

L 1 KR 106/19

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 9 KR 1014/16
Datum
31.07.2019
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 106/19
Datum
21.01.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 31. Juli 2019 abgeändert. Die Klage wird vollen Umfangs abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. 3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist ein Anspruch auf Vergütung wegen Krankenhausbehandlung.

Der am xxxxx 1981 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte P. befand sich vom 20. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 in vollstationärer Behandlung in der Klinik für P. des von der Klägerin betriebenen Krankenhauses, Standort O., dort in der Klinik T1, Station 024 (Persönlichkeitsstörungen und Sucht (Haus 2, 4. OG)). Hier war er bei bekannter Alkoholabhängigkeit mit qualifizierter Entgiftung im Jahr 2013 zuletzt im Zeitraum vom 8. Dezember 2014 bis zum 20. Januar 2015 vollstationär behandelt und nach der Entlassung in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Krankenhauses der Klägerin weiter behandelt worden.

Die Rechnungen für die Behandlung im Zeitraum vom 20. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 in Höhe von insgesamt 11.262,45 Euro wurden von der Beklagten zunächst beglichen. Sie beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Beratung. Dieser kam in seinem Gutachten vom 19./30. September 2015 durch Dr. B. zu dem Ergebnis, es habe sich um eine primäre Fehlbelegung gehandelt. Die Diagnose-Kriterien für die vom Krankenhaus angegebene schwere depressive Episode lägen nicht vor. Eine Destabilisierung des Versicherten seit seiner Entlassung aus der sechswöchigen stationären Behandlung im Dezember 2014/Januar 2015 sei nicht erkennbar. Auch ein zweimaliger Alkoholkonsum in der Zwischenzeit mit darüber hinaus bestehender Abstinenzfähigkeit rechtfertige die vollstationäre Krankenhausbehandlung ab dem 20. Februar 2015 nicht. Eine ambulante fachärztliche Behandlung, gegebenenfalls unter Einschaltung komplementärer Hilfesysteme, wäre für die Therapie der im Fokus stehenden kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie die pharmakologische Einstellung ausreichend gewesen. Als weitere Therapieoption unterhalb der vollstationären Versorgung hätte auch eine tagesklinische Weiterbehandlung zur Verfügung gestanden. Daraufhin verrechnete die Beklagte am 6. November 2015 die volle gezahlte Summe mit anderen unstrittigen Forderungen der Klägerin.

Am 25. Mai 2016 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 11.502,45 Euro (offenbar unter fälschlicher Einbeziehung der vom Versicherten geleisteten Zuzahlung von 240,00 Euro) zuzüglich Zinsen ab dem Tag der von der Beklagten vorgenommenen Verrechnung begehrt. Die Klägerin hat darauf hingewiesen, dass es sich bei der Station, auf der der Patient behandelt worden sei, um eine Station mit hoher Spezialisierung auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen handele, die wegen der Schwere der Symptomatik und/oder Komorbidität anderswo nicht (ausreichend) behandelt werden könnten. So werde geschlossene Unterbringung vermieden. Dies werde ermöglicht durch eine hohe Personalbindung mit der Möglichkeit, dass auch abends und nachts Pflegepersonal ständig intervenieren könne. Auf der Station gebe es sowohl teil- als auch vollstationäre Therapieplätze. Die Patienten würden durchgängig vom selben Therapeutenteam behandelt. Stets werde dabei auch testpsychologische Diagnostik durchgeführt. Bei dem Versicherten sei es zu einer depressiven Dekompensation mit Alkoholkonsum in hohem Ausmaß gekommen. Nach seiner Entlassung im Januar 2015 mit nachfolgender Anbindung an die hausinterne psychiatrische Institutsambulanz sei der Versicherte regelmäßig zu den Gesprächen erschienen. Diese hätten ihn jedoch nicht ausreichend stabilisieren können. Er sei elektiv mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode am 20. Februar 2015 erneut mit gedrückter und verzweifelter Stimmung, Antriebsmangel und Interessen- und Freudverlust aufgenommen und mit dem Antidepressivum S. behandelt worden. Damit sei die depressive Episode gebessert worden. Es habe mit Einverständnis des Versicherten eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden können.

