

Gericht:	BSG 1. Senat	Normen:	§ 109 Abs 4 S 3 SGB 5, § 17b
Entscheidungsdatum:	29.10.2025		Abs 1 S 10 KHG, § 17 Abs 2
Aktenzeichen:	B 1 KR 11/24 R		KHG, § 18 KHG, § 6 Abs 1 S
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2025:291025UB1KR1124R0		1 Alt 2 KHEntgG, § 6 Abs 3
Dokumenttyp:	Urteil		S 4 KHEntgG, § 11 Abs 1 S 1
			KHEntgG

Krankenversicherung - Krankenhausvergütung - besondere Einrichtung - Berechtigung und Verpflichtung zur Erbringung aller vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen - Entgeltvereinbarung

1. Ein Krankenhaus ist auch bei Anerkennung als besondere Einrichtung berechtigt und verpflichtet, alle vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen zu erbringen.

2. In der Entgeltvereinbarung für die besondere Einrichtung sind Entgelte für sämtliche vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfassten Leistungen zu vereinbaren.

Verfahrensgang

vorgehend SG Lübeck, 12. August 2020, Az: S 51 KR 52/18, Urteil

vorgehend Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht, 31. Januar 2023, Az: L 10 KR 235/20, Urteil

Tenor

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 31. Januar 2023 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 10 228,23 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine stationäre neuropädiatrische Behandlung.
- 2 Die Klägerin ist Trägerin eines als Fachklinik für Neurologie zugelassenen Krankenhauses und eines Neurologischen Rehabilitationszentrums für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Zwischen der Rechtsvorgängerin der Klägerin (nachfolgend nur Klägerin) und der AOK NordWest sowie zwei Arbeitsgemeinschaften auf Ersatz- und Betriebskrankenkassenseite wurde für das Jahr 2016 eine bis 31.10.2017 geltende Entgeltvereinbarung geschlossen (EntgV 2016). Darin wurde das Krankenhaus als besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) anerkannt und ein krankenhausesindividueller Tagessatz von 437,29 Euro vereinbart. Gegenstand von § 10 EntgV 2016 war die Zusicherung der Klägerin, dass das

Krankenhaus ua für die Leistungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) "9-403 sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie" über die erforderlichen strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen verfügt.

- 3 Das Krankenhaus der Klägerin behandelte vom 22.2. bis 16.3.2017 die 2008 geborene Versicherte G der beklagten Krankenkasse. Bei ihr bestand eine globale tiefgreifende Entwicklungsstörung mit sekundär generalisierter, schwer einstellbarer Epilepsie. Die Versicherte erhielt funktionelle Ergotherapie, Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage, Schwimmtherapie, Logopädie, Musiktherapie und Heilpädagogik. Für die Behandlung berechnete die Klägerin unter Ansatz des vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagessatzes der Beklagten 10 228,23 Euro und übermittelte als alleinige Prozedur OPS 9-403.5. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bestätigte die Indikation für eine neuropädiatrische Komplexbehandlung. Es liege jedoch eine primäre Fehlbelegung vor, da die stationäre Aufnahme nur zur Durchführung der Komplexbehandlung erfolgt und diese Leistung nicht erbracht worden sei. Der nach OPS 9-403.5 notwendige Umfang von mindestens 95 Therapieminuten pro Tag sei nicht erreicht worden. Die Beklagte rechnete daraufhin die bereits gezahlte Vergütung mit zwischen den Beteiligten unstreitigen Forderungen der Klägerin für andere stationäre Behandlungsfälle auf.
- 4 Das SG hat die Klage abgewiesen. Das LSG hat die Berufung zurückgewiesen. Es sei zwar eine stationäre neuropädiatrische Komplexbehandlung der Versicherten dem Grunde nach erforderlich gewesen. Diese habe die Klägerin aber nicht erbracht. Die Voraussetzungen des OPS 9-403.5 seien nicht erfüllt. Es fehle an den dort geforderten Leistungen durch einen Arzt, Psychologen und/oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Im Übrigen seien Therapieleistungen auch nicht im erforderlichen quantitativen Umfang erbracht worden. Die Klägerin sei auch bei Anerkennung des Krankenhauses als besondere Einrichtung nach § 301 Abs 1 SGB V verpflichtet, zur Abrechnung der Leistungen OPS-Kodes zu übermitteln. Sie habe nur Anspruch auf Vergütung für Leistungen, die den in § 10 EntgV 2016 genannten OPS-Kodes entsprächen (*Urteil vom 31.1.2023*).
- 5 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung von § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 6 Abs 1 Satz 1, § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und §§ 18, 17b Abs 1 Satz 10 KHG, § 301 Abs 1 Nr 6 SGB V sowie die fehlerhafte Auslegung der EntgV 2016. Sie sei als besondere Einrichtung für die Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen nicht an die Vorgaben des OPS-Katalogs gebunden. Sie erbringe keine Leistungen nach dem OPS-Katalog, ihre Vergütung unterliege nicht den dort geregelten Vorgaben. Sie sei nicht verpflichtet, OPS-Kodes als Abrechnungsdaten zu übermitteln.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 31. Januar 2023 und des Sozialgerichts Lübeck vom 12. August 2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 10 228,23 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10. Januar 2018 zu zahlen.
- 7 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

