

S 8 KR 749/17

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Regensburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Regensburg (FSB)

Aktenzeichen

S 8 KR 749/17

Datum

04.02.2019

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.846,53 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12.01.2016 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Zahlung eines Betrages in Höhe von 6.846,53 Euro aufgrund der stationären Krankenhausbehandlung einer Versicherten im Jahr 2013.

Die Klägerin betreibt in W-Stadt eine zugelassene Fachklinik zur psychosomatischen Krankenhausbehandlung.

Die 1984 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin B., geborene M. (nachfolgend: die Versicherte), wurde in der Zeit vom 13.02.2013 bis 27.03.2013 in der Klinik der Klägerin stationär behandelt.

Die Versicherte erlitt Mitte Februar 2012 ein Burn-out in ihrem Beruf als medizinische Fachangestellte in der Augenambulanz eines großen Klinikzentrums mit nachfolgender schwerer Depression und Krankschreibung durch den Hausarzt. Seit dem 22.03.2012 befand sie sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung durch die Fachärztin für Anästhesiologie und Psychotherapie Dr. R. aus K-Stadt. Im Mai 2012 empfahl die Ärztin eine stationäre Weiterbehandlung in der Klinik der Klägerin. Aufgrund der schweren Identitätskrise und der Gefahr einer Chronifizierung sei eine ambulante Behandlung nicht ausreichend. Hierzu kam es jedoch nicht, sondern die Versicherte trat zunächst eine neue, weniger belastende Stelle im betriebsmedizinischen Dienst an. Unter der ambulanten Gesprächstherapie mit Frau Dr. R. und der von ihr initiierten antidepressiven medikamentösen Behandlung (Citalopram 20 mg seit November 2012) kam es zu einer gewissen Stabilisierung der Erkrankung.

Am 12.02.2013 verordnete Frau Dr. R. der Versicherten aufgrund der Diagnose F32.1 (mittelgradige depressive Episode) bei histrionischer Neurosenstruktur Krankenhausbehandlung in der Klinik in W-Stadt, wo sie im oben genannten Zeitpunkt auch behandelt wurde.

Für die stationäre Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten mit mehreren Zwischenrechnungen und Abschlussrechnung vom 27.03.2013 insgesamt 6.846,53 Euro in Rechnung. Die Beklagte zahlte diese zunächst unter Vorbehalt, leitete aber wegen Zweifeln an der Dauer der Krankenhausbehandlung ein Begutachtungsverfahren durch den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein. In seiner Stellungnahme vom 26.08.2013 kam er zu dem Ergebnis, dass eine Indikation für eine stationäre Behandlung nicht bestanden habe. Da bei langjähriger ambulanter Psychotherapie einschließlich antidepressiver Medikation davon auszugehen sei, dass die ambulante Therapie ausgeschöpft und stationäre Behandlung indiziert sei, sei in Zusammenschau der Unterlagen bei zusätzlicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit jedoch eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme vorrangig. Akute Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit habe nicht bestanden. Auch an der seit einem Jahr bestehenden antidepressiven Medikation sei nichts geändert worden.

Dem widersprach die Klägerin und führte an, die Medikation sei erst im November 2012 eingeleitet worden. Gemäß gängiger Leitlinienempfehlung sei die Medikation während des stationären Aufenthalts fortgeführt worden. Zum Aufnahmezeitpunkt hätten die Symptome einer mittelgradigen depressiven Störung vorgelegen, die einer intensiven psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung bedurft hätten.

Hierzu nahm nochmals die Sachverständige des SMD Stellung und gab an, akute Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit lasse sich im Falle

der Versicherten nicht erkennen. Ihr Zustand habe sich stabilisiert gehabt; sie sei rehafähig gewesen.

Daraufhin erklärte die Beklagte am 12.01.2016 die Aufrechnung gegen unstreitige Forderungen der Klägerin mit ihr angeblich zustehenden Erstattungsansprüchen in Höhe der streitgegenständlichen Summe.

