

---

## S 25 KR 568/14

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 25 KR 568/14
Datum	17.10.2018

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 132/18
Datum	26.08.2020

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist ein Anspruch auf Vergütung wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung.

Die am xxxxx 1958 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte H. (im Folgenden: Versicherte) befand sich in der Zeit vom 4. April 2011 bis 3. August 2011 in stationärer Behandlung in dem von der Klägerin betriebenen Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die Aufnahme auf der Psychotherapiestation erfolgte planmäßig nach einer Verordnung des Hausarztes der Versicherten mit den Diagnosen ICD-10 F32.9 (depressive Episode), F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) und F48.0 (Neurasthenie). Nach dem Miterleben des Todes des Ehemannes der Versicherten im Oktober 2006, den sie als Krankenschwester selbst vergeblich zu reanimieren versucht hatte, hatte sie in der Zeit vom 23. Oktober 2007 bis zum 4. Dezember 2007 zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Bund eine stationäre

---

Behandlung zur medizinischen Rehabilitation in der M. Klinik H1, Abteilung Psychosomatik, erhalten (Diagnosen v.a.: ICD-10 F32.1 (mittelgradige depressive Episode), Z73 (Autarkie-/Versorgungskonflikt) sowie F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung, Teilbild)). Sie war mit der Empfehlung entlassen worden, eine ambulante Psychotherapie, eventuell eine spezielle Traumatherapie, zu beginnen. Zuvor hatte die Versicherte lediglich probatorische Sitzungen absolviert. Zwischen dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme und der Aufnahme im Krankenhaus der KIÄrgerin waren weder ambulante noch teilstationäre noch sonstige fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen erfolgt

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung zur stationären Krankenhausbehandlung am 4. April 2011 gab die Versicherte an, sich schnell überfordert zu fühlen. Sie traue sich selbst Dinge, die sie früher ohne Probleme erledigt habe, nicht mehr zu. Sie weine viel und grübele über den Tod ihres Ehemannes. Zurzeit fühle sie sich nicht mehr in der Lage, ihrer Arbeit (Telefondienst bei einer Krankenkasse, die Tätigkeit als Krankenschwester habe sie seit dem Tod ihres Ehemannes nicht mehr ausüben können) nachzugehen und ihren Alltag zu bewältigen. Die vorläufige Behandlungsdiagnose lautete Anpassungsstörung im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion (ICD-10 F43.2).

Im Rahmen der stationären Behandlung nahm die Versicherte am interdisziplinären Stationsprogramm, bestehend aus psychologischen Einzelgesprächen, Gesprächsrunden, Ergo-, Tanz- und Werktherapie, Stationsforum, gemeinsamen Freizeitaktivitäten sowie psychotherapeutischen Visiten, teil.

Ab dem zweiten Wochenende verließ die Versicherte regelmäßig für das Wochenende (Samstagmorgen bis Sonntagabend) das Krankenhaus der KIÄrgerin für Tagesbelastungen/Belastungserprobungen mit Übernachtung. Im weiteren Verlauf erfolgten auch unter der Woche zusätzliche Tagesbelastungen und Tagesbelastungen mit häuslicher Übernachtung.

Mit Verlängerungsanzeige vom 22./24. Juni 2011 beantragte die KIÄrgerin bei der Beklagten unter Angabe der Diagnose ICD-10 F43.2 (Anpassungsstörungen) die Fortführung der stationären Behandlung der Versicherten für weitere Wochen bis zum 29. Juli 2011 und verwies zur Begründung auf immer wieder eintretende emotionale Krisen, ausgelöst durch Erinnerung an den verstorbenen Ehemann, aktuell durch dessen Geburtstag. Das Erleben der Trauer führe zu hoher Ambivalenz im Umgang damit. Bei der Bewältigung der Trauer benötige die Versicherte eine engmaschige Betreuung und Führung mit Gesprächs- und Therapieangeboten. Die Versicherte sei noch nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen.

