# L 11 KR 2502/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 3844/13
Datum
26.03.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 2502/15
Datum
21.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26.03.2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 19.075,17 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung streitig.

Die Klägerin betreibt ein nach § 108 Satz 1 Nr 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde die Patientin Z. C. (im Folgenden: die Versicherte) sowohl in der Zeit vom 06.03. bis 20.03.2008 als auch in der Zeit vom 22.10.2008 bis 20.01.2009 stationär behandelt. Bei der Aufnahme am 22.10.2008 gab die Klägerin den Aufenthalt auf der Kriseninterventionsstation in der Klinik der Klägerin im März 2008 an. Durch diesen Aufenthalt habe sie viel profitieren können und sei nun motiviert, eine veränderungsorientierte Behandlung zu machen. Im Arztbrief der Klinik vom 05.02.2009, in dem über den Aufenthalt vom 22.10.2008 bis 20.01.2009 berichtet wird, wird unter der Rubrik "Anamnese" auf den Entlassbrief vom 23.04.2008 verwiesen. Zum psychopathologischen Aufnahmebefund wird ausgeführt: "Die Patientin ist in allen Qualitäten orientiert. Kein Hinweis einer psychotischen Störung, keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen. Pat. aktuell distanziert von suizidalen Handlungsabsichten. Kein selbstverletzendes Verhalten, keine Fremdgefährdung, kein Zwänge. Ich-Störungen, Angstzustände, agoraphobische Symptomatik, Schmerzsymptomatik. Pat. im Kontakt freundlich zugewandt." Die Kosten für den zweiten stationären Aufenthalt wurden durch sechs Zwischenrechnungen und eine Endabrechnung gegenüber der Beklagten abgerechnet und von dieser vollständig beglichen.

Am 10.02.2009 teilte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) mit, dass eine Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Behandlung durchgeführt werde, es werde binnen vier Wochen um Übersendung des ausführlichen Entlassungsberichtes gebeten. Die durchgeführte Prüfung ergab, dass nach Auffassung des MDK die Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht vorgelegen haben (Gutachten PD Dr. B. 09.06.2009, Bl 15 SG-Akte). Es hätten danach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden können, ggf mit psychotherapeutischem Schwerpunkt.

Hiergegen wandte die Klägerin ein, die Versicherte sei bereits zuvor vom 06.03.2008 bis 20.03.2008 auf der Kriseninterventionsstation behandelt worden. Seinerzeit habe eine akute Krisensituation mit einer depressiven, sozialphobischen und paranoiden Symptomatik, einhergehend mit lebensmüden Gedanken vorgelegen. Die Versicherte sei aus ihrer Sicht nicht in der Lage gewesen, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen.

Die Beklagte veranlasste eine weitere sozialmedizinische Begutachtung nach Aktenlage durch den MDK. Dr. S. kam unter dem 17.05.2010 (Blatt 23 SG-Akte) zum Ergebnis, dass die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung mit ständiger ärztlicher und pflegerischer Präsenz nicht nachgewiesen sei. Zwar könne die Notwendigkeit einer Behandlung der Versicherten erkannt werden, dies hätte jedoch im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung oder auch im Rahmen einer Intensivierung der ambulanten Vorbehandlung erfolgen können. Dokumentiert sei als Vorbehandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz lediglich eine gelegentliche Inanspruchnahme von Terminen (nur einzelne Termine im Februar 2008 und im August 2008).

Die Klägerin teilte mit, sie erachte die Auffassung des MDK nicht für zutreffend und übersandte Auszüge aus der

pflegerischen/therapeutischen Dokumentation (Blatt 27 SG-Akte).

In einer weiteren Stellungnahme kam der MDK (Dr. H.) unter dem 04.03.2013 (Blatt 47 SG-Akte) zum Ergebnis, dass weder die Medikation noch die Durchführung eines Vorgesprächs noch das Kriterium der Wartezeiten auf einen Therapieplatz eine vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit in einer Akutklinik belegten.

