

S 50 KR 960/17

Land

Hamburg

Sozialgericht

SG Hamburg (HAM)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

50

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 50 KR 960/17

Datum

08.10.2019

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1169,52 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 25.01.2017 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer Behandlung eines bei der Beklagten Versicherten im März und April des Jahres 2016. Umstritten ist die richtige Kodierung des Behandlungsfalls, insbesondere das Vorliegen von Merkmalen einer Intensivbehandlung.

Der Versicherte K. leidet an paranoider Schizophrenie. Streitgegenständlich ist eine stationäre Behandlung des Versicherten in der Klinik der Klägerin in der Zeit vom 14.03.2016 bis 12.04.2016. Vor diesem Zeitraum befand sich der Versicherte bereits in den Zeiten vom 28.01.2016 bis 03.02.2016 und vom 16.02.2016 bis 03.03.2016 in stationärer Behandlung bei der Klägerin. Ausweislich in der Patientenakte befindlicher Polizeiberichte soll der Versicherte am 01.01.2016 seine Tochter geschlagen haben. Am 03.01.2016 soll er, vor dem Aufzug stehend, sein Familie beleidigt und geschrien haben. Am selben Tag habe er mit den Nachbarn gestritten und diese schlagen wollen. Die Aufnahme am 28.01.2016 erfolgte, nachdem der Versicherte seine Ehefrau gewürgt haben soll. Am 16.02.2016 soll der Versicherte gegenüber seiner Familie Suizidabsichten geäußert und einen Sturz vom Balkon angekündigt haben. Die Familie erklärte gegenüber der Polizei, sie habe sämtliche Messer aus der Küche entfernt, da sie befürchteten, der Versicherte würde sich selbst verletzen.

Die Aufnahme zur streitgegenständlichen Behandlung erfolgte am 14.03.2016 in Umsetzung eines Unterbringungsbeschlusses des Amtsgerichts Hamburg-Wandsbek nach § 12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). Laut des Polizeiberichts vom 14.03.2016 soll der Versicherte seine Frau geschlagen und bedrohlich gegenüber seinen Kindern aufgetreten sein. Er habe seine Frau beißen wollen, da er sich für einen Wolf gehalten habe. Er habe gegenüber der Polizei außerdem erklärt, Angela Merkel sei seine Mutter und der türkische Ministerpräsident sein Vater. Bei der Aufnahme in der Klinik der Klägerin zeigte sich der Versicherte weiterhin angespannt und aggressiv. Die Aufnahme erfolgte auf die geschützt-geschlossene Station. Am 12.04.2016 lief der Geltungszeitraum des Unterbringungsbeschlusses ab. Dem Versicherten wurde ausweislich des Arztbriefes seitens der behandelnden Ärzte eine weitere stationäre Behandlung angeraten, die dieser ablehnte, so dass er am 12.04.2016 gegen ärztlichen Rat entlassen wurde.

Die Beklagte beglich die Rechnung über die Behandlung in Höhe von insgesamt 16.396,90 EUR zunächst. Ausweislich des seitens der Beklagten eingeholten Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vom 02.12.2016 sei das Vorliegen dreier Intensivmerkmale für die Zeit vom 14.03.2016 bis 21.03.2016 nachvollziehbar. Ab dem 22.03.2016 sei der Dokumentation aber eine Stabilisierung des Patienten zu entnehmen. Eine Isolierung sei nicht mehr erforderlich gewesen. Sicherheitsmaßnahmen seien weiter zur Anwendung gekommen. Somit habe ab dem 22.03.2016 lediglich eine Intensivbehandlung mit einem Merkmal vorgelegen. Am Entlassungstag hätten keine Rückhaltegründe mehr bestanden. Für den 12.04.2016 sei daher eine Regelbehandlung zu kodieren. Am 25.01.2017 nahm die Beklagte einen Abzug in Höhe von 1169,52 EUR vor und verrechnete den ihrer Meinung nach bestehenden Rückforderungsanspruch mit unstreitigen Behandlungskosten in einem anderen Behandlungsfall.

