S 13 KR 88/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 88/19
Datum
20.08.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 12.581,45 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.06.2017 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 12.581,45 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 12.581,45 EUR.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und dort in der Klinik für Neurologie und Neurolinguistik eine spezielle Aphasiestation. Der bei der Beklagten versicherte am 00.00.0000 geborene T. X. (T.X.) stellte sich am 00.00.0000 mit Sprachstörungen und Verwirrtheit im Krankenhaus F. vor. Die dortige Bildgebung zeigte eine Gehirnblutung links mit Ventrikeleinbruch. Der Patient wurde darauf zur intensivmedizinischen Behandlung und Überwachung in die Neurochirurgische Klinik der Klägerin verlegt und bis zum 06.04.2016 behandelt. Die Anlage einer Ventrikeldrainage bei Gefahr der Entwicklung eines Hydrocephalus war erforderlich. Es erfolgte eine konservative medikamentöse Therapie. Nach intensivmedizinischer Überwachung konnte der Patient am 06.04.2016 zur weiteren Behandlung nach Erkelenz zurück verlegt werden. Dort erhielt er eine neurologische Komplexbehandlung im interdisziplinären Team, bestehend aus Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, physikalische Therapie und aktivierender Pflege. Da die Therapie nicht zur Verbesserung der schweren Aphasie führte und weiterhin schwere sensomotorische aphasische (fehlendes Sprachverständnis) und ideomotorisch apraktische (Störung der Ausführung willkürlicher zielgerichteter und geordneter Bewegungen bei intakter motorischer Funktion) Defizite des Patienten mit massiven Auswirkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens vorlagen, wurde die Indikation für eine Aphasiespezialbehandlung gestellt. Der Patient wurde sodann am 00.00.0000 stationär bei der Klägerin aufgenommen und bis zum 03.06.2016 behandelt. Die für die stationäre Behandlung angefallenen Behandlungskosten der Aphasiespezialbehandlung in Höhe von 12.581,45 EUR stellte die Klägerin der Beklagten am 00.00.0000 in Rechnung. Mit Datensatz vom gleichen Tag teilte die Beklagte mit, dass die Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung übernommen würden und eine Überprüfung der Schlussrechnung vorbehalten bleibe. Der Fall wurde am 00.00.0000 vollständig bezahlt.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Falles. Dieser kam im Gutachten vom 20.12.2016 zu Ergebnis, dass die Behandlung des beim Patienten vorliegenden Defizits eine Aufnahme begründet habe; jedoch sei keine akutmedizinische Behandlung notwendig gewesen; die Behandlung sei als REHA-Behandlung anzusehen und abzurechnen. Da die Klägerin der Rückerstattungsforderung der Beklagten nicht nachkam, verrechnete die Beklagte mit Schreiben vom 02.06.2017 ihren vermeintlichen Rückforderungsanspruch in Höhe von 12.581,45 EUR mit einer – genau bezeichneten – unstrittigen Vergütungsforderung der Klägerin in Höhe von 16.449,08 EUR aus einer Rechnung vom 26.05.2017; diese resultierte aus der Behandlung einer anderen bei der Beklagten versicherten Patientin – Q. W. (Q.W.) – vom 05.04.2017 bis zum 14.04.2017; die Beklagte zahlte auf diese Rechnung nur 3.867,63 EUR.

Am 22.02.2019 hat die Klägerin Klage auf Zahlung der Rest-Vergütung in Höhe von 12.581,45 EUR aus dem Behandlungsfall Q. W. erhoben. Sie ist der Auffassung, die Aufrechnung der Vergütungsforderung aus diesem Behandlungsfall mit dem vermeintlichen Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall T.X. sei nicht wirksam, der (Rest-)Vergütungsanspruch im Fall Q.W. nicht erloschen. Der aus der Behandlung des T.X. resultierende Vergütungsanspruch sei begründet gewesen; die Beklagte habe ihn durch Zahlung zurecht erfüllt. Zur Begründung hat die Klägerin ausgeführt:

"Die Empfehlung zur Durchführung der Aphasiebehandlung bei der Klägerin wurde bereits im Rahmen der akutstationären Behandlung im

Krankenhaus Erkelenz gegeben. Aufgrund des jungen Alters des Patienten, des trotz Behandlung persistierenden störungsspezifischen Erkrankungsbildes einer schweren Aphasie und des zum Behandlungszeitpunkts erst kurze Zeit zurückliegenden Schadensereignisses bestand die Indikation zur stationären Aufnahme und Behandlung bei der Klägerin. Bei seiner Aufnahme lag bei dem Patienten eine mittelschwere bis schwere akute flüssige Aphasie vor.