Die Beklagte hat den MDK nochmals – diesmal unter Vorlage der Krankenakte des Versicherten – beteiligt. In deren Gutachten vom 13./15. Februar 2017 hat Dr. H. nunmehr ausgeführt, dass – anders als im psychopathologischen Aufnahmebefund des Entlassungsberichts – anhand der Verlaufsdokumentation des Behandlerenteams in der Krankenakte die depressive Symptomatik mit Rückzugsneigung, Vermeidungsverhalten und eine ausgeprägte Fassade nachvollzogen werden könnten. Deswegen sei die Indikation für eine teilstationäre Behandlung nachvollziehbar, nicht jedoch eine Behandlung in vollstationärem Setting, wie hier geschehen. Der Patient sei offenbar ausreichend stabil für eine tagesklinische Behandlung gewesen. Es sei trotz durchgängiger Grundanspannung im Behandlungsverlauf nicht zu schwerwiegenden akuten Krisen gekommen. Die Bedarfsmedikation mit S1 habe nicht eingesetzt werden müssen. Er habe von Anfang an nachts durchgeschlafen und keinen Gesprächsbedarf außerhalb der Therapien gehabt. Aus den Belastungserprobungen sei er zuverlässig zurückgekehrt.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens nach Aktenlage von dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. W., der in seinem Gutachten vom 22. August 2017 als bei dem Versicherten zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung vorliegende Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung sowie einen Alkoholmissbrauch genannt hat. Daneben sei das Bestehen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zu unterstellen, wie es auch der MDK im Anschluss an die entsprechende Diagnose der Klägerin getan habe, obwohl die lückenhaft dokumentierten Befunde hierfür eigentlich nicht ausreichend seien. Der Versicherte sei mit den Mitteln eines Krankenhauses behandelt worden und auch in einer Weise, die den S3-Leitlinien für die Behandlung von Depressionen und von Alkoholmissbrauch entsprochen habe und zur Heilung geeignet sei. Das Behandlungsziel hätte allerdings auch durch eine tagesklinische Behandlung erreicht werden können. Es sei von der Klinik richtig gewesen, den Versicherten nach dem ersten Aufenthalt an die psychiatrische Institutsambulanz anzubinden. Dennoch sei trotz der Behandlung ein zunehmendes depressives Syndrom beschrieben worden. Vor diesem Hintergrund und auch wegen der vermuteten schweren Komplexität der Erkrankung könne auch nachvollzogen werden, dass das vorliegende Setting nochmals habe verändert werden müssen. Der Versicherte hätte zu diesem Zeitpunkt (zumindest zunächst) teilstationär behandelt werden müssen, auch um festzustellen, ob dieses ausreiche. Tägliches Fahren in eine Tagesklinik sei ihm offenbar möglich gewesen, da er auch regelhaft die Institutsambulanz habe aufsuchen können. Akute Krisen seien nicht aufgetreten und auch nicht beschrieben worden. Nicht eindeutig seien die Angaben in der Krankenakte, wo einerseits beschrieben sei, dass es sich um eine geplante (elektive) Aufnahme gehandelt habe und andererseits in der Zusammenfassung von einer Krisenintervention gesprochen werde. Das beschriebene gestörte Interaktionsverhalten des Patienten sei im Übrigen nicht ausreichend dokumentiert. Das dokumentierte Verhalten deute nicht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, oder, wie von der Klinik dokumentiert, auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, paranoide oder Borderline-Persönlichkeitsstörung oder ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung. Es fehle auch an einer begründenden Diagnostik hierfür. Es gebe lediglich ein klassisches Interaktionsverhalten depressiver Patienten mit sozialem Rückzug.

Das SG hat sodann die Beteiligten befragt, ob sie bereit seien, sich auf der Basis teilstationärer Behandlung zu vergleichen.