Am 3. August 2011 wurde die KIÄrgerin aus der stationären Behandlung entlassen. Der Entlassungsbericht vom 6. Dezember 2011 nannte als Behandlungsdiagnosen v.a. ICD-10 F33.2 (rezidivierende depressive Störung, schwere depressive Episode) sowie F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung). Die Versicherte habe sich zum Behandlungsende wieder in der Lage gesehen, ihre

---

Arbeit aufzunehmen. Medikamenten war die Klägerin auf V. 50 mg eingestellt worden (Medikation bei Aufnahme: V. 25 mg zur Nacht). Eine Veränderung der Medikation bzw. eine Kombinationstherapie habe die gegenüber Psychopharmaka skeptische Versicherte abgelehnt. Gemeinsam mit der Sozialarbeiterin der Klägerin und in Absprache mit Ihrem Arbeitgeber plane die Versicherte den beruflichen Wiedereinstieg nach dem Hamburger Modell.

Die Klägerin stellte der Beklagten für den Aufenthalt der Versicherten vom 4. April 2011 bis zum 3. August 2011 Behandlungskosten in Höhe von insgesamt 28.819,88 Euro in Rechnung, die zunächst unter Vorbehalt und mit dem Hinweis auf die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung beglichen wurden.

Der MDK N. (Gutachter: Dr. S.) kam nach Auswertung der Krankenakte einschließlich des Entlassungsberichts vom 6. Dezember 2011 in seinem Gutachten vom 14./19. Juni 2012 zu dem Ergebnis, dass die Krankenhausbehandlung über den 18. April 2011 hinaus nicht erforderlich gewesen sei. Hinsichtlich des darüber hinausgehenden Behandlungszeitraums von 107 Behandlungstagen sei von sekundärer Fehlbelegung auszugehen. Zwar könne die Indikation zur Aufnahme der Versicherten in vollstationäre Krankenhausbehandlung in Hinblick auf deren psychische Situation im Vorfeld und den psychopathologischen Aufnahmebefund noch nachvollzogen werden, obwohl bis dahin keine ambulante Behandlung erfolgt sei. Die Krankenhausbehandlung hätte jedoch bis zum 18. April 2011 abgeschlossen werden können. Die Versicherte sei vom 15. bis 17. April also noch nicht einmal zwei Wochen nach erfolgter Aufnahme fast durchgehend beurlaubt gewesen und anschließend nochmals vom 21. April bis 25. April. Somit sei die Versicherte in diesem Zeitraum an insgesamt acht von elf Tagen beurlaubt gewesen. Insofern könne in dieser Zeit keine derart ausgeprägte Symptomatik vorgelegen haben, dass eine weitere Fortführung der Krankenhausbehandlung über den 18. April 2011 hinaus zwingend erforderlich gewesen wäre. Dies werde durch die Verlaufseintragungen, durch die die geplanten zahlreichen Aktivitäten der Versicherten für die Zeit der ersten Beurlaubung dargelegt würden (Friedhofsbesuch, Stadtbummel, essen gehen, Balkon sommerfest machen, Besuch des Enkelkindes, eventuell grillen), bestätigt. Dementsprechend seien auch im weiteren Behandlungsverlauf zahlreiche Beurlaubungen zum Teil sogar über vier oder fünf Tage mit nur kurzen zwischenzeitlichen Aufenthalten auf der Station erfolgt, und entsprechend sei auch die antidepressive Medikation im Verlauf kaum verändert worden. Gaben von Bedarfsmedikation seien hauptsächlich zur Unterstützung des Einschlafens erfolgt.

Mit Schreiben vom 20. Juni und 18. September 2012 bat die Beklagte die Klägerin daraufhin unter Bezugnahme auf das MDK-Gutachten um Rechnungskorrektur.