Die Beklagte kündigte mit Schreiben vom 12.03.2013 die Verrechnung des Betrages von 19.075,17 EUR an und teilte der Klägerin mit Schreiben vom 07.05.2013 (Blatt 51 SG-Akte) mit, sie habe den Rückforderungsbetrag mit im Einzelnen aufgelisteten Behandlungsfällen verrechnet.

Am 27.11.2013 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und geltend gemacht, dass der MDK verkenne, dass die vorgeschlagenen ambulanten Vorbehandlungen tatsächlich erfolgt seien, aber nicht zu einer ausreichenden Entlastung und Verhaltensänderung geführt hätten. Sowohl aus diagnostischen Gründen als auch zur Überwachung der Wirkung der therapeutischen Intervention sei eine Behandlung durch eine Reha-Klinik nicht in Betracht gekommen. Der MDK übersehe auch, dass die instabile Lebenssituation sehr wohl beschrieben worden sei. Weil die stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe, sei sie nicht verpflichtet gewesen, Angaben zu machen, weshalb eine im Regelfall ambulant durchzuführende Behandlung stationär vorgenommen wurde.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie weist darauf hin, dass nach der Patientenakte die mangelnde Verfügbarkeit ambulanter Versorgung erstmals für die elfte und dann für die letzten beiden Behandlungswochen angekreuzt worden sei, der BDI-Wert sei im Verlauf der Behandlung von 32 auf 6 gesunken, bereits am 19.11.2008 habe er nur noch bei 8 ("unauffällig, im normalen Bereich") gelegen (Bl 112/115 SG-Akte), wohingegen die Klägerin im Kriterienkatalog für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung" über den gesamten Zeitraum der Behandlung hinweg als Schweregrad der Störung "30" eingetragen habe. Die Überprüfung sei aufgrund der Annahme einer primären Fehlbelegung erfolgt, sodass es keiner Darlegung der Auffälligkeiten bedurft habe und die Prüfung somit rechtzeitig angezeigt worden sei. Der MDK habe mit Schreiben vom 10.02.2009 die Überprüfung angezeigt und mit Schreiben vom 28.05.2009 um die Übersendung des Entlassungsberichtes vom 23.04.2008 gebeten. Der Einschätzung des behandelnden Arztes komme nur in solchen Fällen besondere Bedeutung zu, wenn mit Hilfe eines Sachverständigen die Erforderlichkeit der Krankenbehandlung nicht abschließend geklärt werden könne. Vorliegend sei das Behandlungsziel auch durch eine ambulante Therapie zu erreichen gewesen. Alle drei MDK-Gutachter seien davon ausgegangen, dass die zum Aufnahmezeitpunkt benannten Diagnosen ambulant hätten behandelt werden können, wofür auch spreche, dass bei dem ersten Besuch in der Institutsambulanz eine ambulante Therapie empfohlen worden sei. Die geltend gemachte notwendige Herauslösung der Versicherten aus ihrem pathologischen familiären Umfeld begründe keine medizinische Erforderlichkeit.

Das SG hat die Patientenakte der Versicherten beigezogen und Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens bei dem Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Dr. T. Im Gutachten vom 02.09.2014 (Bl 170 SG-Akte) hat der Sachverständige ausgeführt, dass zwar bei Aufnahme Angstzustände, eine agoraphobische und Schmerzsymptomatik und Ich-Störungen vorgelegen hätten, aber der psychopathologische Aufnahmebefund eine in allen Qualitäten orientierte Versicherte ohne Hinweis einer psychotischen Störung, ohne inhaltliche oder formale Denkstörungen beschreibe. Die Versicherte habe sich von suizidalen Handlungsabsichten distanziert, es hätten kein selbstverletzendes Verhalten, keine Fremdgefährdung und keine Zwänge vorgelegen. Zu Beginn der Behandlung hätten massive soziale Ängste und Unsicherheit im Vordergrund gestanden. Behandelt worden sei nach dem Behandlungskonzept MBT (Mentalization based treatment), welches als tagesklinische Behandlung für einen Zeitraum von 18-24 Monaten konzipiert und evaluiert sei. Während des stationären Krankenhausaufenthaltes seien keine gravierenden Krisen oder Komplikationen beschrieben worden. Anhand der vorliegenden Unterlagen sei die Indikation für eine stationäre Behandlung nicht zu erkennen, ebenso könne nicht festgestellt werden, dass die Möglichkeiten ambulanter Therapien ausgeschöpft worden seien. Von der Hausärztin sei eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie nicht erfolgt, vielmehr sofort eine Einweisung in das Krankenhaus. Das bei der Versicherten angewandte Behandlungskonzept habe auch im ambulanten Setting durchgeführt werden können, darüber hinaus hätte bereits im Vorgespräch erkannt werden müssen, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht genutzt oder ausgeschöpft gewesen seien. Die Versicherte habe zum Aufnahmezeitpunkt der besonderen Mittel des Krankenhauses nicht bedurft. Es liege somit eine primäre Fehlbelegung vor, eine Abrechnung wäre als einmalige ambulante Leistung denkbar.