Dies hat die Beklagte unter Hinweis auf das Urteil des erkennenden Senats vom 25. Februar 2016 – [L 1 KR 138/13](#) – abgelehnt. Die Klägerin hat darauf verwiesen, dass diese Entscheidung vor derjenigen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. April 2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) – ergangen sei. Danach sei teilstationäre Behandlung nicht als ein "Aliud" sondern als eine wesensgleiche Teilleistung anzusehen. Die Beklagte habe danach Vergütung für teilstationäre Behandlung zu leisten. Hierzu hat die Klägerin eine fiktive Abrechnung mit einem Endbetrag von 6750,12 Euro vorgelegt und erklärt, dass die Klägerin bereit sei, sich auf dieser Basis zu einigen.

Nachdem die Beklagte an ihrer diesbezüglichen Ablehnung festgehalten hatte, hat das SG der Klage aufgrund mündlicher Verhandlung vom selben Tag mit Urteil vom 31. Juli 2019 teilweise stattgegeben und die Beklagte unter Abweisung der Klage im Übrigen und bei prozentualer Kostenteilung auf der Grundlage des eingeklagten, um 240,00 Euro über der Rechnungssumme liegenden Betrags verurteilt, an die Klägerin 6750,12 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 6. November 2015 zu zahlen. Die nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –) und auch sonst zulässige Leistungsklage habe auch in der Sache teilweise Erfolg. In der ausgeurteilten Höhe habe die Beklagte zu Unrecht mit einer anderen unstreitigen Forderung gegen die zuvor vollständig bezahlte Rechnung betreffend den Versicherten aufgerechnet. Anspruchsgrundlage für den Vergütungsanspruch sei [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. [§ 17b Abs. 1 S. 10](#) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), [§ 7 S. 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) und der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015 sowie den von den regionalen Vertragspartnern vereinbarten Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 (im Folgenden: Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung wie im vorliegenden Fall in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde und – was zwischen den Beteiligten unstreitig sei – im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich sei. Die Krankenhausvergütung bemesse sich dabei nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (Hinweis auf BSG, Urteile vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – und 6. März 2012 – [B 1 KR 15/11 R](#) –). Mit dem Ausgleich der von der Klägerin gestellten Rechnung habe die Beklagte den Vergütungsanspruch der Klägerin aus [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) zunächst erfüllt. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin in Höhe von 6750,12 Euro sei (wieder) entstanden, als die Beklagte den Gesamtbetrag nachträglich mit einer unstreitigen Forderung verrechnet habe. Im gesamten Behandlungszeitraum sei zwar nicht vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten im Sinne des [§ 39 SGB V](#), jedoch teilstationäre Behandlung erforderlich gewesen. Dabei sei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich mache. Eine Krankenkasse sei nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) in Verbindung mit der jeweiligen Pflege–satzvereinbarung demnach verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn eine Versorgung im Krankenhaus durchgeführt worden und im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 20/07 R](#) –). Gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) bestehe für gesetzlich Krankenversicherte ein Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sei, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne. Die Krankheit müsse demnach behandlungsbedürftig sein, und ihr müsse mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses zu begegnen sein, um sie zu heilen, zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Als besondere Mittel des Krankenhauses gälten dabei eine apparative Mindestausstattung, ein geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsen-ter bzw. rufbereiter Arzt. Dabei komme es nicht auf den Einsatz aller Mittel an. Es sei vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen. Bei einer psychiatrischen Erkrankung könne der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 – [B 3 KR](#)

[18/03 R](#) -). Ob einem Versicherten voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, richte sich dabei allein nach den medizinischen Erfordernissen (Hinweis auf BSG Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#)). Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit hätten im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig sei (Hinweis auf stRSpr, u.a. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) -). Bei dem Versicherten sei im gesamten Zeitraum Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen. Er sei mit den Mitteln eines psychiatrischen Krankenhauses auf einer Station mit hoher Spezialisierung auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen behandelt worden, um seine Erkrankungen zu heilen, sie zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Er habe nach dem überzeugenden Sachverständigengutachten des Dr. W. an einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung sowie an Alkoholmissbrauch gelitten. Weiterhin gehe der Sachverständige davon aus, dass auch eine Persönlichkeitsstörung vorgelegen habe. Die Kriterien einer schweren depressiven Erkrankung hätten bei dem Versicherten nach dem Gutachten des Sachverständigen, dem die Kammer auch insoweit folge, nicht vorgelegen.