Die Klägerin lehnte dies ab und widersprach dem Gutachten des MDK mit der Begründung, die Versicherte habe aufgrund einer massiven posttraumatischen Belastungsstörung eine erhöhte Psychoreagibilität gehabt. Sie sei aufgrund

---

großere Ängste nicht bereit gewesen, das eigene Haus zu verlassen. Gleichzeitig sei ihr psychischer Zustand zu gravierend gewesen, um eine ambulante Behandlung zu rechtfertigen. Als ausgebildete Intensivkrankenschwester habe die Versicherte von sich verlangt, die von ihr durchgeführte, vergebliche Reanimation ihres Mannes allein verarbeiten zu können. So sei die Patientin in eine Trauerverweigerung geraten und damit in eine protrahierte seelische Destabilisierung. Aus diesen Gründen habe die Versicherte sich auch während ihres stationären Aufenthaltes als ausgebildete Pflegekraft zunächst ambivalent gezeigt. Sie habe immer wieder der Rückversicherung ihres Zuhauses bedurft, wo sie dann von den Intrusionen der Vergangenheit zuverlässig eingeholt worden sei. Die Patientin sei in eine Pendelbewegung zwischen Klinik und Zuhause geraten, die zu den genannten Beurlaubungen geführt habe. Diese seien jedoch nicht dem scheinbar problemlosen Zustand der Versicherten geschuldet gewesen, sondern ihrer inneren Entscheidungsnot.

Die Beklagte bat den MDK erneut um gutachterliche Stellungnahme. In dem Gutachten (Gutachter: Dr. S.) vom 26.11./4.12.2012 hielt er an seiner Einschätzung der sekundären Fehlbelegung fest. Wenn Beurlaubungen in diesem Umfang gewährt würden, müsse bei der Versicherten ein psychischer Zustand vorgelegen haben, der auch eine ambulante Weiterbehandlung ermöglicht hätte. Die angegebenen Ängste der Versicherten könnten angesichts des Ausmaßes an Beurlaubungen in die häusliche Umgebung nicht gravierend gewesen sein.

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2012 bat die Beklagte daraufhin erneut um Rechnungskorrektur, welche die Klägerin ablehnte.

Nach Anündigung mit Schreiben vom 19. November 2013 verrechnete die Beklagte am 17. Dezember 2013 sodann den von ihr geforderten, sich bei einer fiktiven Entlassung bereits am 18. April 2011 ergebenden Kürzungsbetrag in Höhe von 25.224,68 Euro mit anderen, unstreitigen und zu diesem Zeitpunkt fälligen Forderungen der Klägerin.

Am 12. Mai 2014 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 25.224,68 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 17. Dezember 2013 begehrt. Sie hat weiterhin die Auffassung vertreten, dass die vollstationäre Behandlung der Versicherten über den gesamten Handlungszeitraum aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei. Patienten mit psychiatrischen Leiden hätten einen Anspruch auf Wiedererlangung der Gesundheit zur Alltagstauglichkeit. Die Beweislast für die fehlende Notwendigkeit der stationären Behandlung aus der Ex-ante-Sicht des behandelnden Krankenhausarztes liege bei der Beklagten.

Die Beklagte ist dem unter Bezugnahme auf die MDK-Gutachten entgegengetreten und hat an ihrer Ansicht festgehalten, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit lediglich bis zum 18. April 2011 vorgelegen habe. Die von der Klägerin angeführte sogenannte Pendelbewegung rechtfertige eine vollstationäre Behandlung und entsprechende Rechnungsstellung nicht. Diese hätte ambulant aufgefangen werden können.

