzvereinbarung in Kraft getreten ist bzw. gegolten hat. Denn die in diesem Verfahren relevanten Kriterien für die Zuordnung zu einer der vier neonatologischen Versorgungsstufen ergeben sich unmittelbar aus der NICU-Vereinbarung 2008. Die Beschlüsse des GBA sind für seine Träger, deren Mitglieder und Mitgliedschaften sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich (vgl. § 91 Abs. 6 SGB V; vgl. hierzu Wiegand in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 91 Rn. 63 f.). Die NICU-Vereinbarung 2008 ist am 01.04.2009 in Kraft getreten. Ab diesem Zeitpunkt war sie damit wirksam und verbindlich. Somit galt ab diesem Zeitpunkt für die materiellen Voraussetzungen für die jeweilige neonatologische Versorgungsstufe nicht länger die NICU-Vereinbarung aus dem Jahr 2005, sondern die NICU-Vereinbarung 2008. Die Feststellungen in den Pflegesatzvereinbarungen zu den neonatologischen Versorgungsstufen haben daher keine konstitutive Wirkung, sondern nur eine deklaratorische. Dies ergibt sich auch aus § 5 der NICU-Vereinbarung 2008, der keine materiellen Voraussetzungen feststellt, sondern lediglich Regelungen zum Nachweisverfahren enthält. Für die Rechtsauffassung der Kammer, dass hinsichtlich der Voraussetzungen der neonatologischen Versorgungsstufen auf die jeweils gültige NICU-Vereinbarung und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens abzustellen ist, spricht schließlich auch, dass ausweislich der Feststellungen in § 14 Abs. 3 Satz 2 der Pflegesatzvereinbarung für das Kalenderjahr 2009 die Vertragspartner dieser Vereinbarung ebenfalls diese Rechtsauffassung zugrunde gelegt haben. Denn in dieser Regelung haben sie Bezug genommen auf die NICU-Vereinbarung i.d.F. des Beschlusses des GBA vom 20.08.2009, in Kraft getreten am 01.01.2010 (veröffentlicht im BAnz Nr. 195 vom 24.12.2009 S. 4.450). Sie haben hierbei festgestellt, dass das Krankenhaus der Klägerin unter der Voraussetzung, dass dieser Beschluss unverändert in Kraft trete, nach gegenwärtigem Kenntnisstand ab dem 01.01.2010 die Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 2" gemäß der dann gültigen NICU-Vereinbarung erfülle. 55

Die Versicherte entsprach aufgrund des zu erwartenden Geburtsgewichts zumindest den Kriterien eines "Perinatalzentrums Level 2", wenn nicht sogar eines "Perinatalzentrums Level 56

1". Dies stand bereits im Zeitpunkt der Aufnahme der schwangeren Mutter der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin fest und ergibt sich zur Überzeugung der Kammer aus dem Gutachten des MDK vom 29.10.2010. In diesem Gutachten hat der MDK festgestellt, bei Aufnahme der Mutter der Versicherten habe eine Gewichtsschätzung nach Hadlock ein Geburtsgewicht von 853 g ergeben. An der Einschätzung, dass die Versicherte zumindest in einem "Perinatalzentrum Level 2" hätte entbunden und versorgt werden müssen, ändert sich auch nichts, wenn nicht dieses Gutachten, sondern die Stellungnahme des Herrn E vom 17.01.2011 zugrunde gelegt wird. Herr E gab in dieser an, bei der Fetometrie sei das kindliche Gewicht auf knapp 1.200 g geschätzt worden. Auch auf der Grundlage dieses geschätzten Geburtsgewichts wären die durch den GBA festgestellten Kriterien für eine Versorgung in einem "Perinatalzentrum Level 1" erfüllt gewesen (vgl. Anlage 1 der NICU-Vereinbarung 2008, Ziffer 1 B1). Selbst wenn die AWMF-Leitlinie Nr. 024/001 zugrunde gelegt wird, ändert sich das Ergebnis, dass eine Versorgung in dem Krankenhaus der Klägerin nicht zulässig war, nicht. Nach dieser Leitlinie werden Schwangere insbesondere bei einem geschätzten Geburtsgewicht von) 1.000 g in "Perinatalzentren Level 2" behandelt; eine Verlegung aus "Perinatalen Schwerpunkten" in diese Stufe muss bei einem erwartetem Geburtsgewicht (1.500 g erfolgen. Die Versicherte hätte daher auch hiernach in dem Krankenhaus der Klägerin nicht behandelt werden dürfen (§ 1 Abs. 3 der NICU-Vereinbarung 2008).