Zur Behandlung dieser Erkrankungen habe er - nach den von dem gerichtlichen Sachverständigen herangezogenen und überzeugend ausgewerteten maßgeblichen Leitlinien - jedoch nur Anspruch auf teilstationäre Krankenhausbehandlung gehabt. Teilstationäre Behandlung sei notwendig gewesen, so Dr. W., da der Patient trotz Anbindung an die psychiatrische Institutsambulanz ein zunehmendes depressives Syndrom entwickelt gehabt habe. Vor diesem Hintergrund und auch wegen der vermuteten schweren Komplexität der Erkrankung habe das vorliegende (ambulante) Setting nochmals verändert werden müssen. Teilstationäre Behandlung sei aber (zumindest zunächst) auch ausreichend gewesen. Tägliches Fahren in eine Tagesklinik sei ihm offenbar möglich gewesen, da er auch regelhaft die Institutsambulanz habe aufsuchen können. Akute Krisen seien nicht aufgetreten und auch nicht beschrieben worden. Der Patient hätte zu diesem Zeitpunkt teilstationär behandelt werden müssen, auch um festzustellen, ob dieses ausreiche. Dem folge auch der MDK in seiner Stellungnahme zu dem gerichtlichen Gutachten. Da teilstationäre Krankenhausbehandlung hier erforderlich gewesen sei, hätte die Beklagte nicht mit dem vollen, ursprünglich von der Klägerin geltend gemachten Rechnungsbetrag aufrechnen dürfen, sondern lediglich mit demjenigen Teil der Forderung der Klägerin, der die hier fiktiv errechneten Kosten einer teilstationären Behandlung übersteige, nämlich in Höhe von 4752,33 Euro. Der Anspruch der Klägerin auf die Bezahlung der Forderung in Höhe von 6750,12 Euro sei auch nicht deswegen ausgeschlossen, weil es sich bei teilstationärer Behandlung um etwas gänzlich anderes als bei vollstationärer Behandlung handele, um ein so genanntes "Aliud". Anders als die Beklagte ausführe, ergebe sich dies für die Kammer auch nicht auf Grund der von der Beklagten herangezogenen Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Hamburg vom 25. Februar 2016 - [L 1 KR 138/13](#) -, denn jene betreffe eine ganz andere Konstellation, nämlich eine Behandlung unter Bedingungen, bei denen vollstationäre und teilstationäre Behandlung räumlich ganz voneinander abgegrenzt gewesen seien, während auf der Station, auf der sich vorliegend der Versicherte befunden habe, sowohl vollstationäre, als auch teilstationäre Plätze vorhanden gewesen seien. Ebenso sei hier auch bei den vollstationären Patienten eine umfangreiche Konfrontation mit Alltagsbelastungen z.B. durch viele Belastungserprobungen erfolgt. Auch die Konzepte der auf die stationäre Behandlung folgenden Weiterbehandlung durch die Therapeuten der Station, sei hier für voll- und teilstationäre Patienten gleich. Es sei nicht erkennbar, inwiefern hier der teilstationären Behandlung auf dieser Station ganz andere Konzepte zu Grunde gelegt würden, die z.B. Hospitalisierung vermeiden würden. Dass dort Patienten sowohl nach teilstationären wie nach vollstationären Aufenthalten häufig mehrfach behandelt werden müssten, liege nach Auffassung der Kammer an der Schwere der dort behandelten Erkrankungen. Im Übrigen ergebe sich für die Kammer aus der Entscheidung des BSG vom 19. April 2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) - eindeutig, dass die teilstationäre Behandlung als wesensgleiche Teilleistung der vollstationären Behandlung anzusehen sei. Dort