Am 24.05.2017 hat die Klägerin durch ihren Prozessbevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht erhoben. Sie begehrt die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 1169,52 EUR. Zur Begründung trägt der Prozessbevollmächtigte vor, die Behandlung sei korrekt abgerechnet worden. Der MDK habe nicht die gesamte Akte ausgewertet. Von einem "minder schweren" Fall ab dem 22.03.2016 könne nicht die Rede sein. Bei dem Patienten hätten ein akutes Wahnerleben und ein schwer gesteigerter Antrieb mit Gewaltbereitschaft bestanden. Der Versicherte habe auf der geschlossenen Station am 17.03.2016 einem Mitpatienten Gewalt angetan. Ab dem 30.03.2016 sei die schwere

reduzierte Antriebsstörung stärker in Erscheinung getreten. Erst am Tag der Entlassung habe eine akute Eigen- und Fremdgefährdung ausgeschlossen werden können. Er sei auch nicht aufgrund vollständiger Genesung entlassen worden, sondern weil der erste gerichtliche Unterbringungsbeschluss endete.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1169,52 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 25.01.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist die Beklagte auf die Ausführungen des MDK.

Das Gericht hat den Sachverständigen Dr. F. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, welches am 10.09.2018 erging. Nach Auffassung des Sachverständigen ist die Kodierung der Behandlung durch die Klägerin nicht zu beanstanden. Die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-619 (Intensivbehandlung mit drei Merkmalen) seien für die gesamte Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 erfüllt. Das Merkmal "Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen" sei für die gesamte streitgegenständliche Zeit zu bejahen. Der Versicherte sei am 12.04.2016 gegen ärztlichen Rat nur aus der geschlossenen Station entlassen worden, weil der Unterbringungsbeschluss abgelaufen gewesen sei. Dies schlage sich auch in der ärztlichen Befunderhebung und deren Niederlegung nieder. Auch die Merkmale "akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" und "akute Fremdgefährdung" lägen für die Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 vor. Selbstschädigendes Verhalten sei in Kenntnis der Erkrankung des Versicherten und seiner Erlebens- und Handlungsweisen vor und bei Eintritt in den stationären Aufenthalt stets zu erwarten gewesen. Dasselbe gelte für die akute Fremdgefährdung, die sich noch am 17.03.2016 realisiert habe. Der Sachverständige hat unter Verweis auf die ausführliche Schilderung der Chronizität der Erkrankung und die in der Vergangenheit stattgehabten Fehlhandlungen darauf hingewiesen, dass bei dem Versicherten auch aus vergleichsweise angepassten Verhaltensweisen heraus hochgradige Fehlhandlungen aufgetreten und deshalb auch in der Gegenwart des Klinikalltags zu befürchten gewesen seien.

Die Beklagte hat das Sachverständigengutachten daraufhin dem MDK zur erneuten Prüfung vorgelegt. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 31.01.2019 erklärt, der MDK bleibe auch nach Prüfung der Akten bei seiner Auffassung. Das Merkmal Sicherheitsmaßnahmen sei unstrittig bis zum 11.04.2016 erfüllt, am Entlassungstag, dem 12.04.2016, hingegen nicht. Zur Begründung hat der Gutachter des MDK ausgeführt, wenn an diesem Tag noch die Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen erforderlich gewesen wäre, hätte der Versicherte nur in eine gesicherte Einrichtung entlassen werden können. Bei der akuten Fremdgefährdung sei erforderlich, dass der Patient gewaltbereit oder gewalttätig sei. Dies sei nicht der Fall, da ab dem 22.03.2016 kein gewaltbereites Verhalten dokumentiert sei. Die Selbstgefährdung müsse akut und nicht bloß mutmaßlich sein.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 15.02.2019 eine per E-Mail an sie versendete Stellungnahme des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vom 14.02.2019 eingereicht. Diese beinhaltet unter anderem folgenden Passus: "Aus klassifikatorischer Sicht sollte bei dem Merkmal "Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung des OPS-Kodebereichs 9-61 auch eine konkrete Selbstgefährdung (z.B. Fehlhandlung des Patienten) beschrieben sein, da es sich um eine akute Selbstgefährdung handelt."