---

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines ärztlichen Sachverständigengutachtens nach Aktenlage von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialmedizin, Dr. F., der unter dem 25. Januar 2015 zu dem Ergebnis gelangt ist, dass die vollstationäre Behandlung der Versicherten nicht erforderlich gewesen sei. Die Möglichkeiten ambulanter oder teilstationärer Behandlung, sei es in einer psychiatrischen Sprechstunde, sei es durch ambulante oder teilstationäre Psychotherapie, seien bei der Versicherten nicht erschöpft und wären ausreichend gewesen. Die Versicherte habe unter einer oberflächlichen, womöglich mittelschweren depressiven Episode bei depressivem Persönlichkeitschwerpunkt gelitten. Die im Entlassungsbericht genannte Diagnose einer schweren depressiven Episode müsse falsch sein, denn ein Mensch mit einer derart schweren Depression wäre zu einer Psychotherapie, wie sie die Versicherte ausweislich der Ausführungen des Arztberichtes durchlaufen habe, nicht in der Lage. Sie würde dadurch auch gefährdet werden, sei es im Sinne einer Verstärkung der Depression, sei es im Sinne von Suizidalität. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die an ganz bestimmte Kriterien gebunden sei, werde nicht begründet. Eine leichte bis mittelschwere depressive Episode werde in der Regel nicht unter stationären Bedingungen behandelt, ein depressiver Persönlichkeitschwerpunkt auch nicht. Die im Aufnahmebericht genannte Diagnose einer Anpassungsstörung im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion sei definitionsgemäß sogar unterhalb der leichten depressiven Episode anzusiedeln, was dann einen stationären Aufenthalt kaum rechtfertigen könne, schon gar nicht über einen derart langen Zeitraum. Die Versicherte habe tatsächlich sowohl vom Behandlungsziel als dem Hineintragen der durch den therapeutischen Prozess erzielten Veränderungen in Partnerschaft und Familie als wesentlicher Differenzialindikation zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung als auch vom Behandlungssetting her aufgrund der vielen Beurlaubungen eine Behandlung durchlaufen, die einer teilstationären Behandlung eher entsprochen habe als einer stationären Behandlung. Es ergebe sich aus den Eintragungen in der Akte, dass die Versicherte während des stationären Aufenthaltes, und zwar während dessen Gesamtheit, einen psychotherapeutischen Prozess durchlaufen habe. Hier werde eine Entwicklung beschrieben, die aber auch in einer gut laufenden ambulanten Psychotherapie möglich sei und stets angestrebt werde. Dass eine solche die ja nie erprobt worden sei von vornherein zum Scheitern verurteilt gewesen wäre, dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder sogar Sicherheit, lasse sich nach Lage der Dinge keineswegs sagen. Die Versicherte habe weder des sozialen Rahmens der Klinik bedurft noch sei es zu Behandlungsbeginn absehbar oder wahrscheinlich gewesen, dass sich die erstrebten und auch erreichten Veränderungen im Erleben und Verhalten lediglich durch stationäre Psychotherapie erreichen lassen würden. Die Medikation sei kaum verändert worden und habe stationärer Behandlung gleichfalls nicht bedurft. Die Tatsache, dass die Versicherte über die Monate so oft nach Hause habe beurlaubt werden können, zeige schließlich an, dass jüngste, die die Versicherte in der Klinik gehalten hätten diese hätten anscheinend ausweislich der Pflegedokumentation praktisch keine Rolle gespielt, oder andere Symptome, die zwingend oder auch nur sinnvollerweise stationären Aufenthalt erfordert hätten, nicht vorgelegen hätten. Damit hätte man gleich zu Beginn der

---

stationären Behandlung die Indikation nicht zu stationärer, sondern teilstationärer Psychotherapie zu stellen gehabt. Es wäre allerdings mit gleicher Aussicht auf Erfolg auch eine ambulante Psychotherapie zunächst zu indizieren gewesen. Diese hätte zwar wahrscheinlich einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen, um dieselben günstigen Ergebnisse zu erzielen, wie sie hier vorliegen. Dies gelte jedenfalls ab Ende der als Krisenintervention womöglich sinnvollen Behandlung bis zum 18. April 2011, wie Dr. S. sie vertreten habe. Als solche sei der stationäre Aufenthalt aber von Anfang an nicht konzipiert gewesen. Er habe nämlich mit Einweisungsschein und nach einem Vorgespräch stattgefunden, d. h., es sei von vornherein die Indikation zu einer längerfristigen stationären Psychotherapie gestellt worden.