Sowohl akute als auch chronische Aphasien können nach der Flüssigkeit der Sprachproduktion eingeteilt werden. Man unterscheidet flüssige von nicht-flüssigen Aphasien. Eine nichtflüssige Aphasie ist nach Huber et al. (1983) durch eine stockende, verlangsamte Sprechgeschwindigkeit mit vielen Unterbrechungen und einer durchschnittlichen Phrasenlänge von weniger als 5 Wörtern definiert. Bei flüssigen Aphasien hingegen ist der Sprachfluss normal, es kommt jedoch häufig zu lautlichen Entstellungen von Wörtern oder zu semantischen Ersetzungen durch andere Wörter, die oftmals keinen direkten Bedeutungszusammenhang mehr zum Kontext erkennen lassen. Zudem ist das Sprachverständnis häufig deutlich gestört, was die Kommunikation erheblich beeinträchtigt.

Bei dem Patienten zeigten sich in der Spontansprache Wortfindungsstörungen mit Suchverhalten, phonematischen Paraphasien (lautliche Veränderungen eines Wortes) und semantischen Paraphasien (fehlerhaftes Auftreten eines Wortes) sowie inhaltslosen Redefloskeln. Insgesamt war die Sprachproduktion reduziert und Herr W. äußerte sich nur in geringem Ausmaß. Das Bewusstsein für die aphasische Symptomatik war bei ihm noch nicht gegeben. Es bestand eine Sprachverständnisstörung für komplexere Inhalte. Das mündliche Benennen war schwerer beeinträchtigt als das schriftliche. Aufgrund der akuten Symptomatik wurde zunächst stimulierend und sprachaktivierend mit dem Patienten gearbeitet. Hierbei war der Aufbau des Störungsbewusstseins ein essentieller Therapieschwerpunkt. Im Rahmen der Behandlung verbesserte der Patient schnell seine Störungswahrnehmung und schätzte seine Symptomatik zunehmend richtig ein. Daraufhin konnte zu störungsspezifischen Übungsformen übergegangen werden. Hier lagen die Schwerpunkte in den Therapiebereichen Wortabruf und Textarbeit. Der Patient erhielt im Rahmen der Aphasiebehandlung u. a. durchschnittlich 7,5 Stunden Logopädie pro Woche, sowie 0,4 Stunden Neuropsychologie pro Woche und 1,3 Stunden Kommunikative Gruppentherapien pro Woche. Der Behandlungsumfang betrug somit 9,2 Therapiestunden pro Woche im Bereich Sprache/Kommunikation. Unter dem Einfluss der Intensivtherapie in den Bereichen Wortabruf, Schriftsprache, Sprachverständnis, Störungswahrnehmung und Sprachkontrolle verbesserte sich das Erkrankungsbild des Patienten in allen Bereichen deutlich. Zu Beginn und zum Ende der Behandlung wurden Untersuchungen der Benennleistungen auf Wortebene mittels Wortproduktionsprüfung (WPP) durchgeführt. Hierbei konnten mündlichen Benennen von Worten signifikante Verbesserungen erzielt werden.

Tabelle: Wortproduktionsprüfung nach Blanken (WPP. Blanken. 1999) WPP (n = 60 Items) 26.04.2016 31.05.2016 korrekte Items / Gesamtanzahl geprüfter Items (max. n = 60) korrekte Items / Gesamtanzahl geprüfter Items (max, n = 60) Mündliches Benennen von Nomina 39/60 51/60*** Schriftliches Benennen von Nomina 49/60 53/60 *** p(.01, exakter McNemar-Test (signifikante Verbesserung)

Der Patient erreichte im Rahmen der 7-wöchigen Therapie sehr gute sprachliche Verbesserungen in den Bereichen Sprachaktivierung, Störungswahrnehmung, Wortabruf und Textarbeit. Der abschließend durchgeführte Aachener Aphasie Test (AAT) zeigte, dass sowohl in der Spontansprache als auch in den Untertests des AAT nur noch leichte bis minimale Einschränkungen vorlagen (vgl. Tabelle Aachener Aphasie Test: überwiegend Prozentränge)90). Die intensive Aphasietherapie führte nachweislich dazu, dass bei Entlassung nur noch eine Restaphasie bestand