- 8 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 9 Das Urteil des Senats ist am 29.10.2025 gegenüber der Klägerin unter der Firma V1 ergangen. Die Klägerin firmiert jedoch aufgrund einer Änderung des § 1 des Gesellschaftsvertrags, eingetragen in das Handelsregister des AG Lübeck am 14.10.2025, unter dem Namen V2. Das Protokoll der Sitzung vom 29.10.2025 hat der Vorsitzende des Senats nach Anhörung der Beteiligten mit Beschluss vom 9.2.2026 entsprechend berichtigt.
- 10 Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das angefochtene Urteil des LSG ist im Ergebnis zutreffend.
- 11 Die zulässig im Wege der Leistungsklage geltend gemachten, nach Grund und Höhe nicht bestrittenen Vergütungsansprüche aus der Behandlung anderer Versicherter der Beklagten sind durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch in Höhe von 10 228,32 Euro erloschen. Der Beklagten stand wegen der Behandlung der Versicherten G nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) dieser Erstattungsanspruch zu. Denn die Klägerin erwarb aus der Behandlung der Versicherten G schon dem Grunde nach keinen Anspruch auf die von der Beklagten dafür gezahlte Vergütung von 10 228,32 Euro.
- 12 1. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses entsteht unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - abgesehen von einem Notfall - in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen des Versorgungsauftrags durchgeführt wird und sie iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. zB BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15; BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 77 RdNr 10 mwN).
- 13 Nach dem Gesamtzusammenhang der nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen und den Senat damit bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) war das Krankenhaus als Fachklinik für Neurologie in den Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen und als Plankrankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Neurologie zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter berechtigt und verpflichtet (§ 108 Nr 2, § 109 Abs 1 Satz 2, Abs 4 SGB V). Nach den Feststellungen des LSG war die Versicherte G in das Krankenhaus aufgenommen und bei ihr war eine vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasste vollstationäre neuropädiatrische Behandlung infolge ambulant nicht möglicher Therapieintensivierung medizinisch erforderlich.
- 14 Entgegen der Auffassung des LSG scheitert der Vergütungsanspruch nicht daran, dass die stationäre Behandlung in der besonderen Einrichtung der Klägerin nicht die Voraussetzungen für die von OPS 9-403.x geforderten Mindestleistungen erfüllte. Hierauf kommt es nicht an. Die besondere Einrichtung musste für einen Vergütungsanspruch diese Voraussetzungen nicht erfüllen (dazu 2.). Der Klägerin stand aber aus anderen Gründen ein Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten bereits dem Grunde nach nicht zu. Es handelte sich schon nicht um eine Krankenhausbehandlung nach dem SGB V (dazu 3.). Ein Vergütungsanspruch der Klägerin

ergibt sich auch nicht nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens (*dazu 4.*).

- 15 2. Für den Anspruch der Klägerin auf Vergütung der vom Krankenhaus im Rahmen des Versorgungsauftrags erbrachten Krankenhausbehandlungen gilt der in der EntgV 2016 vereinbarte Tagessatz für stationäre Behandlungen in den Jahren 2016 und 2017 unabhängig davon, ob die einzelne Behandlung in der besonderen Einrichtung die Voraussetzungen des OPS 9-403.x erfüllte. Entgegen der Auffassung des LSG (*dazu a*) kommt es für die Vergütung nach dem vereinbarten Tagessatz nicht darauf an, ob alle Voraussetzungen eines der in § 10 EntgV 2016 bezeichneten OPS erfüllt waren. An dessen hiervon abweichende Auslegung ist der Senat nicht gebunden (*dazu b*). Der Senat legt die EntgV 2016 dahingehend aus, dass die Klägerin Anspruch auf den vereinbarten Tagessatz auch dann hat, wenn eine Behandlung nicht einer mit OPS 9-403.x beschriebenen sozialpädiatrischen, neuropädiatrischen und pädiatrisch-psychosomatischen Therapie entsprach (*dazu c*).
- 16 a) Das LSG hat die EntgV 2016 dergestalt ausgelegt, dass ein Anspruch auf den in § 2 EntgV 2016 vereinbarten Tagessatz von 437,29 Euro nur bestehe, wenn das Krankenhaus die mit einem in § 10 EntgV 2016 genannten OPS, hier OPS 9-403.5, beschriebene Leistung erbracht habe. Diese Auslegung hat das LSG zum einen auf den Wortlaut der EntgV 2016 gestützt, wonach die Klägerin in § 10 EntgV 2016 zugesichert habe, für die dort genannten OPS-Kodes - ua OPS 9-403.x - "über die erforderlichen strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen zu verfügen". Eine solche Zusicherung sei nur erforderlich, wenn die genannten OPS-Kodes seitens des Krankenhauses mit den vereinbarten Tagessätzen abrechenbar sein sollen, weil das Krankenhaus dafür eine mit dem OPS beschriebene Leistung erbringe. Auch die Voraussetzungen für die Anerkennung als besondere Einrichtung nach der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Verband der privaten Krankenversicherung auf der einen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite geschlossenen, hier maßgeblichen "Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen" (VBE) - hier sowohl für das Jahr 2016 als auch für das Jahr 2017 - zeigten, dass ein Krankenhaus Anspruch auf eine Vergütung nach Tagessätzen nur für bestimmte mittels OPS definierte Behandlungsmaßnahmen habe, die mit einer längeren Verweildauer einhergingen und das Leistungsgeschehen des Krankenhauses prägten.
- 17 b) Der Senat ist an diese Auslegung nicht nach § 163 SGG gebunden. Nach dieser Vorschrift ist das BSG an die in dem angefochtenen Urteil getroffenen tatsächlichen Feststellungen gebunden, außer wenn in Bezug auf diese Feststellungen zulässige und begründete Revisionsgründe vorgebracht sind. Zu diesen Tatsachenfeststellungen gehören auch der Wortlaut und der Inhalt eines Vertrags einschließlich des Willens der Erklärenden (*vgl BSG vom 18.8.2022 - B 1 KR 30/21 R - BSGE 134, 283 = SozR 4-2500 § 129a Nr 3, RdNr 33 mwN; dazu aa*). Diese grundsätzliche Bindungswirkung entfällt aber in Ausnahmefällen auch ohne die Erhebung einer Verfahrensrüge nach § 164 Abs 2 Satz 3 SGG (*dazu bb*). Ein solcher Fall liegt hier vor (*dazu cc*). Bindet die Auslegung eines Vertrags oder einer Willenserklärung (oder eines Verwaltungsakts) durch das Tatsachengericht das BSG - wie hier - nicht oder hat das Tatsachengericht überhaupt keine Auslegung vorgenommen, darf das BSG nicht in jedem Fall selbst die Auslegung vornehmen, sondern nur dann, wenn weitere Feststellungen nicht mehr in Betracht kommen. Sogar Vertragserklärungen zu nicht revisiblem Recht darf das BSG unter diesen Voraussetzungen selbst auslegen (*vgl BSG vom 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 36 mwN; dort zum Fall der Nichtauslegung*). Erst recht gilt dies, wenn - wie hier - der Vertrag seine Grundlage im Bundesrecht hat. Die Voraussetzungen sind hier erfüllt, weil weitere Feststellungen nicht in Betracht kommen (*dazu dd*).
- 18 aa) Auf die EntgV 2016 finden die Grundsätze über die Auslegung von Verträgen im Revisionsverfahren Anwendung. Sie unterfällt als nur schuldrechtlich wirkender Vertrag zwischen der kla-

