

S 34 KR 1072/03

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
34
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 34 KR 1072/03
Datum
30.09.2005
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4126,40 EUR nebst 2 % Zinsen über den Basiszinssatz zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 4126,40 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer teilstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten R. M ...

Der 1962 geborene Versicherte R. M. leidet an einer schweren Angst- und Persönlichkeitsstörung, einer Depression, Spielsucht und Anpassungsstörung. Darüber hinaus besteht u.a. ein Zustand nach zwei Herzklappenoperationen im Rahmen einer schweren psychosozialen Belastungssituation.

Der Versicherte befand sich in der Zeit vom 28.06.2002 bis 29.11.2002 in tagesklinischer Behandlung des Klinikums N. O., deren Träger der Kläger ist. Dabei wurden umfassende therapeutische Maßnahmen in Form von Einzelgesprächen und der Teilnahme an zahlreichen Therapiegruppen durchgeführt.

Am 22.08.2002 kam es vor einer Bahnfahrt zu einem Gerichtstermin zum psychischen Zusammenbruch des Versicherten. Daraufhin erfolgte eine stationäre Aufnahme als Maßnahme der Krisenintervention. Am 09.09.2002 zog sich Herr M. in der Sporttherapie eine Beinverletzung zu, die eine länger andauernde schmerzhafte Bewegungseinschränkung zur Folge hatte. Eine Fortsetzung der Therapie in der Tagesklinik war deshalb zunächst nicht möglich und der Versicherte befand sich in der Zeit vom 20.09.2002 bis 30.9.2002 zu Hause. In der Stellungnahme vom 23.08.2002 über die stationäre Behandlung wird ausgeführt, dass die Wiederaufnahme in der Tagesklinik fest geplant sei und die weitere Dauer der Behandlung von den noch abzuarbeitenden Therapiezielen abhängen. Eine ambulante Weiterbehandlung sei nicht möglich.

Am 30.9.2002 wurde der Versicherte wieder in die Tagesklinik aufgenommen und bis zum 29.11.2002 behandelt.

Nach negativen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) (vom 11.11.2002, 18.12.2002 und 10.2.2003) auf Grund einer Verlängerungsanzeige der Klinik vom 21.10.2002 verweigerte die Beklagte die Kostenübernahme für die Behandlung in der Tagesklinik für die Zeit vom 22.10.2002 bis 29.11.2002. Nach Auffassung des MDK und der Beklagten sei schon der Grund für die stationäre Wiederaufnahme nicht ersichtlich. Die Behandlung hätte auch ambulant durchgeführt werden können und aus den Krankenakten ergäben sich die für die Zeit ab 30.9.2002 lediglich zwei nicht aussagekräftige Eintragungen.

Mit Rechnung vom 04.06.2003 machte der Kläger für die Behandlung in der Zeit vom 22.10.2002 bis 29.11.2002 einen Gesamtbetrag von 4126,40 EUR geltend.

Der Kläger hat am 25.07.2003 Klage erhoben. Der Versicherte hätte bis zum Abschluss der Behandlung der Tagesklinik nicht ambulant behandelt werden können. Es sei keine ausreichende Stabilität vorhanden gewesen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4126,40 EUR nebst 2% Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 19.6.2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die Stellungnahmen des MDK.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte und die Krankenakten des Klinikums N. beigezogen und Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens nach Aktenlage. Der Neurologe und Psychiater Dr. B. ist in seinem Gutachten vom 06.04.2004 zu dem Ergebnis gekommen, dass in Anbetracht der Vielzahl von psychischen Erkrankungen und deren Schwere die teilstationäre Behandlung für den gesamten Zeitraum notwendig gewesen sei. Es wird Bezug genommen auf das Sachverständigengutachten vom 06.04.2004, Blatt 22 bis 28 der Prozessakte.

Die Beklagte hat daraufhin vorgetragen, dass ihrer Ansicht nach die Dokumentation nicht ausreichend sei und damit der Beweis von der Klägerseite nicht geführt werden können.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf Vergütung in Höhe von 4126,40 EUR für Behandlungskosten im Rahmen eines teilstationären Krankenhausaufenthalts des Versicherten. Der mit der Behandlungspflicht korrespondierende Vergütungsanspruch ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002, die zwischen den Beteiligten auf der Grundlage von §§ 17 und 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i. V. m. der Bundespflegesatzverordnung vereinbart wurde.