3. Die Behandlung der schwangeren Mutter der Versicherten – und damit auch die Versorgung der Versicherten selbst – in dem Krankenhaus der Klägerin war weder als begründeter Einzelfall nach § 3 Abs. 2 Satz 1 der NICU-Vereinbarung 2008 zulässig noch stellte diese eine Notfallbehandlung nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V dar. Vielmehr wäre das Krankenhaus der Klägerin nach § 3 Abs. 2 Satz 3 der NICU-Vereinbarung 2008 zur Durchführung eines antepartalen Transports der Schwangeren verpflichtet gewesen. Ein solcher Transport wäre ab dem 30.09.2009 aus medizinischen Gründen möglich gewesen. Dies steht zur Überzeugung der Kammer nach dem Ergebnis des Gutachtens des MDK vom 29.10.2010 fest. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist dieses Gutachten verwertbar; ein Verwertungsausschluss ergibt sich insbesondere nicht wegen einer etwaigen Versäumnung der Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V. Denn diese Frist ist bei der hier vorliegenden Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung nicht anwendbar. Eine weitere Ermittlung von Amts wegen war der Kammer aufgrund der Weigerung der Klägerin, die Patientenunterlagen der Versicherten herauszugeben, nicht möglich. Diese Unmöglichkeit der weiteren Sachverhaltsaufklärung geht zu Lasten der Klägerin, da sie insoweit die objektive Beweislast trägt.

Wenn auch im Zeitpunkt der Aufnahme der schwangeren Mutter der Versicherten am 29.09.2009 eine Verlegung in eine Klinik mit einer entsprechenden neonatologischen Versorgungsstufe aus medizinischen Gründen nicht möglich war, so hätte dies jedenfalls ab dem 30.09.2009 erfolgen können und müssen. Ein begründeter Einzelfall i.S. des § 3 Abs. 2 Satz 1 der NICU-Vereinbarung 2008 für eine weitere Behandlung und Entbindung im Krankenhaus der Klägerin bestand damit nicht. Entgegen der Auffassung der Klägerin lag keine Notfallbehandlung gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor.

Zu Notfallbehandlungen sind zugelassene Krankenhäuser entsprechend § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V verpflichtet (st.Rspr., vgl. z.B. BSGE 89, 39, 41 f. = SozR 3-2500 § 13 Nr. 25 S. 118 f.; BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr. 2, Rn. 16; BSG Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 33/13 R, juris Rn. 13). Ein Notfall i.S. des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt nur vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines geeigneten Therapeuten und dessen Behandlung – sei es durch dessen

Aufsuchen oder Herbeirufen – fehlt (vgl. z.B. BSG Urteil vom 18.7.2006 – B 1 KR 9/05 R, juris Rn. 18; BSGE 109, 133 = SozR 4-1750 § 68 Nr. 1, Rn. 22 m.w.N.). So lag es weder bei der Behandlung der Versicherten noch bei der Behandlung der schwangeren Mutter der Versicherten.

Dies steht nach dem Ergebnis des Gutachtens des MDK vom 29.10.2010 fest, auf das die Kammer Bezug nimmt. Der MDK hat dieses Gutachten auf der Grundlage der Patientenunterlagen der Mutter der Versicherten und im Einklang mit den AWMF-Leitlinien Nr. 024/001 sowie Nr. 015/018 erstellt. Nach den Feststellungen des MDK war die Mutter der Versicherten nach Einweisung durch den Frauenarzt mit Gestose (Synonym: Präeklampsie; vgl. AWMF-Leitlinie Nr. 015/018 Ziffer 2.2) und Verdacht auf Wachstumshemmung des Feten in der 30. SSW aufgenommen worden. Bei ihr hätten ein erhöhter Blutdruck, leichte Kopfschmerzen, eine Temperatur von 37,6°C und eine im Urinstick nachgewiesene vierfache Eiweißhöhung bestanden. Zudem wird die Diagnose der Wachstumshemmung (SGA unter der 3. Perzentile) beschrieben. Die Aufnahme und Behandlung der Schwangeren am 29.09.2009 war daher aufgrund der bei der Aufnahmediagnostik erhobenen Befunde mit notwendiger engmaschiger intensiver Kreißsaalüberwachung medizinisch plausibel nachvollziehbar. Am 30.09.2009 hätte sie jedoch, nachdem sich die klinischen Parameter stabilisiert hatten, anstatt der Verlegung auf die periphere Station der Klinik der Klägerin – zumindest – in ein "Perinatalzentrum Level 2" verlegt werden können und müssen. Anhaltspunkte, dass ab diesem Zeitpunkt die dargestellten Voraussetzungen einer Notfallbehandlung vorgelegen und einer Verlegung entgegengestanden hätten, sind nicht ersichtlich. Gerade die Verlegung auf die periphere Station innerhalb des Krankenhauses der Klägerin spricht hiergegen. Aufgrund des Gesundheitszustandes der Schwangeren und des geschätzten Geburtsgewichts war es nicht zulässig, die Schwangere in dem Krankenhaus der Klägerin zu behandeln, bis ein Transport nicht mehr möglich erschien.