heiße es unter der juris-Rn. 14 im Einzelnen: "Teilstationäre Krankenhausversorgung unterfällt dementsprechend - als im Vergleich zu vollstationärer Krankenhausbehandlung wesensgleiche Teilleistung - dem Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 137c SGB V](#)), nicht jenem der vertragsärztlichen Versorgung (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 135 SGB V](#)). Teilstationäre Behandlung ist nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen ([§ 72](#), [§ 72a](#), [§ 75 SGB V](#)), sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 107 bis 109 SGB V](#)) und zweiseitige Verträge ([§ 112 SGB V](#))." Der weitere Inhalt, den die Beklagte zitiert habe, betreffe nicht die Abgrenzung zwischen voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung, sondern diejenige zwischen Krankenhausbehandlung und ambulanter Behandlung: "Dementsprechend ist teilstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zu bezahlen (vgl insbesondere [§ 72 Abs 2](#), [§ 75 Abs 7 und Abs 7a](#), [§ 82 Abs 2](#), [§ 85](#), [§§ 87 bis 87e SGB V](#)), sondern nach den Regeln der Krankenhausvergütung (vgl sogleich, cc). Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch teilstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl entsprechend zu [§ 39 SGB V](#): Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Reformgesetzes, [BT-Drucks 11/2237 S 177](#) zu [§ 38 Abs 1](#) des Entwurfs: "Vorrang der preisgünstigen ambulanten Behandlung")." Ähnlich deutlich wie hier angenommen äußere sich das BSG auch in einer weiteren Entscheidung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 - [B 1 KR 26/17 R](#), juris-Rn. 15f.), in der das BSG bei Notwendigkeit teilstationärer Behandlung, wie sie im vorliegenden Fall durch das Gutachten belegt sei, unmittelbar den Vergütungsanspruch des Krankenhauses aus [§ 39 SGB V](#) ableite. [§ 39 SGB V](#) benenne vollstationäre Behandlung nur beispielhaft: "Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), 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 (vgl [§ 39 Abs 1 S 1](#) und 2 SGB V). c) Sinngemäß gilt nach dem Regelungszweck Entsprechendes für den Anspruch Versicherter auf teilstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus: In diesem Fall muss die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die gesetzliche Regelung des [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) spricht nur beispielhaft die vollstationäre Behandlung an. Die Regelung ist Ausdruck des umfassend geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs 1 SGB V](#))." Die Höhe des Vergütungsanspruches für teilstationäre Behandlung sei nicht bestritten worden. Der Zinsanspruch folge aus [§§ 12 und 14](#) des Hamburger Vertrages nach [§ 112 SGB V](#). Er bestehe nach der Verrechnung mit einer anderen Forderung seit dem 6. November 2015. Im Übrigen sei die Klage abzuweisen gewesen. Die von der Klägerin geltend gemachte schwere depressive Erkrankung des Versicherten, die für eine vollstationäre Behandlung womöglich gesprochen hätte, lasse sich anhand der vorgelegten Dokumentation nicht ausreichend belegen. Auch insoweit folge die Kammer dem Gutachten von Dr. W., der sich ausführlich anhand der Krankenakte mit den Leitlinien und etwaigen Differentialdiagnosen auseinandergesetzt habe.