Die Beklagte zahlte nach anwaltlicher Mahnung nicht. Daraufhin hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Regensburg am 20.11.2017 erhoben und zur Begründung vorgetragen, die Behandlung der bei der Versicherten vorliegenden schwerwiegenden und komplexen Symptomatik habe nur mit den besonderen Mitteln eines psychosomatischen Krankenhauses und der gleichzeitig gewährten individuellen Psychotherapie gewährleistet werden können. Allein der stationäre Aufenthalt habe der Versicherten wesentliche Schritte hin zur individuellen Gesundung ermöglicht.

Das Gericht hat daraufhin im vorbereitenden Verfahren die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Klägerin zum Verfahren beigezogen und den ärztlichen Leiter der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum C-Stadt-Ost, Dr. Dr. C., mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage zur akuten vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten beauftragt. In diesem ist er zu dem Ergebnis gelangt, dass bei der Patientin zum Aufnahmezeitpunkt eine mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung entsprechend dem Einweisungsschein vorlag und die depressive Störung auch ausreichend anhand der Kriterien nach ICD belegt sei. Leitlinienkonform sei eine psychosomatische Krankenhausbehandlung durchgeführt worden mit kurativer Zielsetzung und Überwindung der bei der Versicherten vorliegenden Akutsymptomatik. Die Verbesserung des Selbstkonzeptes der Versicherten habe ausdrücklich eine kurative Zielsetzung gehabt. In Abgrenzung zum Angebot entsprechender Rehabilitationseinrichtungen haben auch nicht die Diagnostik von Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen, Maßnahmen zum Erhalt der Lebensqualität bei chronischer Erkrankung sowie die Abschätzung der Erwerbsprognose, die Abschätzung der Arbeitsfähigkeit und Hilfe zur beruflichen Förderung und Wiedereingliederung sowie auch bezogen auf Psychotherapie chronifizierter Erkrankungen unter Langzeitperspektive im Vordergrund gestanden. Vielmehr sei die Bündelung weiterer psychotherapeutischer Maßnahmen sinnvoll und notwendig gewesen, den akuten schweren Krankheitsprozess deutlich zu reduzieren und wieder einer ambulanten Weiterbehandlung unter Akutgesichtspunkten zuzuführen. Es habe sich im Falle der Versicherten keinesfalls um einen bereits langjährigen chronifizierten Krankheitsprozess gehandelt, wo es wesentlich um die bessere Regulation von Krankheitsfolgen gegangen wäre. Entgegen der Auffassung der Sachverständigen des SMD sei die Bearbeitung einer schweren Identitätskrise sicher kein Therapieziel für eine eher auf Reduktion von Krankheitsfolgen im langen Zeitprozess ausgerichtete psychosomatische Rehabilitationsbehandlung. In der Zusammenschau könne auch festgehalten werden, dass der gesamte Behandlungszeitraum gerechtfertigt gewesen sei. Zumindest bis eine Woche vor der Entlassung sei ein intensiver psychotherapeutischer Prozess mit Aufarbeitung schwieriger Erfahrungen in Gang gewesen. Dann sei es vorwiegend um eine allmähliche Entlassungsphase gegangen. Hier seien die Aufzeichnungen der Klinik etwas dürftig. Aber auch die Entlassungsphase sei ein wichtiger Behandlungsschritt für Patienten und dürfte nicht überstürzt erfolgen. Die stationäre Behandlung sei daher bis zum 27.03.2013 medizinisch notwendig gewesen.

Einen in der mündlichen Verhandlung vom 15.01.2019 geschlossenen widerruflichen Vergleich hat die Klägerin form- und fristgerecht widerrufen.

Die Klägerin beantragt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.846,53 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszins seit 12.01.2016 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hat zunächst die Auffassung vertreten, die Behandlung hätte ambulant erfolgen müssen (Klageerwiderung vom 28.12.2017) und auf die Stellungnahmen des SMD verwiesen. Zum Sachverständigengutachten des Gerichts hat sie eine erneute Stellungnahme des SMD eingeholt. Die Ärztin für Neurologie und Sozialmedizin kommt darin am 01.08.2018 zu dem Ergebnis, dass ein akutes Behandlungserfordernis bei Aufnahme in die Klinik nicht gegeben gewesen sei. Es habe sich lediglich um eine Intensivierung der bereits bestehenden Behandlungen gehandelt. Die Behandlungsziele der Klinik zum Aufnahmezeitpunkt seien zu allgemein und zu vage, um die konkrete Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus zu begründen. Nach über einem Jahr der Arbeitsunfähigkeit, einem bevorstehenden Arbeitsplatzwechsel, der Drohung der Chronifizierung wäre eine Rehabilitation möglich gewesen und im Hinblick auf die bevorstehenden Ziele sogar sinnvoller als eine akut-psychosomatische Behandlung. Alle genannten Einzelziele der Therapie hätten ebenso gut, wenn nicht sogar besser, in einer ambulanten Psychotherapie behandelt werden können.