Mit Schreiben vom 06.03.2019 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin erklärt, die Antwort des DIMDI sei rechtlich nicht verbindlich, da es sich nicht um eine Klarstellung gemäß [§§ 301 Abs. 2 S. 4, 295 Abs. 1 S. 6](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) handele. Eine akute Selbstgefährdung liege bei fehlender Orientierung oder Realitätsverkennung regelhaft vor, da die fehlende Orientierung bzw. Realitätsverkennung dazu führe, dass die Patienten nicht situationsangemessen sinnvoll reagieren. Daran ändere der Umstand nichts, dass sie infolge der stationären Unterbringung daran gehindert werden, sich zu schaden.

Das Gericht hat am 08.10.2019 die mündliche Verhandlung durchgeführt. Hinsichtlich des Inhalts der mündlichen Verhandlung wird auf das Sitzungsprotokoll vom 08.10.2019 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsvorgänge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die - als Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthafte - Klage ist zulässig und begründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf weitere Vergütung von Krankenhausbehandlungen in Höhe von 1169,52 EUR zu. Der unstreitig entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung der Krankenhausbehandlungsleistungen aus einem anderen Behandlungsfall erlosch nicht dadurch in Höhe von 1169,52 EUR, dass die Beklagte mit einem vorgeblichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die hier streitige Krankenhausbehandlung des Versicherten aufrechnete. Denn der Beklagten steht ein solcher Erstattungsanspruch nicht zu, da die Klägerin die streitige Krankenhausbehandlung korrekt abgerechnet hat. Die Klägerin hat neben dem Vergütungsanspruch in Höhe von 1169,52 EUR auch einen Zinsanspruch auf diesen Betrag in Höhe von fünf Prozent ab dem 25.01.2017.

Zwischen den Beteiligten steht außer Streit, dass der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall zunächst ein Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von 1169,52 EUR zustand, so dass sich insoweit eine nähere Prüfung des erkennenden Gerichts erübrigt (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az. [B 1 KR 2/15 R](#)).

Der anderweitige Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung erlosch auch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem vorgeblichen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Aufrechnung erklärte. Die Voraussetzungen des etwaigen Gegenanspruchs der Beklagten aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 1169,52 EUR lagen nicht vor, da die von ihr bezahlten Rechnungen für die streitige Behandlung des Versicherten zu Recht erfolgt waren.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 1-3 der Bundespflegeverordnung (BPfV) sowie § 17d des Krankenhausgesetzes (KHG) und der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) für das Jahr 2016.

Wird die Versorgung, wie vorliegend, in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und ist sie – was zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig ist – gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich, entsteht die Zahlungsverpflichtung dem Grunde nach unmittelbar nach der Inanspruchnahme der Leistung durch den versicherten Patienten (vgl. BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#), st. Rspr.).

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung (Kodierung) haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2016) beschlossen. Für Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen" (PEPPV) geschlossen. Aus den kodierten Prozeduren wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software (Groupier) der entsprechende PEPP-Code ermittelt, anhand dessen die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Zusätzlich können bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, insbesondere bei erhöhtem Behandlungs- oder Pflegeaufwand, ergänzende Tagesentgelte oder Zusatzentgelte abgerechnet werden.

Im vorliegenden Verfahren ist zwischen den Beteiligten einzig die Abrechnung der aus der Kodierung der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen resultierenden ergänzenden Tagesentgelte streitig. Nach Maßgabe der oben genannten Abrechnungsbestimmungen hat die Klägerin hinsichtlich der erfolgten stationären Behandlung des Versicherten auch für die Zeit vom 22.03.2016 bis zum 12.04.2016 zu Recht die Prozedur 9-619 (Intensivbehandlungen bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit drei Merkmalen) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS, Version 2016) kodiert und die entsprechenden ergänzenden Tagesentgelte abgerechnet.