Der Anspruch setzt die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gem. § 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch- fünftes Buch (SGB V) voraus. Diese Notwendigkeit bestand nach Auffassung der Kammer für den gesamten Behandlungszeitraum, also auch für die Zeit vom 22.10.2002 bis 29.11.2002. Das Gericht schließt sich den nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Dr. B. an.

Die Darstellungen des Sachverständigen sind plausibel und in sich stimmig. Er hat auf die Vielzahl von schweren psychischen Erkrankungen, unter denen der Versicherte litt, wie Depression, Angststörungen, Spielsucht und eine Persönlichkeitsstörung verwiesen. Es handele sich um einen schwer gestörten, mehrfach erkrankten Patienten, der auch somatisch schwer krank gewesen sei und bei dem zwei belastende Herzklappenoperationen durchgeführt werden mussten. Im Behandlungszeitraum habe es zusätzlich zahlreiche belastende Umstände wie Unterhaltszahlungen, Wohnungsprobleme und Gerichtsverhandlungen gegeben. Die Argumentation und das Behandlungskonzept des behandelnden Arztes seien durchaus schlüssig. Obwohl die Unterlagen des Krankenhauses im streitgegenständlichen Zeitraum keine wesentlichen Eintragungen enthielten, sei die teilstationäre Behandlung auch in der Zeit vom 22.10. 2002 bis 29.11.2002 auf Grund der Erkrankungen erforderlich gewesen. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, dass es sich nicht um eine Wiederaufnahme einer zunächst abgeschlossenen Behandlung gehandelt habe, sondern um die Fortsetzung der im Juni begonnen teilstationären Behandlung.

Die Einschätzung des Sachverständigen steht im Einklang mit den ärztlichen Berichten über die durchgeführte Behandlung und den stationären Aufenthalt.

In dem Entlassungsbericht vom 29.11.2002 wird die weitere teilstationäre Behandlung ausdrücklich mit der Notwendigkeit ständiger ärztlicher Präsenz begründet, die für die Bewältigung der Schwierigkeiten auf der äußeren Ebene (Gericht und Ämter) des Patienten notwendig gewesen sei. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass ein solches äußeres Ereignis, nämlich die bevorstehende Gerichtsverhandlung in einem Unterhaltsverfahren am 22.08.2002 trotz schon begonnener teilstationärer Behandlung zu einem psychischen Zusammenbruch und damit zu einer (voll)stationären Aufnahme des Patienten geführt hat. Die Einschätzung, dass für die Bewältigung derartiger Ereignisse eine teilstationäre Behandlung mit der Präsenz von medizinischem Fachpersonal erforderlich ist, um nur wenige Wochen nach diesem Zusammenbruch einen Rückfall und einen erneuten stationären Aufenthalt zu verhindern, ist plausibel.

Vor diesem Hintergrund ist die Eintragung, dass am 05.11.2002 eine Gerichtsverhandlung im Zusammenhang mit der Unterhaltsstreitigkeit stattfand von Bedeutung. Gerade wegen eines solchen Verhandlungstermines kam es im August zum psychischen Zusammenbruch des Patienten. Es bestand also noch im November 2002 die begründete Gefahr, dass es ohne besondere Betreuung in Form von engmaschiger Kontrolle und einem multiplen Therapieansatz im Hinblick auf den Gerichtstermin zu einem Rückfall kommen kann. Es ist nachvollziehbar, dass durch die in der Klinik durchgeführten Therapiemaßnahmen und dem dadurch vorgegebenen Tagesrhythmus eine stabilisierende Wirkung erzielt werden konnte, die durch eine ambulante Therapie nicht ohne weiteres sichergestellt gewesen wäre. Es bestand jedenfalls die Gefahr, dass der Patient im Zusammenhang mit einem nachweislich schwer belastenden Ereignis ohne Kontrolle durch einen engmaschigen und aufeinander abgestimmten Therapieansatz wieder in alte Strukturen verfällt. Hinzu kommt, dass den Verlaufsberichten des Behandlungsteams nach Einschätzung des Sachverständigen entnommen werden kann, dass Herr M. immer wieder " Stress " mit äußeren Problemen wie Rohrbruch in seiner Wohnung, Gerichtsterminen und Unterhaltszahlungen für die Kinder gehabt hätte. Auch hier wird deutlich, dass derartige äußere Ereignisse den Versicherten leicht negativ beeinflussen konnten.