Gegen dieses ihr am 23. August 2019 zugestellte Urteil richtet sich die am 5. September 2019 eingelegte Berufung der Beklagten. Sie hält an ihrer Auffassung fest, dass die gesetzlichen Regelungen eine fiktive Abrechnung nicht vorsähen und sich ein solcher Anspruch auch nicht aus dem Gedanken des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens, den das BSG nur in ganz wenigen Ausnahmefällen zugelassen habe, ergebe. Dies habe der erkennende Senat bereits in seiner Entscheidung vom 25. Februar 2016 - [L 1 KR 138/13](#) - ausgeführt. In der hier

betroffenen Fallkonstellation handele es sich bei der vollstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung um die durchgeführte, aber nicht notwendige Behandlung. Eine teilstationäre psychiatrische Behandlung, in welcher konkreten Gestaltung auch immer, wäre indiziert gewesen, sei jedoch gar nicht durchgeführt worden. Der erkennende Senat weise in seiner vorgenannten Entscheidung zutreffend darauf hin, dass die beiden Behandlungen von zwei grundsätzlich anderen Behandlungskonzepten geprägt seien. Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung weise beispielsweise "Nebenwirkungen" wie die Gefahr der Unterstützung von Hospitalisierungstendenzen oder eines sekundären Krankheitsgewinns auf. Bei der Durchführung einer vollstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung handele es sich nicht um die qualitativ bessere teilstationäre psychiatrische Behandlung. Der Patient, der einer teilstationären Behandlung bedürfe, werde im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes nicht einfach umfangreicher bzw. besser und nur zu teureren Bedingungen behandelt. Das Behandlungskonzept einer teilstationären Behandlung beruhe darauf, dass der Patient um einiges selbstständiger, eigenverantwortlicher und in seiner gewohnten Umgebung halbtags verbleibe. Auch die vom SG erwähnten BSG-Urteile stünden hierzu nicht im Widerspruch. Die Urteile vom 19. April 2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) - und 19. Juni 2018 - [B 1 KR 26/17 R](#) - schärfen die Abgrenzung der teilstationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung im Hinblick auf das Vergütungs- und das Qualitätsregime. Im Übrigen knüpfe das BSG in dem Urteil vom 19. Juni 2018 den Vergütungsanspruch für eine psychiatrische teilstationäre Krankenhausbehandlung ausdrücklich an die Durchführung einer solchen. Schließlich weist die Beklagte darauf hin, dass der vom SG gehörte Sachverständige sich mangels entsprechender Fragen gar nicht zur Zweckmäßigkeit der durchgeführten vollstationären Krankenhausbehandlung im Verhältnis zu einer für ausreichend gehaltenen teilstationären Behandlung geäußert habe und insbesondere auch nicht dazu, wie eine gegebenenfalls durchzuführende teilstationäre Krankenhausbehandlung ausgestaltet worden wäre hinsichtlich Frequenz und Dauer. Das SG habe sie - die Beklagte - zur Zahlung einer teilstationären Krankenhausbehandlung, durchgeführt über exakt den gleichen Behandlungszeitraum wie die erfolgte vollstationäre Krankenhausbehandlung an fünf Tagen die Woche, verurteilt. Gerade das Haus der Klägerin praktiziere jedoch bekannterweise z.B. auch fraktionierte teilstationäre Krankenhausbehandlungen an nur zwei oder drei Tagen die Woche.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 31. Juli 2019 abzuändern und die Klage vollen Umfangs abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für richtig und betont erneut, dass die von der Beklagten in Bezug genommene Entscheidung des erkennenden Senats vom 25. Februar 2016 zu einem Zeitpunkt ergangen sei, als die am 19. April 2016 ergangene Entscheidung des BSG - [B 1 KR 21/15 R](#) - noch nicht bekannt gewesen sei. In dieser Entscheidung habe das BSG die teilstationäre Behandlung ausdrücklich als "wesensgleiche Teilleistung" der stationären Behandlung bezeichnet. Damit sei klargestellt, dass eine teilstationäre Behandlung ein Minus und kein Aliud im Verhältnis zu einer vollstationären Behandlung sei. Am 21. Januar 2021 hat der Senat über die Berufung mündlich verhandelt. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Sitzungsniederschrift und den weiteren Inhalt der Prozessakte sowie der ausweislich der Sitzungsniederschrift beigezogenen Akten und Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz des Ausbleibens der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung verhandeln und entscheiden, weil die ordnungsgemäß geladene Beklagte in ihrer Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist.

Die statthafte ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung der Beklagten ist begründet. Das SG hat der zulässigen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) zu Unrecht teilweise stattgegeben. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinerlei Vergütungsanspruch für die im Zeitraum vom 20. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 in ihrem Krankenhaus erfolgte Behandlung des Versicherten und damit auch nicht auf Verzugszinsen, wobei der geltend gemachte und vom SG bejahte Zinsanspruch für den 6. November 2015 auch schon daran scheitert, dass an diesem Tag die Verrechnung durch die Beklagte erfolgte und der aus [§ 14 S. 1](#) in Verbindung mit [§ 12](#) des Vertrags nach [§ 112 SGB V](#) folgende Zinsanspruch entsprechend [§ 187 Abs. 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs erst am Tag nach der Verrechnung beginnen könnte, hier also am 7. November 2015.