In den Hinweisen des DIMDI zum OPS-Code 9-61 (OPS, Version 2016) sind folgende Intensivmerkmale aufgeführt: o Anwendung von Sicherungsmaßnahmen &61607; Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen Sicherungsmaßnahmen oder stete Bereitschaft dazu besteht und diese ärztlich angeordnet sind o Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten &61607; Unter selbstschädigendem Verhalten versteht man z.B. häufige Selbstverletzungen von Borderline-Patienten, durchgängige Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz oder die Selbstgefährdung durch selbstinduziertes Stürzen o Akute Fremdgefährdung &61607; Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn der Patient gewaltbereit oder gewalttätig ist o Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert) &61607; Das Merkmal "schwere gesteigerte Antriebsstörung" ist erfüllt, wenn der Patient ständig aktiv ist, sich durch Gegenargumente nicht beeindrucken lässt und selbst persönliche Konsequenzen nicht zur Kenntnis nimmt oder sie ihm nichts ausmachen. Das Merkmal "schwere reduzierte Antriebsstörung" ist erfüllt, wenn Anregungen von außen den Patienten kaum oder gar nicht mehr erreichen. Die Alltagsverrichtungen sind beeinträchtigt. Hierzu gehört auch der Stupor o Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme &61607; Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Ernährung vollkommen von Dritten übernommen werden muss (nicht bei alleiniger Sondenernährung oder alleiniger parenteraler Ernährung) o Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverknennung o Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen &61607; Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn eine Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz engmaschig erfolgt

Die Kammer ist nach Würdigung der Aktenlage, des Inhalts der mündlichen Verhandlung und insbesondere des seitens des Gerichtes eingeholten Sachverständigengutachtens von Herrn Dr. F. zu der Überzeugung gelangt, dass die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-619 –nämlich das Vorliegen dreier Intensivmerkmale- für die Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 erfüllt waren und die Abrechnung der Klägerin daher nicht zu beanstanden ist.

Die Beklagte geht unter Verweis auf die Stellungnahme des MDK für die Zeit vom 22.03.2016 bis 11.04.2016 davon aus, dass lediglich ein Intensivmerkmal, nämlich das Merkmal "Anwendung von Sicherungsmaßnahmen" vorgelegen habe und daher die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-617 erfüllt waren. Für den Entlassungstag (12.04.2016) geht der MDK davon aus, dass kein Intensivmerkmal mehr vorlag und somit eine Regelbehandlung (OPS-Code 9-607) zu kodieren sei.

Der Sachverständige Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 10.09.2018 schlüssig und für die Kammer nachvollziehbar dargelegt, dass für die gesamte Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 drei Intensivmerkmale, nämlich die Merkmale "Anwendung von Sicherungsmaßnahmen", "akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" sowie "akute Fremdgefährdung" vorlagen.

Das Vorliegen des Merkmals "Anwendung von Sicherungsmaßnahmen" ist zwischen den Beteiligten lediglich für den Entlassungstag (12.04.2016) streitig. Ausweislich der Hinweise des DIMDI zum OPS-Code 9-61 ist dieses Merkmal erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen Sicherungsmaßnahmen oder stete Bereitschaft dazu besteht und diese ärztlich angeordnet sind. Unter Berücksichtigung dessen sowie der umfangreichen und überzeugenden Ausführungen von Dr. F. hat die Kammer keine Zweifel daran, dass das Merkmal "Anwendung von Sicherungsmaßnahmen" auch am 12.04.2016 erfüllt war. Hierfür spricht zum einen, dass sich der Versicherte bis zu seiner Entlassung in der geschlossenen Station befunden hat und aus dieser nur nach Hause entlassen wurde, weil der Unterbringungsbeschluss abgelaufen war. Dr. F. beschreibt richtigerweise, dass über den hohen Behandlungs- und Pflegeaufwand durch den häufigen Kontakt von Pflegekräften und Ärzten mit dem Versicherten in der Patientenakte sorgfältig Buch geführt wurde. Der Sachverständige hat im Übrigen darauf hingewiesen, dass zum Teil vertreten wird, allein die Tatsache, dass ein Patient auf der geschlossenen Station behandelt wird, sei ein ausreichender Nachweis für die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen. Zum Teil werde das Vorliegen eines Nachweises für die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen angenommen, wenn der Patient aufgrund eines richterlichen Beschlusses untergebracht sei. Nach Auffassung der Kammer spricht einiges dafür, dass die Behandlung in der geschlossenen Station und die Unterbringung auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses bereits als Nachweis für das Vorliegen von Sicherungsmaßnahmen ausreichend sind, jedenfalls handelt es sich aber bei beiden Punkten um starke Indizien für die Notwendigkeit der Anwendung von