Der Sachverständige hat den vom behandelnden Arzt gewählten Therapieansatz einschließlich der Behandlungsdauer für insgesamt schlüssig gehalten. In diesem Zusammenhang ist auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu verweisen, wonach bei einer schweren psychischen Erkrankung ein komplexer Behandlungsansatz auch über einen längeren Zeitraum in Form von einem stationären Aufenthalt gerechtfertigt sein kann (BSG vom 16.02.2005- [B 1 KR 18/03 R](#), [SozR 4- 2500 § 39 Nr. 4](#)). Wenn nur durch das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus Diplompsychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz Erfolg versprechend verwirklicht werden kann, sei eine stationären Behandlung als notwendig anzusehen (BSG vom 16.02.2005- [B 1 KR 18/03 R](#), [SozR 4- 2500 § 39 Nr. 4](#)).

Vorliegend wurden zahlreiche Therapiemaßnahmen im Sinne eines solchen komplexen Behandlungsansatzes durchgeführt. Laut

Entlassungsbericht vom 29.11.2002 fanden folgende therapeutische Maßnahmen statt: Einzelgespräche, Therapiegruppe, Bezugsgruppe, psychoedukative Gruppe: " Persönlichkeitsstörung ", Tanz- Bewegungs- Ergo- Kunsttherapie, Männergruppe, Entspannungsübungen, Rhythmus und Stimme, Trommelgruppe, Sporttherapie, Kochgruppe, sozialtherapeutische Aktivitäten, medikamentöse Behandlung, Visiten und die Teilnahme an einer ambulanten Therapiegruppe für Spielsüchtige. Bei derartig zahlreichen Therapiemaßnahmen stellt sich die berechnete Frage, ob das verfolgte Therapiekonzept durch ambulante Maßnahmen überhaupt hätte ersetzt werden können und ob eine solche ambulante Therapie überhaupt möglich gewesen wäre. Eine pauschale Verweisung darauf, dass die Therapie auch jeweils ambulant hätte durchgeführt werden können ist aber nach der Rechtsprechung des BSG nicht möglich (BSG vom 16.02.2005- [B 1 KR 18/03 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#)).

Es ist unerheblich, dass die Krankenakte nur zwei Eintragungen enthält. Der Sachverständige hat diesen Umstand berücksichtigt und ist dennoch nachvollziehbar zu dem Ergebnis gelangt, dass die teilstationäre Behandlung auch für den streitgegenständlichen Zeitraum (22.10.2002 bis 29.11.2002) gerechtfertigt gewesen sei. Der Sachverständige hat dargelegt, dass die Behandlung auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung und insbesondere äußeren Umstände, mit denen der Patient während des Behandlungszeitraums konfrontiert war, notwendig gewesen ist. Damit konnte der klagende Krankenhausträger den ihm obliegenden Beweis der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung führen. Eine Entscheidung nach der Beweislast ist nicht statthaft.

Erst wenn ein Sachverständiger zu dem Ergebnis gelangt ist, dass die Behandlung möglicherweise medizinisch begründet wäre, jedoch auf Grund der nicht vorliegenden oder unzureichenden Dokumentation des Krankenhauses eine konkrete Beurteilung nicht möglich sei, wäre eine Entscheidung nach der Beweislast statthaft. Allerdings erst, wenn andere verfügbare Beweismittel wie z. B. die Einvernahme des behandelnden Arztes (oder des Versicherten) als Zeuge oder die Beiziehung weiterer Unterlagen nicht zu der erforderlichen Überzeugungsbildung führen, kann der Beweis nicht erbracht werden und es ist nach der Beweislast zu entscheiden. Die Prognose, dass ein Beweismittel möglicherweise nicht den gewünschten Beweis erbringen kann, rechtfertigt dabei nicht, dass die Beweisaufnahme unterbleibt.