Die Klägerin hat dem Gutachten widersprochen und ausgeführt, dass keineswegs nur eine depressive Episode vorgelegen habe. Es habe sich vielmehr um eine schwere depressive Episode sowie eine posttraumatische Belastungsstörung gehandelt. Es habe zum einen eine Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis gegeben, es sei zum beharrlichen Wiedererleben des Ereignisses in Form von belastenden Erinnerungen und Träumen gekommen. Es habe ein anhaltendes Vermeidungsverhalten gegeben ebenso wie anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Das Störungsbild habe auch länger als einen Monat gedauert. Zur Aufarbeitung der Verluste und der traumatischen Situation der Reanimation habe die Patientin einen haltgebenden stationären Rahmen mit multimodaler Therapie sowie eine engmaschige Betreuung benötigt. Eine teilstationäre oder gar ambulante Therapie hätte die Versicherte zum einen überfordert, zum anderen aber auch keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt. Aufgrund der Komplexität der Symptomatik sei eine Behandlung unter stationären Bedingungen für mindestens acht Wochen eindeutig erforderlich gewesen, erst nach frühestens acht Wochen wäre eine teilstationäre Behandlung möglich gewesen.

In seiner vom SG erbetenen ergänzenden Stellungnahme vom 6. Juli 2015 hat der Sachverständige Dr. F. an seiner Einschätzung festgehalten. Die Frage, ob die Betroffene letztlich unter einer posttraumatischen Belastungsstörung gelitten habe oder nicht, sei unerheblich, da die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung zunächst einmal ambulant erfolge. Auch wenn die Klägerseite nunmehr nur noch eine achtwöchige stationäre Behandlung für erforderlich halte, sei schon nicht davon auszugehen, dass die Versicherte die Therapie wirklich durchlaufen habe, und zwar deswegen, weil sie, um ein stationäres Therapiekonzept zu verwirklichen, viel zu häufig in Tagesbeurlaubungen und Belastungserprobungen aus der Klinikumgebung entlassen worden sei. Zwar sei die Häufigkeit der Belastungserprobungen als Zeichen seelischer Erkrankung dargestellt und eingeordnet worden. Die Tatsache, dass die Betroffene sich in ihrem Befinden und damit bezogen auf ihre Krankheitszeichen aber verschlechtert habe, lasse erkennen, dass die Erprobungen im Verlauf der stationären Therapie eher antitherapeutisch wirksam gewesen seien und deswegen nicht hätten gewährt werden sollen. Hier hätte man andere Ansätze der Psychotherapie finden müssen, die mutmaßlich auch dann in einem kürzeren Behandlungszeitraum zum Ziel geführt hätten. Sowohl

---

medikamentöse Therapie als auch ambulante Therapie, die 2007 in der M. Klinik H1 empfohlen worden seien, wären wirksam gewesen.