Sicherungsmaßnahmen. Voraussetzung der Unterbringung gemäß § 12 HmbPsychKG ist nach § 9 Abs. 1 S. 1 HmbPsychKG das Bestehen einer gegenwärtigen Gefahr für die betroffene Person oder andere Personen. Angesichts dessen ist das unterbringende Krankenhaus bei Vorliegen eines Unterbringungsbeschlusses zur Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen verpflichtet. Die Behandlung in der geschlossenen Station dient nicht zuletzt der Umsetzung von Unterbringungsbeschlüssen, jedenfalls aber der Vorbeugung von Selbst- und Fremdgefährdung. Hinsichtlich der Notwendigkeit des Einsatzes von Sicherungsmaßnahmen bzw. der Bereitschaft zu Sicherungsmaßnahmen hat der Sachverständige zudem dargelegt, dass der Patient in den Verlaufsberichten als "schwer einschätzbar" geschildert wird. Dies korrespondiert mit den Ausführungen des Sachverständigen, der Chronizität der Erkrankung des Patienten und den in der Vergangenheit stattgehabten Fehlhandlungen sei zu entnehmen, dass bei dem Patienten auch aus vergleichsweise angepassten Verhaltensweisen heraus hochgradige Fehlhandlungen aufgetreten und deshalb auch in der Gegenwart des Klinikalltags zu befürchten gewesen seien. Dieser Aspekt ist nach Ansicht der Kammer für das Verständnis des Gutachtens von Dr. F. generell von erheblicher Bedeutung. Dr. F. weist im Rahmen seines Gutachtens mehrfach darauf hin, dass bei der Bewertung der vom Versicherten ausgehenden Gefährdung für sich und andere Personen zu berücksichtigen sei, dass der Versicherte in der Zeit vor (und auch während) der streitigen stationären Behandlung fremd- und selbstgefährdend aufgetreten ist, ohne dass dies anhand des Verhaltens des Versicherten in der Zeit kurz vor den Fehlhandlungen zu erwarten gewesen wäre. Darin sieht der Sachverständige auch ein Argument für die Notwendigkeit besonderer Sicherungsmaßnahmen. Dies hält die Kammer für plausibel.

Auch das Intensivmerkmal "akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" sieht die Kammer für die gesamte Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 als erfüllt an. Unter selbstschädigendem Verhalten versteht man laut der Hinweise des DIMDI zum OPS-Code 9-61 z.B. häufige Selbstverletzungen von Borderline-Patienten, durchgängige Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz oder die Selbstgefährdung durch selbstinduziertes Stürzen. Es handelt sich bei dem Begriff "akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" um einen auslegungsbedürftigen unbestimmten Rechtsbegriff. Der Hinweis des DIMDI zu diesem Merkmal enthält lediglich eine Spezifizierung des Begriffes "selbstschädigendes Verhalten".