Tabelle Aachener Aphasie Test (AAT) Zeitpunkt Spontansprache: Pkte 0-5 KOM ART AUT SEM PHO SYN Untertests: Punktwert/Prozentrang TOKEN NACH SCHR BEN SV 02.06.16 4 5 4 4 5 4 3/95 147/96 86/96 114/98 95/75 TOKEN = Token Test; NACH = Nachsprechen; SCHR - Schriftsprache; BEN = Benennen; SV = Sprachverständnis

Der Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al., 1993) ist ein für die deutsche Sprache entwickeltes Verfahren zur Diagnose von Aphasien infolge erworbener Hirnschädigungen, das deutschlandweit ab der 6. Woche nach dem Ereignis eingesetzt wird. Er erfüllt die gängigen psychometrischen Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität, Validität, Normierung und Standardisierung. Bei diesem Verfahren werden alle sprachlichen Ebenen verlässlich überprüft, d.h. es können sprachliche Störungen in der Spontansprache, beim Nachsprechen, beim Benennen, Lesen, Schreiben und im Sprachverständnis identifiziert werden. Es gibt derzeit im deutschsprachigen Raum zum AAT als psychometrisch abgesichertem Test keine vergleichbaren Verfahren. Der AAT ermöglicht nicht nur eine verlässliche Syndrom-Zuordnung (z.B. "Wernicke-Aphasie"), sondern auch eine Verlaufsuntersuchung. Dadurch können u.a. die Effekte einer Therapie durch einen Vergleich der Leistungen vor und nach der logopädischen Behandlung bestimmt werden. Mit der deutschlandweiten Verwendung des AAT gibt es eine Vereinheitlichung der Nomenklatur und Definitionen von aphasischen Syndromen, was die Verständigung zwischen den Beteiligten (Ärzte, Therapeuten, Kostenträger) erleichtert.

Der AAT setzt sich aus folgenden Testteilen zusammen:
1. Spontansprache
2. Token Test
3. Nachsprechen
4. Schriftsprache
5. Benennen
6. Sprachverständnis

Die Durchführung des Tests wird generell erst ab der 6. Woche nach Ereignis empfohlen, da die aphasische Symptomatik in der Akutphase noch sehr schwankend ist und die Bestimmung eines Syndroms erst danach sinnvoll ist."

Die Klägerin meint, sie habe durch die bei ihr durchgeführte Krankenhausbehandlung nachgewiesen, dass die Aphasie als Erkrankung zeitnah nach dem Schadensereignis behandelbar sei. Es handele sich um eine "störungsspezifische Therapie", bei der die Verbesserung der neuropsychologischen Erkrankung durch hochintensive, fachärztlich geleitete logopädische Therapie im Vordergrund stehe. Aufgrund der vorliegenden Behandlungsergebnisse sei nachweisbar, dass durch die durchgeführte Behandlung deutliche Verbesserungen des Erkrankungsbildes hätten erzielt werden können. Die Behandlung erfolgten leitlinienkonform in dem von der von Deutschen Gesellschaft für Neurologie für die Durchführung einer intensiven Intervalltherapie vorgesehenen Therapieumfang von mindestens 5 bis 10 Therapiestunden pro Woche über einen Zeitraum von 7 Wochen vor. Die Klägerin verweist hierzu auf die einschlägige Leitlinien "Rehabilitation aphasischer