genden Krankenhausträgerin, der AOK NordWest sowie zwei Arbeitsgemeinschaften auf Ersatz- und Betriebskrankenkassenseite (§ 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2 iVm § 11 Abs 1 Satz 1, 4 KHEntgG) nicht § 162 SGG. Mangels Verfahrensrüge (§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG) ist der Senat an die in dem angefochtenen Urteil getroffenen, oben unter RdNr 16 wiedergegebenen tatsächlichen Feststellungen grundsätzlich gebunden.

- 19 bb) Das BSG hat als Revisionsgericht nur zu prüfen, ob die Vorinstanz bei der Auslegung Bundesrecht iS des § 162 SGG verletzt hat, also insbesondere die gesetzlichen Auslegungsregeln der §§ 133, 157 BGB nicht beachtet oder gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstoßen hat (vgl BSG vom 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 24; BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 59 RdNr 19; BSG vom 18.8.2022 - B 1 KR 13/21 R - juris RdNr 24). Die genannten Auslegungsvorschriften verlangen nicht nur, dass der Tatrichter alle für die Auslegung erheblichen Umstände umfassend würdigt, sondern auch, dass er seine Erwägungen in den Entscheidungsgründen nachvollziehbar darlegt. Zumindest die wichtigsten für und gegen eine bestimmte Auslegung sprechenden Umstände sind in ihrer Bedeutung für das Auslegungsergebnis zu erörtern und gegeneinander abzuwägen (vgl BSG vom 25.10.2016, aaO, RdNr 19; BSG vom 25.6.2020 - B 10 EG 1/19 R - SozR 4-7837 § 2c Nr 9 RdNr 34). Ist die Begründung in diesem Sinne lückenhaft, so leidet die Entscheidung an einem rechtlichen Mangel und bindet das Revisionsgericht nicht (vgl BGH vom 16.10.1991 - VIII ZR 140/90 - NJW 1992, 170 = juris RdNr 10 mwN). So liegt der Fall hier.
- 20 cc) Das LSG hat den für die Auslegung erheblichen bundesrechtlichen Rahmen (dazu 1 - 5) nicht umfassend gewürdigt und in seiner Bedeutung für das Auslegungsergebnis nicht erörtert (dazu 6; zu diesen Anforderungen vgl BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 59 RdNr 19; BSG vom 25.6.2020 - B 10 EG 1/19 R - SozR 4-7837 § 2c Nr 9 RdNr 34).
- 21 (1) Die EntgV 2016 hat ihre gesetzliche Grundlage in § 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2, § 11 KHEntgG iVm § 17b Abs 1 Satz 10, § 18 KHG. Das sich aus der Ermächtigungsgrundlage ergebende Regulationssystem ist für die Parteien der EntgV bindend und deshalb bei der Auslegung der Vereinbarung zwingend zu berücksichtigen.
- 22 Nach dem bundesrechtlichen Regulationssystem beschränkt die Anerkennung eines Krankenhauses als besondere Einrichtung nicht dessen Versorgungsauftrag. Dessen Anerkennung als besondere Einrichtung beruht allein auf preisrechtlichen Regelungen und ihre Wirkung ist auch auf das Preisrecht beschränkt. Die in § 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG aufgeführten Entgelte, zu denen auch die nach § 6 Abs 1 KHEntgG vereinbarten Entgelte für besondere Einrichtungen gehören (§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 5 KHEntgG), dürfen - mit Ausnahme von Notfällen - nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden (§ 8 Abs 1 Satz 3 KHEntgG; vgl zum Ganzen BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 34/15 R - SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 14 mwN). Der Versorgungsauftrag bestimmt die Reichweite des Rechts und der Pflicht des Krankenhauses, Versicherte zu behandeln (vgl BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 20/14 R - BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 13; BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 34/15 R - SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 14). Erbringt das Krankenhaus in Erfüllung der mit dem Versorgungsauftrag begründeten Verpflichtung eine dem Grunde nach vergütungsfähige allgemeine Krankenhausleistung, die auch erforderlich und wirtschaftlich ist, entsteht sein Vergütungsanspruch kraft Gesetzes (siehe RdNr 12).
- 23 (2) Nach § 17b Abs 1 Satz 10 KHG (in der ab 1.1.2016 bis 11.12.2024 geltenden Fassung des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung <Krankenhausstrukturgesetz> vom 10.12.2015, BGBl I 2229; bis 31.12.2015 § 17b Abs 1 Satz 15 KHG) sind besondere Einrichtungen solche Krankenhäuser, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit

den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden. Diese besonderen Einrichtungen können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem, hier dem vom GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu vereinbarenden Vergütungssystem auf der Grundlage von Fallpauschalen (§ 17b Abs 1 Satz 1 bis 8, Abs 2 KHG - Fallpauschalensystem) ausgenommen werden.

- 24 Ihre Vergütung bemisst sich nicht nach Fallpauschalen, sondern nach einer zwischen den einzelnen Krankenhausträgern und den nach § 18 Abs 2 KHG bestimmten Sozialleistungsträgern anstelle der Fallpauschalen vereinbarten Vergütung (§ 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2, § 11 Abs 1 Satz 1 KHEntgG). Nach § 11 Abs 1 Satz 1 KHEntgG sind die Entgelte für die Leistungen der besonderen Einrichtung (§ 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2 KHEntgG) ausdrücklich "unter Beachtung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses" zu vereinbaren. In der EntgV sind medizinisch leistungsgerechte Entgelte zu vereinbaren, die es dem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen (vgl § 17 Abs 2 KHG; § 6 Abs 3 Satz 4 KHEntgG iVm § 6 Abs 1 Satz 4 Nr 2, Satz 5 Bundespflegesatzverordnung <BPflV> in der bis 31.12.2012 geltenden Fassung). Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird durch eine EntgV weder erweitert (vgl BVerwG vom 20.12.2007 - 3 C 53.06 - Buchholz 451.73 § 12 BPflVO Nr 1, juris RdNr 29; BVerwG vom 8.9.2016 - 3 C 6.15 - BVerwGE 156, 124 RdNr 10) noch beschränkt (Entgeltrecht folgt Planungsrecht).
- 25 (3) Aus dem bundesrechtlichen Regelungssystem ergibt sich weiter, dass die Entgelte für alle vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen der besonderen Einrichtung zu vereinbaren sind.
- 26 Grundsätzlich gilt für die Vergütung stationärer Leistungen das Vergütungssystem auf der Grundlage von Fallpauschalen (§ 17b Abs 1 Satz 1 bis 6, Abs 2 KHG iVm § 8 Abs 2 Satz 1 KHEntgG), ggf ergänzt um Zusatzentgelte (§ 17b Abs 1 Satz 7 und 8, Abs 2 KHG iVm § 8 Abs 1 Satz 4 Nr 1 KHEntgG). Davon abweichend sind gesonderte Entgelte zu vereinbaren für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge des Fallpauschalensystems erfasst sind (§ 17b Abs 1 Satz 9 KHG), die noch nicht mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können (§ 17b Abs 1 Satz 9 KHG iVm § 6 Abs 1 Satz 1 Alt 1, Abs 2 KHEntgG) sowie für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs 1 Satz 10 KHG (§ 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2 KHEntgG; vgl Tuschen in Dietz/Bofinger, Stand April 2020, § 17b KHG 4., S 172; online Dietz/Bofinger/Tuschen, 23. EL Juli 2025, KHG § 17b 4.). Für die in der besonderen Einrichtung erbrachten Leistungen sind fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte zu vereinbaren, weil ansonsten eine sachgerechte Vergütung aus den in § 17b Abs 1 Satz 10 KHG genannten Gründen (noch) nicht möglich ist. Ein Krankenhaus kann zur besonderen Einrichtung werden, weil es viele Fälle mit einer langen Verweildauer hat (§ 1 Abs 2 VBE), weil einzelne Diagnosis Related Groups (DRG) einen bestimmten Anteil (idR 40 %) an der Gesamtzahl der Fälle der Einrichtung haben (§ 1 Abs 4 Satz 2 ff VBE) oder weil ein besonderes Leistungsangebot mit hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten notwendig ist und die Vorhaltekosten nicht verlässlich finanzierbar sind (§ 1 Abs 5 VBE). Es sind demnach die Besonderheiten der besonderen Einrichtung im Hinblick auf ihr Leistungsangebot oder die Zusammensetzung des Patientenlientels, die dazu führen, dass ihre Leistungen in der Gesamtheit gesehen mit dem Fallpauschalensystem nicht sachgerecht vergütet werden, auch wenn eine einzelne Behandlung in einem Krankenhaus ohne diese Besonderheiten mit einer Fallpauschale sachgerecht vergütet werden kann. Im Unterschied dazu ist für die in § 17b Abs 1 Satz 9 KHG und § 6 Abs 1 Satz 1 Alt 1, Abs 2 KHEntgG genannten Leistungen eine sachgerechte Vergütung - unabhängig vom erbringenden Krankenhaus - (noch) nicht möglich.
- 27 Da danach nicht die Besonderheiten einer einzelnen Leistung (§ 17b Abs 1 Satz 9 KHG), sondern die Besonderheiten des Leistungsspektrums des Krankenhauses oder eines Ausschnitts davon der sachgerechten Vergütung durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte entgegenstehen, wer-

den das Krankenhaus insgesamt oder bestimmte Teile des Krankenhauses, diese aber auch insgesamt, als besondere Einrichtung von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen (§ 17b Abs 1 Satz 10 KHG; vgl auch § 1 Abs 1 VBE). Das Fallpauschalensystem soll nach § 17b Abs 1 Satz 10 KHG für besondere Einrichtungen vollständig durch die EntgV ersetzt werden.