Fraglich und zwischen den Beteiligten streitig ist vor allem, unter welchen Voraussetzungen davon ausgegangen werden kann, dass die Selbstgefährdung akut ist. Die Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass dem Zusatz "akut" eine eigenständige Bedeutung zukommen muss. Die Bedeutung des Wortes "akut" wird mit "im Augenblick herrschend, vordringlich, brennend, unmittelbar" sowie "unvermittelt oder plötzlich auftretend" oder "schnell und heftig verlaufend" (<https://www.duden.de/rechtschreibung/akut>, abgerufen am 30.10.2019) beschrieben. Der Zusatz "akut" ergänzt das Merkmal der Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten um eine zeitliche Komponente ein und soll wohl klarstellen, dass eine rein theoretische, abstrakte Gefährdungslage für die Annahme des Intensivmerkmals nicht ausreicht. Die Durchführung (selbst-)schädigender Handlungen muss während der stationären Behandlung jederzeit und binnen kurzer Zeit möglich und zu erwarten sein. Die Kammer versteht den Zusatz anders als die Beklagte jedoch nicht dahingehend, dass auch eine tatsächlich durchgeführte selbstschädigende Handlung im Rahmen der stationären Behandlung vorliegen muss. Gegen eine solche Sichtweise sprechen der Wortlaut sowie der Sinn und Zweck des OPS-Codes. Nach dem Wortlaut des OPS-Codes 9-61 ist das Intensivmerkmal bei "Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" und nicht etwa erst bei Durchführung selbstschädigender Verhaltensweisen erfüllt. Das Wort Gefährdung bezeichnet die Möglichkeit bzw. die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens und nicht den Schaden selbst. Die Durchführung selbstschädigender Verhaltensweisen stellt hingegen die Realisierung der Gefährdung dar und kann insofern auch als Beleg dafür herangezogen werden, dass die Gefährdungslage zuvor bestand und ggf. noch besteht. Die Gefährdung kann aber auch schon vor ihrer Realisierung durch tatsächliche Schädigungshandlungen bestanden haben. Eine Gefährdung kann auch vorgelegen haben, wenn es tatsächlich niemals zu einer Realisierung gekommen ist. Auch Sinn und Zweck des OPS-Codes 9-61 sprechen gegen das Erfordernis von im Rahmen der stationären Behandlung vorgenommenen suizidalen oder selbstschädigenden Verhaltensweisen. Die infolge der Kodierung der Intensivbehandlung abrechenbaren ergänzenden Tagesentgelte sollen dem höheren Behandlungs- und Pflegeaufwand der Intensivbehandlung Rechnung tragen. Laut der Hinweise des DIMDI zum OPS-Code 9-61 umfasst die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung ärztliche und/oder psychologische Gespräche (z.B. Visiten) und/oder sozialarbeiterische Interventionen und die Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Der Schwerpunkt der Behandlung soll zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten liegen, da die Patienten meistens nicht gruppenfähig seien. Dieser höhere Aufwand entsteht aber nicht erst nach der Durchführung von (selbst-)schädigenden Verhaltensweisen durch den Patienten, sondern auch und gerade durch die Vorbeugung solcher (selbst-)schädigender Handlungen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Eigen- und Fremdschädigungshandlungen bei geschlossener stationärer Behandlung üblicherweise durch Sicherungsmaßnahmen und regelmäßigen Kontakt verhindert werden. Diese Maßnahmen stellen aber gerade den höheren Aufwand dar, dem durch die ergänzenden Tagesentgelte Rechnung getragen werden soll.