Störungen nach Schlaganfall" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Die zu diesem Thema durchgeführte FCET2EC-Studie belege die Wirksamkeit einer stationär-intensiv-logopädischen Behandlung in dem von der Klägerin angewendeten Behandlungsniveau und der durchgeführten Behandlungsintensität. Diese Studie sei eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie der höchsten Evidenzkategorie ("Class I"- Evidence). Die Therapieintensität im Rahmen der Studie habe 10 Stunden Einzeltherapie pro Woche betragen. Das Konzept der Aphasiestation der Klägerin habe Modell gestanden für das Studiendesign und belege allein die Wirksamkeit einer stationären Behandlung in dem von der Klägerin vorgehaltenen Versorgungsumfang. Eine hinsichtlich der Behandlung des Erkrankungsbildes gleichermaßen wirksame Rehabilitationsmaßnahme sei nicht belegbar. Es gehöre zur Aufgabe der Krankenversicherung, die Gesundheit des Versicherten wiederherzustellen bzw. seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Dementsprechend beziehe sich der Therapieansatz der Klägerin auf das Krankheitsbild selbst, also direkt auf die Aphasie und die Verbesserung der neuropsychologischen Erkrankung. Im Gegensatz dazu verfolge die medizinische Rehabilitation das Ziel, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt einer rehabilitativen Maßnahme liege in der Behandlung der aus der Erkrankung resultierenden Funktionseinschränkungen gemäß ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Die Klägerin verweist darauf, dass in zahlreichen Urteilen verschiedener Sozialgerichte bestätigt worden sei, dass es sich bei der Aphasiebehandlung der Klägerin um Krankenhausbehandlung handele. Auch die stationäre Behandlung des Patienten T.X. sei nach Art und Schwere der Erkrankung als Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen. Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 12.581,45 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.06.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung der Versicherten Q.W. sei erfüllt. Sie habe ihren Rückforderungsanspruch aus der bereits geleisteten Vergütung der Behandlung des Versicherten T.X. wirksam gegen den Anspruch der Klägerin aus der Behandlung der Q.W. in Höhe der Klageforderung aufgerechnet. Zur Begründung führt sie in Bezug auf die Behandlung des Versicherten T.X. aus:

"Der MDK hat im Rahmen der Begutachtung festgestellt, dass der streitgegenständliche stationäre Aufenthalt bereits dem Grunde nach medizinisch nicht notwendig war. Inhaltlich führte MDK aus, dass es sich um keine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V gehandelt hat, da nicht die Behandlung/Linderung von Krankheiten Anlass für die stationäre Aufnahme und Ziel der Maßnahmen war. Der Versicherte war nach einer Akutphase der ICB in einer Klinik in Erkelenz in das Haus der Klägerin verlegt worden. Die Verlegung erfolgte ausschließlich zur Durchführung einer intensivierten Sprach- und Sprechtherapie auf der Aphasiestation. Es ging also eben nicht um die Heilung von Krankheiten oder die Linderung von Schmerzen bzw. Beschwerden.

Vorliegend ging es um die Wiederherstellung verloren gegangener Fähigkeiten (Sprache bzw. Sprechen). Dies ist Teil einer Rehabilitationsbehandlung.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist zwischen einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V und einer Rehabilitationsbehandlung im Sinne von § 40 SGB V wie folgt zu unterscheiden:

Nach § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b) und Nr. 2 SGB V dienen Rehabilitationseinrichtungen der stationären Behandlung der Patienten "um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern". Es ist zudem erforderlich, dass diese Einrichtungen "fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen".

Krankenhäuser sind demgegenüber "Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten [§ 107 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB V). Die Rechtsprechung hat u.a. daraus als besondere Mittel des Krankenhauses auf eine apparative Mindestausstattung, ein geschultes Pflegepersonal und eine jederzeit präsenten bzw. Ruf bereiten Arzt geschlossen. Regelmäßig ist eine Gesamtschau unter Berücksichtigung der Verhältnisse des einzelnen Falles erforderlich, die jedoch nur nach objektiven Merkmalen und Kriterien erfolgen kann (vgl. BSG - B 3 KR 14/07 R).

Vorliegend ging es nicht um eine akute medizinische Behandlung, welche eine ärztliche Behandlung zum wesentlichen Gegenstand hatte und welche der besonderen Mittel eines Krankenhauses, insbesondere einer jederzeitigen Interventionsbereitschaft eines Arztes, einer jederzeitigen Verfügbarkeit von qualifiziertem Pflegepersonal sowie einer besonderen apparativen Ausstattung bedurfte.

Der Versicherte war aus dem Hause der Klägerin am 6.4.2016 zurück in die Klinik nach Erkelenz verlegt worden. Dort erhielt er eine neurologische Komplexbehandlung bestehend aus Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, physikalische Therapie und aktivierender Pflege. Da die dortige Therapie offenbar nicht zur Verbesserung der schweren Aphasie (Sprachverlust} geführt hatte, erfolgte die gezielte und erneute Aufnahme im Hause der Klägerin zur Verbesserung der Sprachfähigkeit.