Zu dem Gutachten hat die Klägerin Stellung genommen und ausgeführt, dass einseitige geringe oder nicht krankheitsrelevante Positionen hervorgehoben würden, jedoch die dokumentierten lebensmüden Gedanken nicht aufgegriffen würden. Die Behauptung, dass Persönlichkeitsstörungen grundsätzlich nur ambulant zu behandeln seien, könne durch keine wissenschaftliche oder klinische Evidenz gerechtfertigt werden.

Hierzu hat der Sachverständige unter dem 07.01.2015 (Bl 190 SG-Akte) ergänzend dahingehend Stellung genommen, dass es nicht angemessen und sinnvoll sei, auf die letzte stationäre Behandlung der Versicherten im März 2008 zurückzugreifen und darüber hinaus nicht verständlich erscheine, weshalb nicht schon nach dieser Behandlung auf eine ambulante Weiterbehandlung gedrängt worden sei. Die benannten Testverfahren seien allesamt auch im ambulanten Setting anwendbar, die daraus gewonnenen Ergebnisse würden zwar eine Behandlungsnotwendigkeit begründen, aber keine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die Behauptung, dass Persönlichkeitsstörungen nur ambulant zu behandeln seien, habe er nicht aufgestellt, er habe lediglich darauf verwiesen, dass das konkret gewählte Behandlungskonzept auch ambulant durchgeführt werden könne. Es sei unstimmig davon auszugehen, dass erst eine stationäre Behandlung die Voraussetzungen für eine ambulante schaffe, nachdem eine solche nach der letzten stationären Behandlung wohl nicht durchgeführt worden sei

Mit Urteil vom 26.03.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die zulässige Leistungsklage sei nicht begründet. Die Beklagte habe gegen die - unstreitigen - Vergütungsansprüche der Klägerin wirksam aufgerechnet, da ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch aus überzahlter Krankenhausvergütung zugestanden habe. Die Beklagte habe die Rechnungen der Klägerin innerhalb der sich aus dem Landesvertrag ergebenden Frist von 30 Tagen bezahlt, ohne dass die Klägerin die Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten habe beanspruchen können, denn die stationäre der Krankenhausbehandlung der Versicherten sei nicht erforderlich gewesen. Die Beklagte sei zu Recht davon ausgegangen, dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, wie der MDK und Dr. T. überzeugend und nachvollziehbar dargelegt hätten. Die Beklagte habe das Prüfungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt. Entgegen der Auffassung der Klägerin könne aus dem Umstand der insgesamt bei der Klägerin eingeleiteten Prüfverfahren nicht darauf geschlossen werden, dass keine

Einzelfallprüfung gegeben wäre. Maßgebend sei, ob sich bezogen auf die konkrete Abrechnung ein Prüfanlass habe erkennen lassen, was vorliegend der Fall gewesen sei.