- 28 Die vollständige Ersetzung der Vergütung nach Fallpauschalen und ggf der Zusatzentgelte durch die zwischen den Vertragsparteien (§ 11 Abs 1 Satz 1 KHEntgG iVm § 18 Abs 2 KHG) zu vereinbarenden Entgelte für die besondere Einrichtung ergibt sich auch aus der Binnensystematik des § 6 Abs 1 Satz 1 KHEntgG. Er differenziert hinsichtlich der anstelle von Fallpauschalen zu vereinbarenden Entgelte für einzelne Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, und den Leistungen einer besonderen Einrichtung insgesamt (so auch Dietz/Bofinger/Gierth, 21. EL Juli 2025, KHEntgG § 6 1.).
- 29 (4) Eine Vereinbarung von Entgelten nur für bestimmte Leistungen würde bedeuten, dass das Krankenhaus zwar weiter verpflichtet ist, alle vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen zu erbringen, eine Vergütung aber nur für diejenigen Leistungen beanspruchen kann, für die Entgelte vereinbart sind. Denn für die übrigen Leistungen wäre auch eine Vergütung nach Fallpauschalen ausgeschlossen, nachdem das Krankenhaus aufgrund der erfolgten Anerkennung als besondere Einrichtung gerade von der Vergütung nach Fallpauschalen ausgenommen ist. Das widerspräche aber der Entstehung des Vergütungsanspruchs schon mit Erbringung einer vom Versorgungsauftrag erfassten und dem Grunde nach vergütungsfähigen allgemeinen Krankenhausleistung (siehe RdNr 12 und 22).
- 30 (5) Die vereinbarten Entgelte müssen es dem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen (vgl § 17 Abs 2 KHG; § 6 Abs 3 Satz 4 KHEntgG iVm § 6 Abs 1 Satz 4 Nr 2, Satz 5 BPflV in der bis 31.12.2012 geltenden Fassung). Diese Vorgabe schließt es aus, nur für diejenigen Leistungen ein tagesbezogenes Entgelt zu vereinbaren, welche die Besonderheit der Einrichtung iS des § 17b Abs 1 Satz 10 KHG begründet haben. Die zu vereinbarenden Entgelte sind aber medizinisch sachgerecht zu kalkulieren (§ 6 Abs 1 Satz 2 KHEntgG) und sie können fall- oder tagesbezogen vereinbart werden (§ 6 Abs 1 Satz 1 KHEntgG). Dies eröffnet den Parteien der EntgV die Möglichkeit, Entgelte nach ihrem Leistungsaufwand, ggf unter Bezugnahme auf die Leistungsbeschreibungen im OPS, zu differenzieren. Dies kommt vor allem dann in Betracht, wenn die medizinisch sachgerechte Kalkulation eines einheitlichen Entgeltes für alle von der besonderen Einrichtung erbrachten Krankenhausbehandlungen nicht möglich ist. Möglich wäre etwa neben einem allgemeinen tagesbezogenen Entgelt die weitere Vereinbarung eines abgesenkten Entgeltes für diejenigen Krankenhausbehandlungen, bei denen Merkmale eines bestimmten OPS, wie hier die geforderte Behandlungsdichte nach OPS 9-403.x, nicht erfüllt sind.
- 31 (6) Unter Beachtung dieses bundesrechtlichen Rahmens ist die Begründung des LSG lückenhaft. Sie leidet an einem rechtlichen Mangel und bindet das Revisionsgericht nicht. Dem Urteil des LSG kann nicht entnommen werden, dass es sich im Rahmen der Auslegung der EntgV 2016 mit der einschlägigen Ermächtigungsgrundlage (§ 6 Abs 1 Satz 1 Alt 2, § 11 Abs 1 KHEntgG iVm § 17b Abs 1 Satz 10, § 18 KHG), dem Wortlaut und dem Regelungssystem, in das die EntgV 2016 eingebunden ist, auseinandergesetzt hat.
- 32 dd) Hiernach ist der Senat nicht an das Auslegungsergebnis des LSG gebunden. Er ist auch befugt, die EntgV 2016 selbst auszulegen. Weder aus den Akten noch aus dem Vorbringen der Beteiligten oder sonstigen Anhaltspunkten ist unter maßgeblicher Berücksichtigung des aufgezeigten bundesrechtlichen Rahmens ersichtlich, dass die Auslegung der EntgV 2016 von Umständen abhängen könnte, die weitere Feststellungen durch das LSG erfordern. In deren Auslegung

durch den Senat steht der in § 2 EntgV 2016 vereinbarte Tagessatz der Klägerin als Vergütung der Höhe nach für alle von ihr im Geltungszeitraum der EntgV 2016 erbrachten Krankenhausbehandlungen zu, die von ihrem Versorgungsauftrag gedeckt sind, soweit diese medizinisch erforderlich und wirtschaftlich waren (§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 5, Satz 2, § 8 Abs 1 Satz 1 und 3 iVm § 2 Abs 2 KHEntgG). Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Behandlung der mit OPS 9-403.x beschriebenen sozialpädiatrischen, neuropädiatrischen und pädiatrisch-psychosomatischen Therapie (oder einer Therapie mit einem anderen in § 10 EntgV 2016 benannten OPS) entsprach.