Der Umstand, dass das Krankenhaus der Dokumentationspflicht eventuell nicht in ausreichendem Maße nachgekommen ist, bedeutet nicht automatisch, dass der Beweis der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht mehr erbracht werden kann. Das BSG verweist in der von der Beklagten zitierten Entscheidung ausdrücklich in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, ein Sachverständigengutachten einzuholen (BSG vom 17.05.2000- [B 3 KR 33/99 R](#), [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Der Fall betrifft auch eine andere Fallkonstellation. Das BSG hat ausgeführt, dass bei unterbliebener oder unzureichender Dokumentation die Beweislast auch bei einer Kostenübernahmeerklärung der klagenden Krankenkasse wieder auf das Krankenhaus übergeht und keine Beweislastumkehr eintritt. Ohne eine solche Kostenübernahmeerklärung verbleibt es wie im vorliegenden Fall für den Zeitraum vom 22.10.2002 bis 29.11.2002 bei dem Grundsatz, dass die Beweislast bezüglich der Notwendigkeit der Behandlung dem Krankenhausträger obliegt. Dass eine unzureichende Dokumentation ohne weiteres zu einem Verlust des Anspruchs führt ergibt sich aus der Entscheidung gerade nicht und stünde im Übrigen im Widerspruch zu den allgemeinen Regeln des Amtsermittlungsgrundsatzes. In dem vom BSG entschiedenen Fall erfolgte eine Zurückverweisung an das Landessozialgericht zur weiteren Sachverhaltsaufklärung bezüglich der Frage, ob die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten gewesen sei. Das wiederum bedeutet, dass eine unzureichende Dokumentation nicht automatisch zum Verlust des Anspruchs führen kann. Eine Zurückverweisung wäre ansonsten nicht statthaft gewesen.

Im Übrigen kann die Frage, ob die Dokumentation ausreichend ist im Regelfall nur durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens beurteilt werden. Ein medizinischer Laie vermag keine Aussage zu treffen, was dokumentiert werden muss und welche Aussagekraft einer Dokumentation zukommt. Die Beklagte stellt in diesem Zusammenhang auf die Anzahl der Eintragungen ab. Es stellt sich die Frage, wie viele Eintragungen denn grundsätzlich und im Einzelfall erforderlich sind, um beurteilen zu können, ob ein Krankenhausaufenthalt bzw. die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes medizinisch begründet ist. Eine pauschale Betrachtungsweise ist nicht möglich. Es ist vielmehr im Einzelfall zu prüfen, welche Aussagekraft die Dokumentation hat und ob zumindest im Zusammenhang mit weiteren Erkenntnisquellen die medizinische Indikation beurteilt werden kann.

Der geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus § 5 Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002. Versehentlich wurde der Beginn der Verzinsung im Tenor nicht aufgeführt. Es handelt sich um eine Auslassung im Sinne von [§ 319](#) Zivilprozessordnung. Der Klage sollte in vollem Umfang stattgegeben werden und Zinsen wie in der Klageschrift und in der mündlichen Verhandlung beantragt ab 19.06.2003 zugesprochen werden. Von einer Berichtigung sieht das Gericht zunächst ab. Der Bevollmächtigte der Beklagten hat in der mündlichen Verhandlung erklärt, dass die Beklagte notfalls eine Entscheidung durch das BSG herbeiführen wolle. Die Sprungrevision wurde nicht zugelassen, so dass zunächst ein Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht durchzuführen ist. Es handelt sich um eine weitere Tatsacheninstanz und eine Korrektur kann ohne weiteres innerhalb dieses Verfahrens vorgenommen werden. Ansonsten kann ein Berichtigungsantrag beim erkennenden Gericht gestellt werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der Streitwert ergibt sich aus [§ 52 GVG](#).
Rechtskraft

Aus
Login
NRW
Saved
2006-02-21