Für die Feststellung, ob eine akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten vorliegt, bedarf es nach Ansicht der Kammer einer Würdigung der Gesamtumstände des Einzelfalls. Dasselbe gilt für die übrigen Intensivmerkmale. Dabei dürften zum einen das Wesen und die Schwere der Erkrankung des Patienten zu berücksichtigen sein. Zum anderen dürften der Anlass sowie der dokumentierte Verlauf der stationären Behandlung zu beachten sein. Auch Erfahrungswerte aus dokumentierten Verhaltensweisen in der Vergangenheit sind für die Gesamtwürdigung heranzuziehen. Eine solche Gesamtwürdigung hat der Sachverständige hier vorgenommen und sein Ergebnis nachvollziehbar begründet: Dr. F. hat ausgeführt, dass in Kenntnis der Erkrankung des Patienten und seiner Erlebens- und Handlungsweisen vor und bei Eintritt in den stationären Aufenthalt, selbstschädigendes Verhalten jederzeit zu erwarten gewesen sei. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass der Versicherte bei Aufnahme seit langer Zeit und chronisch schizophran erkrankt war und immer wieder sogenannte Exazerbationen (Verschlimmerungen des Krankheitsbildes) aufgetreten sind. Er hat ausführlich geschildert, dass der Versicherte in der Zeit von Ende Januar bis Mitte April 2016 dreimal wegen fremd- oder selbstschädigenden Verhaltens stationär behandelt wurde. Noch am 16.02.2016 –also weniger als vier Wochen vor Beginn der streitigen Behandlung– soll der Versicherte laut eines Polizeiberichts vom selben Tag gegenüber seiner Familie Suizidabsichten geäußert und einen Sturz vom Balkon angekündigt haben. In der Folge befand sich der Versicherte bis zum 03.03.2016 aufgrund eines richterlichen Unterbringungsbeschlusses in geschlossener stationärer Behandlung. Nur 11 Tage später erfolgte die Aufnahme zur streitigen stationären Behandlung wiederum infolge eines Unterbringungsbeschlusses, nachdem der Versicherte gegenüber seiner Familie gewalttätig und bedrohlich aufgetreten war. Der Sachverständige hat unter Verweis auf die ausführliche Schilderung der Chronizität der Erkrankung des Betroffenen und die in der Vergangenheit stattgehabten Fehlhandlungen darauf hingewiesen, dass bei dem Versicherten auch aus vergleichsweise angepassten Verhaltensweisen heraus hochgradige Fehlhandlungen aufgetreten und deshalb auch in der Gegenwart des Klinikalltags zu befürchten gewesen seien. Diese Wertung hält die Kammer für plausibel. Es ist davon auszugehen, dass auch für die Zeit vom 22.03.2016 bis 12.04.2016 das Merkmal der Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten erfüllt war. Der Versicherte war

zum Zeitpunkt der streitigen Behandlungen bereits seit vielen Jahren an paranoider Schizophrenie erkrankt und ist in der Vergangenheit immer wieder mit fremd- und selbstschädigenden Handlungen aufgefallen. Der Dokumentation der Patientenakte ist zu entnehmen, dass der Zustand des Versicherten in den Wochen vor und während der streitigen stationären Behandlung sehr instabil war. Er wurde am 14.03.2016 aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses nach § 12 HmbPsychKG in der Klinik der Klägerin aufgenommen. Voraussetzung für den Erlass eines Unterbringungsbeschlusses nach § 12 HmbPsychKG ist das Bestehen einer gegenwärtigen Gefahr für die betroffene Person oder andere Personen. Der Versicherte zeigte sich auch im Rahmen der streitigen stationären Behandlung instabil. Noch am 17.03.2016 trat er gewalttätig gegenüber einem Mitpatienten auf, weswegen er in der Folge zunächst fixiert und danach bis zum 21.03.2016 isoliert wurde. Zwar handelte es sich bei dem Vorfall vom 17.03.2016 um eine Fremdschädigungshandlung. Angesichts der geschilderten Vorgeschichte erscheint es aber nachvollziehbar, dass neben Fremd- auch Selbstschädigungshandlungen möglich und zu erwarten waren. Soweit die Beklagte auf eine Stellungnahme des DIMDI per E-Mail vom 15.02.2019 verweist, mit der dieses mitteilte, dass aus klassifikatorischer Sicht () auch eine konkrete Selbstgefährdung (z.B. Fehllhandlung des Patienten) beschrieben sein sollte, da es sich um eine akute Selbstgefährdung handele, führt dies hier nicht zu einer anderen Wertung. Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei der Stellungnahme des DIMDI nicht um eine verbindliche Klarstellung gemäß §§ 301 Abs. 2 S. 4, 295 Abs. 1 S. 6 SGB V handelt. Außerdem ist zu beachten, dass das DIMDI das Vorliegen einer konkreten selbstschädigenden Handlung nicht als zwingende Voraussetzung für das Vorliegen einer akuten Selbstgefährdung angesehen hat ("sollte beschrieben sein"). Vor allem aber dürfte auch kein Widerspruch zwischen den Ausführungen des Sachverständigen und der Stellungnahme des DIMDI vorliegen. Denn mit den oben geschilderten Geschehnissen am 16.02.2016 lag ja eine konkrete Selbstschädigungshandlung des Versicherten vor. Der Sachverständige hat überzeugend geschildert, dass auch die streitige Behandlung vom 14.03.2016 bis 12.04.2016 nur vor dem Hintergrund der Geschehnisse in der jüngeren Vergangenheit zu verstehen sei. Dass die Schädigungshandlung im Rahmen der stationären Behandlung stattgefunden haben muss, hat das DIMDI nicht geäußert. Der Versicherte ist im Übrigen auch im Rahmen der streitigen Behandlung mit einer, wenn auch fremdschädigenden, Fehllhandlung aufgefallen.