- 33 (1) Nach den - nur insoweit bindenden - Feststellungen des LSG war das Krankenhaus mit § 3 Satz 1 EntgV 2016 als besondere Einrichtung anerkannt und damit aus dem Fallpauschalensystem ausgenommen. In § 2 EntgV 2016 ist ein Tagessatz in Höhe von 437,29 Euro vereinbart. Nachdem die vereinbarte tages- oder fallbezogene Vergütung nach § 6 Abs 1 KHEntgG an die Stelle der für die besondere Einrichtung nicht anzuwendenden Vergütung nach Fallpauschalen tritt, gilt der vereinbarte Tagessatz unterschiedslos für jeden Behandlungsfall. Anderenfalls wäre die EntgV 2016 unvollständig, weil sie nicht die Entgelte für jeden Behandlungsfall des Krankenhauses regeln würde.
- 34 (2) Nichts anderes ergibt sich aus § 10 Satz 1 EntgV 2016. Das LSG hat weiter festgestellt, dass die Klägerin mit § 10 Satz 1 EntgV 2016 zugesichert hat, über die erforderlichen strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen der dort genannten OPS zu verfügen. Auch aus der Zusammenschau des in § 2 EntgV 2016 vereinbarten Tagessatzes mit § 10 Satz 1 EntgV 2016 ergibt sich nicht, dass die Vertragsparteien eine am OPS orientierte, fallbezogene Vergütung vereinbart hätten. Die dortige Zusicherung der Klägerin bezieht sich allein auf die strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen des OPS 9-403.x. Aus dem Wortlaut ergibt sich weder eine Zusicherung der Klägerin, dass das Krankenhaus auch in jedem einzelnen Behandlungsfall mindestens eine diesem OPS entsprechende Behandlung erbringen wird, noch eine Bedingung, dass der vereinbarte Tagessatz nur für Behandlungen zustehen soll, in denen eine Behandlung den Vorgaben eines der genannten OPS entspricht.
- 35 § 10 EntgV 2016 verliert mit dieser Auslegung auch nicht jegliche Bedeutung. Wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, besteht die Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 301 Abs 1 SGB V auch für eine besondere Einrichtung. Es handelt sich um ein nach § 108 SGB V zur Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenes Krankenhaus. Als solches ist es bei der Erbringung von Krankenhausbehandlung verpflichtet, die in § 301 Abs 1 Satz 1 SGB V genannten Daten an die Krankenkassen zu übermitteln, wofür der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Schlüssel zu verwenden ist (§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V in der bis 25.5.2020 geltenden Fassung, in der ab 26.5.2020 geltenden Fassung des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes vom 28.4.2020 mit dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel). Die besondere Einrichtung hat damit bei der Krankenhausbehandlung den Krankenkassen ua Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Prozeduren durch OPS-Angaben zu übermitteln (§ 301 Abs 1 Nr 6 SGB V), soweit deren Voraussetzungen bei der erbrachten Behandlung erfüllt sind. Die OPS sind ebenso wie die Diagnosen (zu übermitteln nach § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V) und die damit angesteuerten DRG (§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 9 SGB V; zum Gruppierungsvorgang vgl BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 1 ff) maßgebend dafür, ob das Krankenhaus auch im Folgejahr noch als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen wird. Das ergibt sich hier aus § 2 Satz 2 und 3 VBE in Verbindung mit den Tatbeständen zur Anerkennung einer besonderen Einrichtung nach § 1 VBE. Danach hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien die Ist-Daten des Jahres 2015 nach den Katalogen der Anlagen der Fallpauschalenvereinbarung 2016 vorzulegen (§ 2 Satz 2 VBE 2016) bzw darzulegen, welche Fallpauschalen für das Krankenhaus abrechenbar wären und durch welche Diagnosen und Prozeduren die besondere Gruppe von Patienten und Patientinnen

gekennzeichnet ist (§ 2 Satz 3 VBE 2016). Gleiches gilt nach § 2 Satz 2 VBE 2017 für die Ist-Daten des Jahres 2016.