Gegen das ihr am 12.05.2015 zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin am 12.06.2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten sei notwendig gewesen. Nach der Behandlung auf der Kriseninterventionsstation im März 2008 sei der Versicherten bei Entlassung dringend eine weitere ambulante Behandlung empfohlen worden, die diese jedoch nicht ausreichend wahrgenommen habe, weshalb es zu keiner ausreichenden und dauerhaften Entlastung und Verhaltensänderung gekommen sei. Ziel der stationären Behandlung ab dem 22.10.2008 sei das Erreichen genügender Stabilität der Versicherten für eine ambulante Weiterbehandlungsfähigkeit gewesen. Bei der Versicherten hätten massive soziale Ängste und Unsicherheit im Vordergrund gestanden. Die Behandlung von massiven Vermeidungstendenzen habe ein basales und kleinschrittiges Vorgehen erfordert. Eine ambulante Therapie sei nicht in Betracht gekommen. Die Versicherte hätte vermutlich aufgrund der deutlichen Sozialphobie und des hohen Misstrauens verbunden mit geringer Frustrationstoleranz eine ambulante Therapie nach kurzer Zeit wieder abgebrochen. Außerdem habe die Notwendigkeit des Abstandes zum Alltag bestanden. Die bei der Versicherten bestehende häusliche Belastung sei letztendlich eine Quelle der Gesamtsymptomatik inklusive der Suizidgedanken der Versicherten gewesen. Bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Auch wenn im diktierten Aufnahmebefund stehe, dass keine akuten suizidalen Handlungsabsichten bestanden hätten, sei doch im handschriftlichen Aufnahmebefund der Akte folgende Symptomatik dokumentiert: "Selbstmordgedanken, Hoffnungslosigkeit, Zukunftsangst, Selbstzweifel, geweint". Schließlich sei der konkrete Prüfauftrag der Beklagten an den MDK auf die Verweildauer der Versicherten im Hinblick auf eine sekundäre Fehlbelegung gerichtet gewesen. Tatsächlich liege vorliegend weder eine sekundäre noch eine primäre Fehlbelegung vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26.03.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 19.075,17 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 07.05.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt ebenfalls auf ihr bisheriges Vorbringen Bezug. Die Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig gewesen. Die Versicherte habe sich zum Aufnahmezeitpunkt in einem stabilen Zustand befunden. Sie habe zwar in ihrem handschriftlichen Aufnahmebefund ua angegeben, lebensmüde Gedanken zu haben. Eine akute Suizidgefahr habe hingegen nach Einschätzung der Ärzte nicht bestanden. Motivationsprobleme der Versicherten im Hinblick auf eine ambulante Krankenbehandlung könnten eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht begründen. Die stationäre Aufnahme der Versicherten im Oktober 2008 könne nicht mit der stationären Behandlung im März 2008 bzw dem damaligen Gesundheitszustand der Versicherten begründet werden, da die Versicherte in den dazwischenliegenden rund sieben Monaten ohne stationäre Behandlung zurecht gekommen sei. Schließlich sei der Einwand der Klägerin unerheblich, die Beklagte habe den MDK zunächst nur mit der Prüfung einer sekundären Fehlbelegung beauftragt. Dies schließe die Prüfung der Erforderlichkeit insgesamt, dh auch die Frage einer primären Fehlbelegung ein.

In einem Erörterungstermin am 14.07.2016 hat der Berichterstatter die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten eingehend erörtert.

Mit Schreiben des Berichterstatters vom 19.09.2016 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss nach § 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 20.10.2016 gegeben worden. Die Beklagte hat sich hiermit einverstanden erklärt. Die Klägerin hat dem widersprochen. Das Berufungsgericht könne anhand der Patientenakte der Versicherten nachvollziehen, dass der MDK und der gerichtliche Sachverständige der ersten Instanz die vorliegenden Indikationskriterien für eine stationäre Akutbehandlung und komplexpsychotherapeutische stationäre Behandlung nicht berücksichtigt hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, ist die Klage nach § 54 Abs 5 SGG (allgemeine Leistungsklage) zwar zulässig, mangels Anspruchs der Klägerin aber nicht begründet.