Auch das dritte Intensivmerkmal "akute Fremdgefährdung" sieht die Kammer als erfüllt an. Nach den Hinweisen des DIMDI zum OPS-Code 9-61 soll dieses Merkmal vorliegen, wenn der Patient gewaltbereit oder gewalttätig ist. Diese Voraussetzung lag hier vor. Der Versicherte war am 17.03.2016 im Rahmen der geschlossenen stationären Unterbringung gewaltsam gegen einen Mitpatienten vorgegangen. In der Folge wurde der Versicherte zunächst fixiert und dann bis zum 21.03.2016 isoliert. Damit hat sich die von dem Versicherten ausgehende Gefährdung für andere Personen in der Zeit der streitigen Behandlung sogar realisiert, so dass das Gericht keine Zweifel daran hat, dass die Gefährdung auch akut war. Die Fremdgefährdung lag auch nach dem Ende der Isolierung des Versicherten am 21.03.2016 noch vor. Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei Fixierung und Isolierung um schwerwiegende freiheitsentziehende Maßnahmen handelt, deren Nichtvorliegen bzw. Nicht-mehr-Vorliegen nach dem Dafürhalten der Kammer nicht als Argument dafür herangezogen werden kann, dass eine akute Fremdgefährdung nicht mehr anzunehmen war. Hinsichtlich der überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen dahingehend, dass in Kenntnis der Erkrankung des Patienten und seiner Erlebens- und Handlungsweisen vor und bei Eintritt in den stationären Aufenthalt, sowohl selbst- als auch fremdschädigendes Verhalten jederzeit zu erwarten gewesen sei, wird auf die obige Begründung zum Vorliegen des Merkmals akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" verwiesen.

Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 10.09.2018 nach der Feststellung des Vorliegens der Intensivmerkmale "Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen", "akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten" und "akute Fremdgefährdung" die -seiner Auffassung nach ebenfalls in Betracht kommenden- Intensivmerkmale "schwere Antriebsstörung" und "akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung" nicht mehr geprüft, da er die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-619 bereits als erfüllt ansah. Dem ist nach dem Vorgenannten zuzustimmen, so dass von der Einholung einer ergänzenden Stellungnahme oder eines weiteren Gutachtens abgesehen wurde. Es spricht aber einiges dafür, dass jedenfalls auch die Voraussetzungen des Merkmals "akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung" erfüllt sind. Der Sachverständige hat mit überzeugenden Argumenten das Vorliegen einer akuten Selbstgefährdung angenommen. Angesichts der Umstände der stationären Aufnahme am 14.03.2016 dürfte der Versicherte auch an Realitätsverkennung gelitten haben. Laut des Polizeiberichts vom 14.03.2016 wollte er seine Frau beißen, da er sich für einen Wolf hielt. Gegenüber der Polizei soll der Versicherte erklärt haben, Angela Merkel sei seine Mutter und der türkische Ministerpräsident sein Vater. In der Aufnahmesituation im Krankenhaus soll er folgendes erklärt haben: "Ich will Sie befreien, ihr Sohn ist Putin, der Araber ist mein Sohn".

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 Satz 1 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#).

2. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2020-07-02