- 36 3. Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen (§ 163 SGG) des LSG hat das Krankenhaus der Klägerin keine Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V erbracht. Die Beklagte schuldet die in der EntgV 2016 vereinbarte Vergütung nur dann, wenn im Krankenhaus der Klägerin auch eine Krankenhausbehandlung erbracht wurde (*dazu a*). Nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) fehlte es daran (*dazu b*).
- 37 a) Mit der auf Grundlage von § 6 Abs 1, § 11 KHEntgG iVm § 18 KHG vereinbarten Vergütung für die von der Krankenkasse ihren Versicherten geschuldete (§ 27 Abs 1 Satz 1, Satz 2 Nr 5, § 39 Abs 1 SGB V) Krankenhausbehandlung werden die von dem als besondere Einrichtung anerkannten Krankenhaus erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten (§ 3, § 7 Abs 1 Satz 1 und 2 KHEntgG). Allgemeine Krankenhausleistungen sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall für die medizinische zweckmäßige Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung (§ 2 Abs 1 Satz 1, Abs 2 Satz 1 KHEntgG).
- 38 Nach dem dem Preisrecht des KHEntgG vorgelagerten Begriff der stationären Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V ist eine Behandlung im Krankenhaus dann nicht zu Lasten der GKV abrechenbar und damit nicht kodierfähig, wenn sie die grundlegenden Voraussetzungen des Begriffs der Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V nicht erfüllt. Für eine von der Krankenkasse nach dem SGB V zu vergütende Krankenhausbehandlung müssen nicht alle der in § 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG genannten Mittel zum Einsatz kommen. Erforderlich ist aber, dass nach dem bei der Aufnahme gefassten Behandlungsplan personelle und sächliche Mittel kombiniert als Versorgungsangebot zur Verfügung gestanden haben (*vgl BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 29 f; zur Maßgeblichkeit des Behandlungsplans vgl BSG vom 29.8.2023 - B 1 KR 15/22 R - BSGE 136, 237 = SozR 4-2500 § 109 Nr 92, RdNr 18 ff; BSG vom 20.3.2024 - B 1 KR 37/22 R - BSGE 137, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 38, RdNr 16*) und die Behandlung maßgeblich durch die ärztliche Behandlung geprägt war.
- 39 Nicht ausreichend ist ein auf die Anordnung nichtärztlicher Hilfeleistungen beschränkter ärztlicher Einsatz während der Krankenhausbehandlung. Ein Krankenhaus im Sinne des SGB V ist nach § 107 Abs 1 Nr 3 SGB V eine Einrichtung, die mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet ist, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Aus der Betonung der ärztlichen und pflegerischen Hilfeleistung ist zu folgern, dass diese Leistungen die wesentlichen Leistungen eines Krankenhauses darstellen, wobei die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung im Vordergrund steht und die Pflege in aller Regel untergeordnet ist (*vgl BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 8 RdNr 12; BVerwG vom 21.7.2016 - 3 B 41.15 - Buchholz 451.74 § 5 KHG Nr 1, juris RdNr 11; J. Daum in jurisPK-SGB V, Stand 12.9.2025, § 107 RdNr 42*).
- 40 In Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung ist im SGB V eine stationäre Rehabilitationsbehandlung dadurch gekennzeichnet, dass die Behandlungsziele vorwiegend durch die Anwendung von Heilmitteln wie Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie erreicht werden sollen (*vgl § 107 Abs 2 Nr 1 Buchst b SGB V*) und die pflegerische Betreuung der Patienten der ärztlichen Behandlung eher gleichwertig nebengeordnet ist (*vgl auch Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, Stand*

März 2024, § 107 RdNr 44; zur Abgrenzung im Rahmen einer Gesamtschau BSG vom 20.1.2005 - B 3 KR 9/03 R - BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr 4, RdNr 20; BSG vom 10.4.2008 - B 3 KR 14/07 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 14 RdNr 19; dem für das KHG folgend BVerwG vom 21.7.2016 - 3 B 41.15 - Buchholz 451.74 § 5 KHG Nr 1, juris RdNr 11 f). Die Abgrenzung nach der Intensität und Bedeutung der ärztlichen Leistung gilt grundsätzlich auch für die im Krankenhaus zu erbringenden neuropädiatrischen Komplexbehandlungen. Zwar ist allgemein anerkannt und auch im OPS 9-403.x abgebildet, dass während einer solchen Komplexbehandlung im Krankenhaus in großem Umfang Therapien durch nichtärztliches, therapeutisch ausgebildetes Personal zum Einsatz kommen. Als Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V bleibt aber eine intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Einbindung in das Therapiegeschehen erforderlich.

- 41 b) Nach den den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG hat das Krankenhaus hier nach der Intensität der ärztlichen Tätigkeit sowie ihrem Verhältnis zur pflegerischen Leistung und dem Einsatz von Heilmitteln eine Rehabilitationsbehandlung und keine Krankenhausbehandlung erbracht.
- 42 aa) Die Feststellungen des LSG beruhen auf den als Beweismittel verwertbaren Behandlungsunterlagen der Klägerin. Ohne die vorherige Durchführung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V aF (seit 1.1.2020 § 275c Abs 1 SGB V) - hier iVm der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2016 - ist der Krankenkasse - vermittelt durch den MDK - und später dem Gericht der Zugriff auf die Unterlagen des Krankenhauses verwehrt (vgl BSG vom 22.6.2022 - B 1 KR 19/21 R - BSGE 134, 172 = SozR 4-2500 § 275 Nr 39, RdNr 28). Hat die Krankenkasse von einem Prüfverfahren abgesehen oder sind die streitigen Umstände nicht zum Gegenstand des Prüfverfahrens geworden, ist die Amtsermittlung durch das Gericht (§ 103 SGG) beschränkt. Es darf Unterlagen des Krankenhauses nur heranziehen und verwerten, wenn die Krankenkasse ihren Erstattungsanspruch mit ihr in anderer Weise rechtmäßig bekannt gewordenen Daten begründet und damit einen Anlass für gerichtliche Ermittlungen aufgezeigt hat. Anderenfalls besteht ein Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot (vgl zur Nichteinleitung eines Prüfverfahrens BSG, aaO, RdNr 34; zur nicht fristgerechten Mitteilung der abschließenden Entscheidung BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 8/24 R - juris RdNr 27).
- 43 Die Erhebung und Verwertung der Behandlungsunterlagen der Klägerin auch zu der Frage, ob überhaupt eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, war dem LSG nicht verwehrt. Die vom LSG verwerteten Behandlungsunterlagen waren bereits Gegenstand der von der Beklagten eingeleiteten und vom MDK gegenüber der Klägerin angezeigten Abrechnungsprüfung. Der MDK hatte der Klägerin ua den Prüfgegenstand "primäre Fehlbelegung" (§ 4 Satz 2 PrüfvV 2016) angezeigt.
- 44 Die Feststellung, ob überhaupt eine Krankenhausbehandlung erbracht wurde, unterfällt dem Prüfgegenstand der primären Fehlbelegung. Vom Prüfgegenstand der primären Fehlbelegung ist nicht allein die häufig anzutreffende Frage umfasst, ob die abgerechnete Krankenhausbehandlung erforderlich war, sondern ob sie insgesamt wirtschaftlich war. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 SGB V gebietet, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Satz 1) und sie anderenfalls von Versicherten nicht beansprucht, von den Leistungserbringern nicht bewirkt und von den Krankenkassen nicht erbracht werden dürfen (Satz 2). Ausreichend und zweckmäßig in diesem Sinne sind nur diejenigen Leistungen, die ausgehend von ihrem jeweiligen Zweck nach Umfang und Qualität hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bieten (vgl ua BSG vom 28.6.1983 - 8 RK 22/81 - BSGE 55, 188 = SozR 2200 § 257a Nr 10, juris RdNr 29, 31; Roters in BeckOGK, Stand 1.12.2018, § 12 SGB V, RdNr 26; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2000, § 12 RdNr 18; Heinz in jurisPK-SGB V, Stand 1.4.2025, § 12 RdNr 48). Gegenstand der Prüfung der primären Fehlbelegung ist damit nicht nur, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig war, sondern ob die vom Krankenhaus abgerechnete Behandlung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich im