Soweit das SG die rechtlichen Grundlagen für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegen die Krankenkasse dargestellt hat, kann hierauf zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen werden.

Entsprechendes gilt für die Ausführungen des SG dazu, dass die im Zeitraum vom 20. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 im Krankenhaus der Klägerin tatsächlich erfolgte vollstationäre Behandlung des Versicherten nicht erforderlich war, weil von Beginn an teilstationäre Behandlung ausgereicht hätte. Dies ergibt sich aus dem schlüssigen Sachverständigengutachten von Herrn Dr. W., das insoweit in Übereinstimmung steht mit den von der Beklagten eingeholten MDK-Gutachten und in dem nachvollziehbar dargelegt wird, dass die im Entlassungsbericht genannten Diagnosen sich anhand der Dokumentation nicht alle nachvollziehen lassen, insbesondere nicht das Vorliegen einer schweren depressiven Episode. Gerade angesichts der vorherigen, etwa sechswöchigen stationären Behandlung mit Entlassung am 20. Januar 2015 in stabilisiertem Zustand und der nachfolgend zuverlässig wahrgenommenen ambulanten Weiterbehandlung im Haus der Klägerin hätte angesichts des zwar zunehmenden, aber noch keinen mehr als mittleren Schweregrad erreichenden depressiven Syndroms ohne akute Krisen das ambulante Setting zunächst "um eine Stufe" hin zu einem teilstationären verändert werden müssen. Damit bestand für den Versicherten nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) als Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots kein Anspruch auf die tatsächlich erfolgte Behandlung, und dem folgend besteht für die Klägerin kein diesbezüglicher Vergütungsanspruch.

Entgegen der Ansicht der Klägerin und dem folgend des SG besteht auch kein Anspruch auf Vergütung der Behandlung als teilstationäre Behandlung im Sinne fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens.

Ein derartiger Anspruch erfordert die Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten (st. Rspr., s. nur BSG, Urteile vom 10. März 2015 - [B 1 KR 2](#) und [3/15 R](#), [BSGE 118, 155](#), bzw. KHE 2015/15, vom 17. November 2015 - [B 1 KR 13/15 R](#),

SozR 4-2500 § 109 Nr. 52, sowie vom 19. November 2019 – [B 1 KR 6/19 R](#), juris), was jedoch nicht der Fall ist, wenn statt der erbrachten, aber nicht erforderlichen vollstationären Behandlung eine teilstationäre Krankenhausbehandlung in Betracht käme; denn hier geht es gerade nicht um zwei gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsvarianten, von denen lediglich die eine kostengünstiger ist. Wie der erkennende Senat bereits in seinen Urteilen vom 25. Februar 2016 – [L 1 KR 138/13](#) – und 26. August 2020 – [L 1 KR 132/18](#) – (beide in juris) ausgeführt hat, ist die teilstationäre Behandlung insoweit kein Minus gegenüber einer vollstationären Behandlung, die sich von dieser nur dadurch unterscheidet, dass die Patienten die Nacht und das Wochenende zu Hause verbringen. Sie folgt vielmehr – wie auch die ambulante Behandlung – einem grundsätzlich anderen Behandlungskonzept und findet in der Regel in gesonderten, räumlich getrennten Abteilungen des Krankenhauses statt. Insbesondere dient das teilstationäre Setting dazu, die Patienten weiterhin mit den Konfliktsituationen ihres Alltags zu konfrontieren, um ihnen unmittelbar therapeutisch begegnen zu können, während der geschützte Raum eines vollstationären Settings diese Möglichkeiten nicht bietet. Dementsprechend nennt [§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) die vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung als jeweils eigenständige Formen der Krankenhausbehandlung, wobei die vollstationäre Behandlung nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung ist (erkennender Senat, a.a.O., m.w.N.).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den von der Klägerin und dem SG angeführten Urteilen des BSG vom 19. April 2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) – ([BSGE 121, 87](#)), und vom 19. Juni 2018 – [B 1 KR 26/17 R](#) – ([BSGE 126, 79](#)). Zwar bezeichnet das BSG in Ersterem die teilstationäre Krankenhausversorgung als im Vergleich zu vollstationärer Krankenhausbehandlung wesensgleiche Teilleistung, tut dies aber ausschließlich im Rahmen der Abgrenzung der Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen von jenem der vertragsärztlichen Versorgung. Ein Vergütungsanspruch für fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten ist nicht Gegenstand dieser Entscheidung. Von den dazu in ständiger Rechtsprechung aufgestellten Grundsätzen weicht das BSG dementsprechend auch nicht ab. Im Gegenteil, es betont ausdrücklich, dass das für eine teilstationäre Therapie vorgesehene Vergütungsregime nur greift, soweit das Gesetz eine teilstationäre Therapie ermöglicht und diese erfolgt ist.