Es ging hier also um die Wiederherstellung bzw. Verbesserung einer verloren gegangenen Fähigkeit, nämlich der Fähigkeit des Sprechens. Dies ist eine Rehabilitationsmaßnahme, da der Sprachverlust kompensiert werden sollte. Es ging nicht um die ärztliche Behandlung einer akuten Erkrankung durch operative, medikamentöse etc. Maßnahmen. Es ging auch nicht um die Linderung von akuten Beschwerden. Es ging vielmehr um Verbesserung bzw. Beseitigung einer körperlichen Behinderung in Form des Sprachverlustes. Sprachtherapie ist eine Domäne der Logopädie. Diese Behandlung ist nicht im Schwerpunkt ärztlich geleitet, allenfalls gelegentlich ärztlich begleitet. Logopädie findet regelmäßig ambulant statt.

Wie der zuvor zitierten höchstrichterlichen Rechtsprechung zu entnehmen ist, hängt die Zuordnung einer Versorgung entweder zum Sektor der Krankenhausbehandlung oder zu dem der stationären Rehabilitation weitgehend von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab.

Da es vorliegend nicht um die Heilung oder Linderung von akuten Beschwerden ging, der Patient die Akutversorgung zuvor bereits im Hause der Klägerin und im einer Klinik in Erkelenz erhalten hatte, diese abgeschlossen war und auch im hier streitgegenständlichen Zeitraum nicht mehr fortgesetzt wurde, handelte es sich nicht um eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V. Die Intensität ärztlicher Tätigkeit stand nicht im Vordergrund, vielmehr trat sie deutlich hinter die Sprachtherapie zurück. Das Behandlungsziel entsprach nicht dem eines Krankenhauses, sondern dem einer Rehabilitationsklinik. Sofern die Klägerin ihr ausführt, aufgrund des jungen Alters des Patienten, des trotz Behandlung persistierenden störungsspezifischen Erkrankungsbildes einer schweren Aphasie und des zum Behandlungszeitpunkts erst kurze Zeit zurückliegenden Schadensereignisses habe die Indikation zur stationären Aufnahme und Behandlung im Hause der Klägerin bestanden, verkennt die Klägerin ganz offensichtlich, dass es für die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation nicht auf das Alter, nicht auf die persistierende Situation und den zeitlichen Zusammenhang zum Schadensereignis ankommt. Maßgeblich ist allein, mit welchem Ziel die Behandlung stattfand und ob sie dem Grunde nach einer Krankenhausbehandlung und somit im Schwerpunkt einer ärztlichen Behandlung entsprach. Dies war nicht der Fall.

Der Aufbau eines Störungsbewusstseins, die Störungswahrnehmung und die störungsspezifischen Übungsformen entsprechend keiner ärztlich geleiteten Behandlung. Wie die Klägerin selbst ausführt bestand die Behandlung aus Logopädie, Neuropsychologie und Therapien im Bereich Wortabruf, Schriftsprache, Sprachverständnis, Störungswahrnehmung und Sprachkontrolle. Dies wird von Therapeuten durchgeführt, welche sämtlich in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorhanden sind. Diese Therapien bedürfen nicht der täglich 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit, sie bedürfen nicht einer jederzeitigen Verfügbarkeit von besonders qualifiziertem Pflegepersonal und sie bedürfen auch nicht der besonderen apparativen Ausstattung.

Es handelte sich somit nicht um eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V. Folglich bestand keine medizinische Notwendigkeit dieser Krankenhausbehandlung. Rehabilitation findet im Hause der Klägerin nicht statt. Sie ist ein Krankenhaus."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Vergütung wegen der Behandlung eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 – B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist auch begründet.

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Versicherten T.X ... Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Rest-Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlung der Versicherter Q.W., aus der die Klägerin – dies ist unstreitig – zunächst Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung in voller Höhe hatte. Die Rest-Forderung der Klägerin aus dieser Behandlung ist in Höhe der Klageforderung begründet, da die Beklagte dagegen mit ihrem vermeintlichen Rückforderungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten T.X. nicht wirksam aufgerechnet hat. Die Klägerin hatte der Beklagten aus dieser Behandlung am 25.08.2016 zurecht 12.581,45 EUR in Rechnung gestellt, die die Beklagte auch zurecht bezahlt hat. Die Klägerin hatte Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung des Versicherten T.X., da diese als Krankenhausbehandlung notwendig war.

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Kläge-rin ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung von Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV).