Das Gericht hat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass Gerichtsbescheid ergehen kann und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Zur Ergänzung des Sachverhaltes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum sachlich ([§ 51 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -) und örtlich ([§ 57 SGG](#)) zuständigen Sozialgericht Regensburg erhobene Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig und begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 6.846,53 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszins seit 12.01.2016.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), [§ 17b Abs. 1 S. 10](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 16.05.2012 -

[B 3 KR 14/11 R](#) - Juris). Hiernach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) nur, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Stellt sich die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auch aus seiner Sicht ex-ante als medizinisch nicht vertretbar heraus, so besteht keine Zahlungspflicht der Krankenkassen (BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - Juris). Danach hat die Klägerin gegen die Beklagte einen Anspruch auf die Vergütung der Krankenhausbehandlung auch bei der Vergütung nach Fallpauschalen nur für eine erforderliche Krankenhausbehandlung.

Entscheidend für die Festlegung der Kriterien, ob Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorliegt, sind immer die Verhältnisse des konkreten Einzelfalls. Dies folgt schon aus [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#), 1. Halbsatz SGB V, wonach die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Krankenhausbehandlung ist dabei grundsätzlich zielgerichtet im Sinne von [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Sie muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und hierfür müssen "die besonderen Mittel eines Krankenhauses" erforderlich sein. Diese Voraussetzungen sind von den Tatsachengerichten in jedem Einzelfall festzustellen.

Das Gericht schließt sich insofern den Ausführungen des Sachverständigen Dr. Dr. C. an. Diese sind überzeugend ausgestaltet. Denn er hat nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand - ex ante - die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode der Versicherten und aufgrund dessen vollumfänglich stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestätigen können. Zwar lag bei der Versicherten, wie von der Sachverständigen des SMD zu recht angemerkt, kein Akutereignis - wie beispielsweise ein Nervenzusammenbruch oder eine krisenhafte Zuspitzung einer Beziehung - vor. Ein solches Akutereignis ist für eine stationäre Krankenhausbehandlung aber auch nicht zwingend erforderlich, auch wenn das Gesetz bisweilen von akutstationärer Behandlung spricht (vgl. [§ 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V](#)). Daraus, dass die stationäre Versorgung im Krankenhaus Akutbehandlung ist, folgt nicht, dass diese nur bei akuten Erkrankungen, nicht aber bei chronischen Leiden erforderlich sein kann (Wahl in: JurisPK, [§ 39 SGB V](#), Rn. 64). Entscheidend ist vielmehr, ob die zugrundeliegende Erkrankung - ex ante - im Sinne einer medizinischen Prognose der Krankenhausbehandlung bedurfte. Dies hat der Sachverständige unter Zugrundelegung der aktuellen S3-Leitlinie zur unipolaren Depression bejaht. So konnte er insbesondere auch die Behandlungsziele (Förderung der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit; Ich-Stärkung, Förderung eines positiven Selbstkonzeptes; psychophysische Stabilisierung) bestätigen. Diese Ziele seien auf die Überwindung des akuten und zugespitzten Krankheitsbildes gerichtet gewesen. Es sei letztlich vorrangig um einen kurativen Aspekt der Behandlung gegangen. Es habe sich keinesfalls um einen bereits langjährigen chronifizierten Krankheitsprozess gehandelt. Dies war dem Gericht gut nachvollziehbar, da die Krankenhausbehandlung zunächst schon im Frühsommer 2012 angedacht war, aufgrund weiterer ambulanter Behandlung, eines erfolgreichen Wiedereingliederungsversuches und einer zunächst medikamentös eingeleiteten Behandlung jedoch hinausgezögert wurde. Insofern stimmen die Ausführungen der Sachverständigen des SMD nicht, wenn sie von einer über ein Jahr bestehenden Arbeitsunfähigkeit spricht. Letztlich reichte jedoch die ambulante Behandlung der Versicherten nicht aus, so dass stationäre Behandlung erforderlich wurde.