Die Klägerin kann demnach nicht so gestellt werden, als hätte sie mit der fiktiven teilstationären Behandlung eine ihrer Art nach völlig andere Leistung erbracht. Dabei kann letztlich dahingestellt bleiben, ob die durch keine dokumentierten Ermittlungen belegten Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil richtig sind, dass auf der Station, auf der der Versicherte im Krankenhaus der Klägerin behandelt wurde, auch teilstationäre Plätze vorhanden sind, obwohl sich ausweislich des Internetauftritts der Klägerin die Tagesklinik der Klinik T1 in einem anderen Gebäude (Haus 5, 1. OG) befindet. Soweit das SG durch seine weiteren Ausführungen den Eindruck vermittelt, die vollstationäre Behandlung im Haus der Klägerin unterscheide sich von der teilstationären eigentlich nur durch die zusätzlichen Übernachtungen, vermag der erkennende Senat dem nicht näher zu treten. Dies ist weder so vorgetragen worden noch durch Ermittlungen belegt, und ein solcher Befund wäre durch die einschlägigen Leitlinien nicht gedeckt und würde die Grenzen der nach dem gesetzlichen Konzept des [§ 39 Abs. 1 S. 1](#) und 2 SGB V u.a. zu unterscheidenden voll- und teilstationären Behandlung in einem Ausmaß verwischen, dass eine Fülle vollstationärer Behandlungen, insbesondere solcher mit Belastungserprobungen über Nacht, in der Praxis zu hinterfragen wären. Hinzu kommt, dass die Vergütung für eine fiktive teilstationäre Behandlung kaum zutreffend berechenbar sein dürfte, da nicht beurteilt werden kann, wie sich diese hinsichtlich ihres Inhalts und ihrer Dauer tatsächlich entwickelt hätte (erkennender Senat, a.a.O.). Schon die konkrete Planung und Ausgestaltung der fiktiven teilstationären Behandlung aus der Ex-ante-Sicht dürfte im Nachhinein kaum zuverlässig feststellbar sein, wie im vorliegenden Fall besonders deutlich wird. Die Beklagte weist – von der Klägerin unbestritten – darauf hin, dass das Haus der Klägerin z.B. auch fraktionierte teilstationäre Krankenhausbehandlungen an nur zwei oder drei Tagen die Woche praktiziere. Aber auch sonst wird eine teilstationäre Behandlung kaum an sieben Tagen die Woche erfolgen, wie es bei der stationären Behandlung regelhaft der Fall ist. Es wäre mit der Systematik und Sinn und Zweck des Gesetzes nicht vereinbar, wenn eine nicht erfolgte Behandlung anstelle einer erfolgten, aber nicht erforderlichen abrechenbar wäre und dies auch nur unter den Bedingungen, dass es sich einerseits um eine tatsächlich vollstationäre und fiktiv teilstationäre und nicht ambulante (schon wegen des anderen Vergütungsregimes nicht abrechenbare) Behandlung handelt und andererseits das behandelnde Krankenhaus neben vollstationären auch teilstationäre Plätze vorhält, wobei Befürworter einer solchen Möglichkeit auch danach zu fragen wären, ob diese dann von derselben Station in denselben Räumlichkeiten vorgehalten werden müssten und ob ein freier teilstationärer Behandlungsplatz im streitigen Behandlungszeitraum zu fordern wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Zulassung der Revision erfolgt nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2021-02-11