Nach Auswertung aller ihr über den Behandlungsfall des Versicherten T.X. bekannt gewordenen Umstände, medizinischen Unterlagen und Stellungnahmen ist die Kammer davon überzeugt, dass die Behandlung auf der Aphasiestation der Klägerin als stationäre Krankenhausbehandlung notwendig war, weil der Versicherte im streitbefangenen Zeitraum krankenhausbehandlungsbedürftig war.

Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Besondere Mittel des Krankenhauses sind u.a. eine operative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt. Dabei fordert die Rechtsprechung für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht sie ihn stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbeachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R - m.w.N.). Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Zur Beurteilung der Notwendigkeit ist von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (BSG/Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 - GS 1/06). Nach diesen Grundsätzen war die Behandlung des Versicherten T.X. vom 18.04. bis 03.06.2016 als stationäre Krankenhausbehandlung notwendig.

Die seit vielen Jahren in der Klinik der Klägerin durchgeführte Aachener Aphasiespezialbehandlung wird als intensive multidisziplinäre Komplexbehandlung durchgeführt und ist als solche in der medizinischen Fachwelt anerkannt. Sie umfasst logopädische Intensivtherapie, physiotherapeutische Behandlung der Grob- und Feinmotorikstörung, physikalische Therapie, neuropsychologische Diagnostik und neuropsychologisches Training am Computer, Dyskalkuliediagnostik sowie ein Training zur Zahlenverarbeitung, Milieutherapie zur Verbesserung der Selbstständigkeit im Alltag, neurologische und internistische Kontrolluntersuchungen sowie kontinuierliche ärztliche Betreuung. Das Behandlungsangebot wird für jeden Patienten individuell angepasst. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel sieben Wochen. Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung auf der Aachener Aphasiestation wird im Einzelfall entweder durch ausführliche neurologische, neuropsychologische und neulinguistische Untersuchungen in der Sprachambulanz vor Ort ermittelt oder durch sorgfältige Evaluation von früheren Befundberichten (vgl. "Die Aachener Aphasiebehandlung: Informationen für Krankenkassen und medizinische Dienste" der Klägerin, Blatt 50 bis 54 der Gerichtsakte, vorgelegt mit der Anlage K6 zur Klageschrift). Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie "Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall" (Stand: 9/2012; Gültigkeit verlängert bis 2017) ist ein wesentlicher Einflussfaktor die Therapieintensität. Studien haben gezeigt, dass eine höhere Therapiefrequenz mit einem größeren positiven Behandlungseffekt einhergeht. Gegebenenfalls ist auch nach mehr als zwölf Monaten nach dem Schlaganfallereignis eine Wiederholung von stationärer Behandlung mit Intensivtherapie (sechs bis acht Wochen mit möglichst täglichen Therapiestunden) notwendig.

Aus den ausführlichen Berichten der Klinik für Neurologie – Aphasiestation – der Klägerin, die der Klageschrift beigefügt waren, ergibt sich, das aufgrund der akuten Symptomatik zunächst stimulierend und sprachaktivierend mit dem Patienten gearbeitet wurde. Hierbei war der Aufbau des Störungsbewusstseins ein essentieller Therapieschwerpunkt. Im Rahmen der Behandlung verbesserte der Versicherte T.X. schnell seine Störungswahrnehmung und schätzte seine Symptomatik zunehmend richtig ein. Daraufhin konnte zu störungsspezifischen Übungsformen übergegangen werden. Hier lagen die Schwerpunkte in den Therapiebereichen Wortabruf und Textarbeit. Der Patient erhielt im Rahmen der Aphasiebehandlung u. a. durchschnittlich 7,5 Stunden Logopädie pro Woche, sowie 0,4 Stunden Neuropsychologie pro Woche und 1,3 Stunden Kommunikative Gruppentherapien pro Woche. Der Behandlungsumfang betrug somit 9,2 Therapiestunden pro Woche im Bereich Sprache/Kommunikation. Unter dem Einfluss der Intensivtherapie in den Bereichen Wortabruf, Schriftsprache, Sprachverständnis, Störungswahrnehmung und Sprachkontrolle verbesserte sich das Erkrankungsbild des Patienten in allen Bereichen deutlich. Zu Beginn und zum Ende der Behandlung wurden Untersuchungen der Benennleistungen auf Wortebene mittels Wortproduktionsprüfung (WPP) durchgeführt. Hierbei konnten mündlichen Benennen von Worten signifikante Verbesserungen erzielt werden. Der Patient erreichte im Rahmen der 7-wöchigen Therapie sehr gute sprachliche Verbesserungen in den Bereichen Sprachaktivierung, Störungswahrnehmung, Wortabruf und Textarbeit. Der abschließend durchgeführte Aachener Aphasie Test (AAT) zeigte, dass sowohl in der Spontansprache als auch in den Untertests des AAT nur noch leichte bis minimale Einschränkungen Vorlagen (vgl. Tabelle Aachener Aphasie Test: überwiegend Prozentränge)90). Die intensive Aphasietherapie führte nachweislich dazu, dass bei Entlassung nur noch eine Restaphasie bestand.