Dem kann auch nicht - wie von der Beklagten vorgetragen - entgegengehalten werden, hier sei eine medizinische Rehabilitation vorrangig gewesen. Einen solchen Vorrang "Reha vor akutstationär" sieht das Gesetz nicht vor. Es begnügt sich insofern mit den Grundsätzen "Reha vor Pflege" in [§ 40 Abs. 3](#) Sätze 6 bis [8 SGB V](#) und "ambulant vor stationär" (§ 39 Abs. 1 Satz 1, [40 Abs. 1](#) und 2 SGB V). Entscheidend für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist vielmehr, ob erbrachte Leistungen auch tatsächlich als stationäre Krankenhausleistungen zu qualifizieren sind und nicht als Bestandteil medizinischer Rehabilitation zu sehen sind. Zur Abgrenzung dieser Versorgungsformen hat das Bundessozialgericht eingehende Kriterien aufgestellt (BSG, Urteil vom 20.01.2005, [BSGE 94, 139](#), 142 f = [SozR 4-2500 § 112 Nr. 4](#); BSG Urteil vom 10.04.2008, Az. [B 3 KR 14/07 R](#), Rn. 19) und ausgeführt, dass die Abgrenzung zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik bisweilen schwierig ist, weil Rehabilitationseinrichtung und Krankenhaus sich darin decken, dass beide auf die Behandlung von Krankheiten und die Beseitigung ihrer Folgen beim Betroffenen gerichtet sind. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln. Anhaltspunkte zur Differenzierung bietet vor allem [§ 107 SGB V](#): Danach ist für eine Rehabilitationseinrichtung insbesondere kennzeichnend, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verfolgen sind ([§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#)). Demgegenüber ist ein Krankenhaus mit jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet, die Behandlungsziele vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu erbringen ([§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#)). Die Zuordnung einer Versorgung entweder zum Sektor der Krankenhausbehandlung oder zu dem der stationären Rehabilitation hängt deshalb weitgehend von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab. Eine solche Intensivierung wurde nach den Ausführungen des Dr. Dr. C. seitens der Klinik geleistet und war - dies stellt auch die Sachverständigen des SMD nicht in Abrede - Aufnahmeziel. So heißt es im Aufnahmebericht der Klinik: "Der Einsatz der folgenden Mittel des Krankenhauses ist erforderlich: intensive Behandlung durch jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt. (...) Eine rehabilitative Behandlung ist (...) noch nicht angezeigt." Die Sachverständigen des SMD hat die Erbringung von stationären Krankenhausleistungen darüber hinaus nicht angezweifelt, sondern vorgetragen, dass solche medizinisch nicht erforderlich waren (dazu oben).

Nachdem die Versicherte fast elf Monate in ambulanter Behandlung war, konnte das Gericht auch den Einwand der Sachverständigen des SMD und der Beklagten nicht nachvollziehen, die Therapieziele hätten "ebenso gut - wenn nicht sogar besser - im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandelt werden sollen" (Blatt 80 der Gerichtsakte).

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des Dr. Dr. C. konnte das Gericht auch die gesamte Behandlungsdauer bis zum 27.03.2013 nachvollziehen. Auch wenn an der ein oder anderen Stelle eine noch detailliertere Dokumentation sicherlich wünschenswert gewesen wäre, führt dies nicht dazu, dass das Gericht die Entlassphase ab dem 22.03.2013 nicht hätte nachvollziehen können. Auch diese war für die Versicherte ein wichtiger Schritt, um sich allmählich an eine grobmaschigere psychotherapeutische Begleitung zu gewöhnen. Mithin war der gesamte Behandlungszeitraum gerechtfertigt. Die stationäre Behandlung war zur Überzeugung des Gerichts bis zum 27.03.2013 medizinisch notwendig.

Der Anspruch auf die Zinsen ergibt sich aus § 12 Nr. 1 Satz 2 der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2013.

Das Gericht konnte gemäß [§ 105 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Streitsache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten wurden dazu gehört.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt der Entscheidung in der Sache.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-06-13