Der Senat weist die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß § 153 Abs 4 SGG zurück, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 19.075,17 EUR, denn die Beklagte hat mit dem ihr in dieser Höhe zustehenden Erstattungsanspruch wirksam aufgerechnet (zu den Voraussetzungen der Aufrechnung vgl BSG 25.10.2016, B 1 KR 9/16 R, Terminbericht Nr 41/16).

In formeller Hinsicht hat die Beklagte das Prüfungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt. Der Senat schließt sich den Ausführungen des SG nach eigener Prüfung an und weist insoweit die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück (§ 153 Abs 2 SGG). Die Fristen des § 275 Abs 1c S 1 und 2 SGB V hat die Beklagte eingehalten, ebenso die Vorgaben des BSG zur Mehrstufigkeit des Prüfverfahrens (BSG 22.04.2009, B 3 KR 24/07 R, SozR 4-2500 § 109 Nr 18; 27.11.2014, B 3 KR 7/13 R, SozR 4-2500 §

275 Nr 24). Vorliegend hat Anlass zu einer Einzelfallprüfung bestanden, da in Bezug auf die konkrete Abrechnung ein Prüfanlass erkennbar war. Die Beklagte hat geltend gemacht, dass die beschriebenen Gesundheitsstörungen im Regelfall einer ambulanten Behandlung zugänglich sind, sodass der Umstand, dass die Klägerin eine stationäre Behandlung durchgeführt und abgerechnet hat, eine Auffälligkeit darstellt, die einer Überprüfung durch den MDK zugänglich ist. Ein rechtsmissbräuchliches Prüfverfahren, das nicht von der einzelnen Abrechnung bzw der in ihr festzustellenden Auffälligkeit geleitet ist, sondern unabhängig davon und systematisch eine Vielzahl von Abrechnungsfällen einem Prüfverfahren zuführt, weil ein abstraktes Kürzungspotential besteht, hat ersichtlich nicht vorgelegen (vgl dazu BSG 16.05.2013, B 3 KR 32/12 R, SozR 4-2500 § 275 Nr. 13).

Der MDK hat auch den auf eine sekundäre Fehlbelegung gerichteten Prüfauftrag nicht überschritten, denn die Frage, wie lange eine stationäre Behandlung erforderlich gewesen ist, schließt die Frage ein, ob die Behandlung wenigstens einen Tag, also auch dem Grunde nach erforderlich gewesen ist. Der Charakter des Prüfauftrags wird nicht dadurch verändert, dass der MDK zum Ergebnis kommt, es habe nicht lediglich eine sekundäre, sondern sogar eine primäre Fehlbelegung vorgelegen (vgl im Übrigen zum Nichtbestehen einer "Sperrwirkung" etwa LSG Berlin-Brandenburg 17.12.2014, L 9 KR 324/12, KRS 2016, 12 unter Hinweis auf BSG 17.12.2013, B 1 KR 14/13 R, SozR 4-2500 § 275 Nr 15).

Auch in materieller Hinsicht ist das Vorgehen der Beklagten rechtmäßig, denn die Klägerin konnte die Vergütung der stationären Behandlung nicht beanspruchen, da diese nicht notwendig gewesen ist. Die Beklagte ist zu Recht davon ausgegangen, dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236, SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Der Erstattungsanspruch entstand vorliegend infolge einer überzahlten Krankenhausvergütung, auf die die Klägerin keinen Anspruch hatte. Die Beklagte hat die Rechnungen der Klägerin, betreffend die stationäre Behandlung der Versicherten vom 22.10.2008 bis 20.01.2009 innerhalb der sich aus dem Landesvertrag ergebenden Frist von 30 Tagen bezahlt, ohne dass die Klägerin die Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten beanspruchen konnte, denn die stationäre Krankenhausbehandlung war nicht erforderlich.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles. Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen ist, sondern es kommt darauf an, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG 16.12.2008, B 1 KN 3/08 KR R, BSGE 102, 181, SozR 4-2500 § 109 Nr 15). Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht, wie das SG unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zutreffend dargelegt hat (BSG 14.10.2014, B 1 KR 27/13 R, BSGE 117, 82, SozR 4-2500 § 109 Nr 40). Als besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt anzusehen. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung, einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (BSG 14.10.2014, B 1 KR 27/13 R, BSGE 117, 82, SozR 4-2500 § 109 Nr 40)