60

Auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des Herrn E vom 11.05.2010 und vom 17.01.2011 folgt kein anderes Ergebnis. Dieser beschreibt im Wesentlichen die gleichen Aufnahmebefunde (insbesondere Schwangerschaft mit SGA, geschätztes Geburtsgewicht von 1.200 g). Es wird allerdings deutlich, dass Herr E fehlerhaft davon ausging, das Krankenhaus der Klägerin hätte weiterhin die Kriterien der Versorgungsstufe "Perinatalzentrum Level 2" erfüllt. So hat er in seiner Stellungnahme vom 17.01.2011 ausgeführt, man habe davon ausgehen können, dass die Schwangerschaft prolongierbar sei und "die Kriterien für eine Level 2-Versorgung in jedem Fall gegeben" seien. Diese Auffassung ergibt sich ebenfalls aus der ersten Stellungnahme der Klägerin mit Schreiben vom 09.02.2010, wonach die Versicherte in der 29+4. SSW geboren worden sei, also jenseits der 29+0. SSW, so dass nach der NICU-Vereinbarung 2008 die Kriterien der Stufe "Perinatalzentrum Level 2" erfüllt seien. Es spricht somit nach der Auffassung der Kammer viel dafür, dass dieser Irrtum über die neonatologische Versorgungsstufe für die Entscheidung der behandelnden Ärzte, die Schwangere zu behandeln, maßgebend war, nicht hingegen die Überlegung, am 02.10.2009 eine Notfallbehandlung durchführen zu müssen.

61

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist das Gutachten des MDK verwertbar; ein Verwertungsausschluss ergibt sich insbesondere nicht wegen einer etwaigen Versäumnung der Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V.

62

Zunächst ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die Klägerin freiwillig Behandlungsunterlagen an Beklagte übersandt und um eine Prüfung durch den MDK gebeten hat. Aus § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ergibt sich jedenfalls dann kein Beweisverwertungsverbot (vgl. BSG SozR 4-2500 § 301 Nr. 1 Rn. 28 m.w.N.), wenn das

63

Krankenhaus die als Grundlage des Gutachtens dienende Krankenakte freiwillig an den MDK herausgibt, obwohl es sich auf § 275 Abs. 1c S 2 SGB V berufen könnte. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V konkretisiert und sichert abschließend den sich aus § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V ergebenden Beschleunigungsgrundsatz durch die Einführung einer Frist (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, Rn. 10; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 8, Rn. 30 und 33 ff.; zur Nichtigkeit weitergehender vertraglicher Regelungen vgl. BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr. 1, Rn. 35 ff.). Die Regelung führt eine Frist von sechs Wochen nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse ein, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der MDK dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Diese Frist erlangt nur Bedeutung, wenn dem MDK weitere Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen sind, die über eine Anzeige nach § 301 SGB V und die Vorlage eines Kurzberichtes hinausgehen. Der ungenutzte Ablauf der Frist führt lediglich dazu, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung – deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt – jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr. 1, Rn. 39 m.w.N.; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr. 1 Rn. 28 m.w.N.). Dies hindert das Krankenhaus nach Fristablauf nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen. Es ist bloß berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf. abzuwehren. Ebenso bleibt das Recht der Krankenkasse unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 301 Nr. 1 Rn. 33 und 35 – 36; BSG, Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 34/13 R, juris Rn. 17).