Die Beklagte hat zutreffend aus der Vorschrift des § 107 SGB V zitiert. Sie verkennt jedoch, dass die Grenzen zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation nicht starr ("entweder – oder") verlaufen, sondern fließend sind und ineinander übergehen bzw. sich überschneiden können. Rehabilitationseinrichtungen dienen der stationären Behandlung der Patienten, um u.a. auch "eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern" (vgl. § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b) SGB V); genau diesem Ziel dient auch stationäre Krankenhausbehandlung. Die Krankenhausbehandlung umfasst andererseits nicht nur die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; vielmehr umfasst die akutstationäre Behandlung "auch die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Unstreitig war die neurologische Komplexbehandlung des Versicherten T.X. vom 06.04.2016 bis zur Verlegung in das Krankenhaus der Klägerin am 18.04.2016, in deren Verlauf er im Krankenhaus Erkelenz im interdisziplinären Team Logopädie, Ergo- und Physiotherapie, physikalische Therapie und aktivierende Pflege erhielt, Krankenhausbehandlung i.S.v. § 39 SGB V. Aber auch die sich anschließende Aphasiespezialbehandlung diente sowohl der Behandlung einer Krankheit – "Aphasie" (ICD-10-Ziffer R47.0 – als auch der Frührehabilitation gem. § 39 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V. Die Verlegung in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte nur deshalb, weil die Behandlung im Krankenhaus Erkelenz nicht zur Verbesserung der schweren Aphasie geführt hatte. In dem Umfang und insbesondere in der Intensität, wie die bei dem Versicherten T.X. erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen im Rahmen der "Aachener Aphasiebehandlung" erbracht worden sind, waren sie nur im Krankenhaus der Klägerin möglich und durchführbar. Diese Leistungen hätten in diesem Umfang und dieser Intensität in keinem anderen Krankenhaus und auch in keiner Rehabilitationseinrichtung erbracht werden können. Dies wird auch von der Beklagten nicht bestritten. Jedenfalls hat sie weder zum damaligen Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten T.X. noch im Verlauf dieses Verfahrens eine solche Einrichtung benennen können.

Dass es sich bei der "Aachener Aphasiebehandlung" um eine Behandlung handelt, die stationär nur in einem Krankenhaus durchgeführt wird und als solche Krankenhausbehandlung i.S.v. § 39 SGB V ist, hat die Kammer bereits durch rechtskräftiges Urteil vom 11.01.2011 (S 13 KR 55/10) festgestellt und ist in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung seit vielen Jahren anerkannt (vgl. Sozialgericht [SG] Trier, Urteil vom 09.05.2007 – S 5 KR 10/08; SG Nürnberg, Urteil vom 08.05.2014 – S 7 KR 176/13; SG Aachen, Urteil vom 24.03.2016 – S 15 KR 365/13; SG Detmold, Beschluss vom 27.07.2016 – S 3 KR 558/16 ER). Dies trifft auch für den vorliegenden Fall zu.

Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Die Klägerin hat der Beklagten die Kosten der Krankenhausbehandlung der Versicherten Q.W. in Höhe von 16.449,08 EUR am 26.05.2017 in Rechnung gestellt. Da die Beklagte den (um 12.581,45 EUR gekürzten) Betrag von 3.867,63 EUR am 13.06.2017 gezahlt hat, ist sie jedenfalls seit dem 13.06.2017 mit der Vergütung der Restforderung in Verzug. Daher ist das Zinsbegehren der Klägerin sowohl nach dessen Beginn als auch der Höhe nach (vgl. § 15 KBV) begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2019-10-17