Das SG hat zutreffend entschieden, dass es vorliegend an der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei der Versicherten gefehlt hat. Der Senat schließt sich auch insoweit den Ausführungen des SG nach eigener Prüfung an und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück (§ 153 Abs 2 SGG). Auch für den Senat sind die Einschätzungen des MDK und die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. T. nachvollziehbar und plausibel. Die Versicherte ist im März 2008 stabilisiert entlassen worden. Eine fehlende Behandlungsmotivation der Versicherten ist nach den überzeugenden Ausführungen Dr. B. nicht ausreichend, um eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit zu begründen, dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein regelrechter psychopathologischer Aufnahmebefund beschrieben ist und eine akute Krisensituation nicht vorgelegen hat. Aufgrund der ausreichenden Stabilität wäre zunächst auch eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung in Betracht gekommen, wie Dr. S. ausgeführt hat. Die ausreichende Stabilität der Versicherten zeigt sich auch am Verlauf der Behandlung, mit Zeiten der Beurlaubung und der Teilnahme an Außenaktivitäten. Dr. H. hat schließlich darauf hingewiesen, dass weder die Medikation, noch das Durchführen eines Vorgesprächs, noch das Kriterium des Wartens auf einen Therapieplatz die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung in einer Akutklinik belegen können. Dr. T. hat die Einschätzungen des MDK bestätigt. Er hat den Aufnahmebefund der Versicherten (Bl 45 SG-Akte) berücksichtigt, in dem eine in allen Qualitäten orientierte Versicherte ohne Hinweis auf eine psychotische Störung und ohne inhaltliche oder formale Denkstörungen beschrieben ist, die aktuell von suizidalen Handlungsabsichten und selbstverletzendem Verhalten distanziert war (vgl auch Aufnahmeinformationen/Gesundheitszustand 22.10.2008, Bl 30 SG-Akte: "Seit einiger Zeit Magenprobleme, ist durch ärztl. Untersuchung abgeklärt worden. Pat. wirkt etwas nervös, unruhig, im Gespräch offen und freundlich. Hat ein gepflegtes Erscheinungsbild" und Aufnahmeinformationen/Interessen, Gewohnheiten etc "Malt gerne, viel Spazieren gehen, sich mit Freunden treffen). Weiter hat der Sachverständige berücksichtigt, dass sich im allgemein-medizinischen Aufnahmebefund außer der Angabe von Spannungskopfschmerz und Magenbeschwerden keine weiteren pathologischen Befunde gezeigt haben und auch während des Krankenhausaufenthaltes keine gravierenden Komplikationen oder Krisen beschrieben sind. Für den Senat ist diese Verlaufsbeschreibung nachvollziehbar, denn der BDI-Wert hat bereits am 19.11.2008 nur noch 8 ("unauffällig, im normalen Bereich") betragen, im Verlaufsbericht ist zB unter dem 08.11.2008 aufgeführt "Pat. verabschiedet sich guter Dinge in die gepl. TBE, wirkt unauffällig" (Bl 43 SG-Akte) und im Beurteilungsbogen "Suizidalitätsstufe" ist von Anfang an lediglich "1" und ab dem 14.11.2008 durchgehend "0" angekreuzt. Vor diesem Hintergrund kommt der Sachverständige schlüssig zu dem Ergebnis, dass die Indikation für eine stationäre Aufnahme nicht bestanden hat und weist noch

ergänzend darauf hin, dass das angewandte Behandlungskonzept auch im ambulanten Setting habe durchgeführt werden können. Er hat schließlich in seiner ergänzenden Stellungnahme auch für den Senat plausibel dargelegt, dass der Aufenthalt auf der Krisenstation fast acht Monate vor dem streitigen Aufenthalt nicht geeignet ist, eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit zu begründen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197a SGG iVm 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, 52 Abs 3 S 1, 47 Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-11-21