Darüber hinaus kann die Klägerin aus der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nichts für sich herleiten. Denn die Beklagte durfte die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach allgemeinen Grundsätzen überprüfen. Das Überprüfungsrecht der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse (vgl. § 301 SGB V) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der Krankenkasse. Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (§ 301 SGB V). Denn das Krankenhaus hat hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf (§ 301 Abs. 1 SGB V; vgl. z.B. 1. Senat des BSG in BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3, Rn. 13, 21; 3. Senat des BSG in BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, Rn. 18 ff m.w.N.; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr. 5 Rn. 14 m.w.N., st.Rspr.). Hierbei kann es keinerlei Obliegenheit oder gar Pflicht der Krankenkasse geben, Zweifel an der Erfüllung einer Anspruchsvoraussetzung durch substantiierten Vortrag zu untermauern (vgl. BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17, Rn. 28 m.w.N.). Denn nach der Rechtsprechung des Großen Senats des BSG (vgl. BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10, Rn. 28 f.) obliegt die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Krankenhausbehandlung allein der Krankenkasse und im Streitfall dem Gericht, ohne dass diese an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sind (vgl. BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15, Rn. 31; BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R, juris Rn. 25).

Andererseits wäre es rechtsmissbräuchlich, wenn Krankenkassen flächendeckend ohne irgendeinen Anhaltspunkt jede Krankenhausabrechnung beanstandeten (vgl. zur routinemäßigen und pauschalen Weigerung einer Krankenkasse, Krankenhausrechnungen

zu bezahlen, z.B. BSGE 89, 104, 109 f. = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2 S. 16 f.). Dafür liegt hier aber nichts vor. Jedenfalls dann, wenn sich demgegenüber auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist, und/oder das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der Krankenkasse zumindest die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben, soweit sich aus den Landesverträgen nach § 112 SGB V keine weitergehenden Mitteilungspflichten ergeben (BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R, juris Rn. 26).

Die Beklagte beachtete die genannten Anforderungen an die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Es bestanden allein schon aufgrund des Geburtsgewichts der Versicherten mehr als nur geringste Anhaltspunkte für eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Abrechnung. 66

Die Klägerin kann sich demgegenüber nicht auf die Verletzung der Anforderungen an Auffälligkeitsprüfungen, insbesondere des prüfrechtlichen Beschleunigungsgebots § 275 Abs. 1c Satz 1 und 2 SGB V berufen, da eine solche Prüfung nicht betroffen war. 67

Eine weitere Ermittlung von Amts wegen zur Frage der Möglichkeit der antepartalen Verlegung der Mutter der Versicherten in eine Klinik der höheren Versorgungsstufe bzw. des Vorliegens einer Notfallbehandlung war der Kammer aufgrund der Weigerung der Klägerin, die Patientenunterlagen der Versicherten herauszugeben, nicht möglich. Diese Unmöglichkeit der weiteren Sachverhaltsaufklärung geht zu Lasten der Klägerin, da sie insoweit die objektive Beweislast trägt. Nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast (Feststellungslast) geht, wenn ein behaupteter Sachverhalt nicht (weiter) nachgewiesen werden kann, dies zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R, juris Rn. 14). Dies ist hier die Klägerin, die sich vor allem auf das Vorliegen eines Notfalls beruft. 68

4. Der Vergütungsanspruch kann schließlich nicht aus der Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vom 11.12.2009 hergeleitet werden. Ebenso wenig ist die Beklagte wegen dieser Erklärung mit ihren Einwendungen ausgeschlossen. Auch führt sie nicht zu einer Umkehr der Beweislast. 69

Eine solche Kostenübernahmeerklärung bzw. Kostenzusage kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die Krankenkasse mit allen Einwänden gegen den Vergütungsanspruch des Krankenhauses ausgeschlossen ist, die ihr im Zeitpunkt der Abgabe der Erklärung bekannt gewesen sind oder ohne Weiteres hätten bekannt sein können (BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; BSGE 101, 33 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 9, Rn. 21; vgl. hierzu Wahl in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 109 Rn. 151 bis 157 m.w.N.). Die Kostenzusage einer Krankenkasse als Instrument zur frühzeitigen Klärung der Zahlungspflicht anhand des Status eines Patienten als Versicherter der Krankenkasse erfasst jedoch grundsätzlich nicht die Frage, ob der geplante Eingriff bei dem Patienten vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt ist oder ob das Krankenhaus aus sonstigen Gründen nicht zur Behandlung des Patienten berechtigt ist (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 45; Wahl in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 109 Rn. 152). So liegt der Fall hier, da es um die Frage ging, ob das Krankenhaus der Klägerin aufgrund ihrer neonatologischen Versorgungsstufe bzw. wegen Vorliegens einer Notfallbehandlung zur Behandlung der Versicherten berechtigt war. 70

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1
Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Berufung gegen dieses Urteil ist nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG zulässig.

72