engeren Sinne (vgl BSG vom 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R - BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr 1, RdNr 13; Roters in BeckOGK, Stand 1.12.2018, § 12 SGB V, RdNr 41 f; Scholz in Becker/Kin-green, SGB V, 9. Aufl 2024, § 12 RdNr 9) und notwendig war.

- 45 Ist - wie hier - zur Behandlung der Erkrankung eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich, stellt die Gesamtheit der vom Krankenhaus nach dem Behandlungsplan erbrachten Behandlungsleistungen jedoch keine Krankenhausbehandlung nach dem SGB V dar, ist die tatsächlich örtlich im Krankenhaus erbrachte vollstationäre Behandlung mangels ausreichender Leistungserbringung insgesamt unwirtschaftlich und es liegt eine primäre Fehlbelegung vor.
- 46 bb) Das LSG hat festgestellt, dass die Versicherte während des stationären Aufenthaltes Behandlungen in den Bereichen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie und Heilpädagogik im Umfang von 1380 Minuten erhalten habe. Ärztliche Leistungen seien weder in der maschinenschriftlichen tabellarischen Übersicht "Erbrachte Leistungen von 22. Februar 2017 bis Donnerstag 16. März 2017" aufgelistet noch würden sie sich aus den von der Klägerin übersandten handschriftlich ausgefüllten Unterlagen ergeben. Die in der Übersicht "Visiten-Vorbesprechung Planungsteam Sprechstunden" vorhandenen handschriftlichen Eintragungen würden nur Eintragungen zu vorhandenen Hilfsmitteln und eingenommenen Medikamenten enthalten. Es sei nicht ersichtlich, welchen therapeutischen Beitrag ein Arzt, Psychologe oder Psychotherapeut zur Erreichung der Behandlungsziele geleistet habe.
- 47 cc) Auf der Grundlage dieser Feststellungen hat das Krankenhaus zur Behandlung der Versicherten im Wesentlichen Heilmittel eingesetzt. Soweit nach den Feststellungen des LSG überhaupt ärztliche Leistungen erbracht worden sind, waren diese von gänzlich untergeordneter Bedeutung. Bei der Behandlung stand die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung nicht im Vordergrund. Damit lag keine Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V vor.
- 48 4. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens.
- 49 Bei unwirtschaftlicher Gestaltung erforderlicher Krankenhausbehandlung ist es nicht stets geboten, zu einem völligen Vergütungsausschluss zu gelangen, wie es bei ihrer Art nach unwirtschaftlichen Leistungsgegenständen grundsätzlich der Fall ist. Das Krankenhaus kann vielmehr die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (vgl BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 5/21 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 34 RdNr 16 ff mwN und Beispielen aus der Rspr des Senats).
- 50 Die Frage, ob eine Vergütung als Rehabilitationsbehandlung nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens bei dem nach § 40 Abs 3 Satz 1 SGB V bestehenden Auswahlermessen der Krankenkasse, das ihre Vorabentscheidungsbefugnis zu Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen einschließt, überhaupt in Betracht kommt, bedarf hier keiner Entscheidung. Denn die Heranziehung dieser Grundsätze scheidet bereits deshalb aus, weil nur die vollstationäre neuropädiatrische Behandlung, für die die Klägerin Vergütung begehrt, nach den Feststellungen des LSG medizinisch geeignet war, diese Behandlung jedoch nicht vom Krankenhaus erbracht wurde. Damit war eine Nichtkrankenshausbehandlung - in welcher Form auch immer - ungeeignet und schon deswegen nicht zu vergüten.

- 51 5. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

© Ein Service des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz
sowie des Bundesamts für Justiz - <https://www.rechtsprechung-im-internet.de>