Auch dieser ergänzenden Stellungnahme ist die Klägerin entgegengetreten. Eine vor vier Jahren durchgeführte Rehabilitationsbehandlung stelle keine Kontraindikation für eine nochmalige stationäre Therapie dar. Bei der Versicherten hätten die Behandler ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten auf dem Boden einer nicht ausreichend behandelten posttraumatischen Belastungsstörung gesehen. Aus therapeutischer Sicht sei eine ambulante oder teilstationäre Behandlung daher nicht als ausreichend erschienen, dieses Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. Die Belastungserprobungen hätten der Realitätstestung und Überbrückung der Belastungslinie gedient. Sie seien damit auch integraler Bestandteil des Therapiekonzeptes gewesen. In der Entlassungsvorbereitung sei die Frequenz der Belastungserprobungen erhöht worden. Die Verschlechterung im häuslichen Umfeld habe gezeigt, dass die in der Therapie durch den haltgebenden Rahmen der Klinik erreichte Stabilität immer noch nicht ausreichend gewesen sei. Zur Durchbrechung des Teufelskreises der negativen Verstärkung sowie der hohen Abwehr der Versicherten wäre eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht ausreichend und erfolgversprechend gewesen. Zudem sei das medikamentöse Behandlungskonzept erprobt worden. Die Versicherte habe bei Aufnahme V. 25 mg genommen. Dieses sei im Verlauf der Behandlung ab 18. Mai auf 50 mg erhöht worden. Zusätzlich sei als Bedarfsmedikation A. angesetzt worden. Die Beklagte hat demgegenüber geltend gemacht, die Klägerin verkenne, dass die häufigen Beurlaubungen der Versicherten ausweislich der Einschätzung des Dr. F. zu einer Verschlimmerung der Symptomatik geführt hätten und daher frühzeitig auf eine andere Therapieform gewechselt werden müssten, statt sie vier Monate lang lediglich offiziell auf der Station zu halten. Es sei belegt und gehe aus den Verlaufsdocumentationen hervor, dass ein haltgebender Rahmen der Klinik gerade nicht gewährt worden sei, weil die Versicherte schlichtweg kaum anwesend gewesen sei.

Das SG hat über die Klage am 17. Oktober 2018 mündlich verhandelt und sie mit Urteil vom selben Tag als unbegründet abgewiesen. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die beklagte Krankenkasse auf Vergütung der Krankenhausbehandlungsleistungen aus einem anderen Behandlungsfall (anderen Behandlungsfällen) sei dadurch in Höhe von 25.224,68 Euro erloschen, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufgerechnet habe. Der Klägerin habe wegen der stationären Behandlung der Versicherten über den von der Beklagten anerkannten Betrag von 3595,50 (richtig: 3595,20) Euro hinaus kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe von 25.224,68 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zugestanden.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) in der damals geltenden Fassung in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2011. Da der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiere, müssten beim Versicherten bei der

---

Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlichen die hier unstreitig gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen. Dabei sei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich mache. Vorliegend stehe zwischen den Beteiligten außer Streit, dass die Aufnahme der Versicherten zu Recht erfolgt und bis zum 17. April 2011 (tatsächlich bis zum 18. April 2011) auch erforderlich gewesen sei. Streitig seien zwischen den Beteiligten dagegen die stationäre Krankenhausbehandlung und dessen Erforderlichkeit für die Zeit ab dem 18. April 2011 (tatsächlich ab dem 19. April 2011). Nach [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sei, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könne. Die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung sei insoweit davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu diene, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([Â§ 27 Abs. 1 SGB V](#)) und dass gerade bezogen auf eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses notwendig seien, die Krankenhausbehandlung des Versicherten also aus medizinischen Gründen erforderlich sei. Reiche nach den Krankheitsbefunden eine teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Therapie aus, so habe die Krankenkasse die Kosten einer vollstationären Krankenhausbehandlung danach auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit, zur Verwahrung oder zum Schutz der Öffentlichkeit, eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötige, die gegenwärtig außerhalb des Krankenhauses nicht gewährleistet sei. Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung als Sachleistung zustehe und ob die stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig sei, obliege dabei nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richte (Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG) Großer Senat (GS), Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#), [BSGE 99, 111](#)). Im Streitfall sei die Frage, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung in diesem Sinne aus medizinischen Gründen notwendig sei, gerichtlich in vollem Umfang zu überprüfen. Dabei habe das Gericht von den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes zum Behandlungszeitpunkt auszugehen, mithin die medizinische Erforderlichkeit aus vorausschauender Sicht zu beurteilen. Eine sogenannte Einschätzungsprivilegierung komme dem Krankenhausarzt nicht zu (Hinweis auf BSG GS, a.a.O.). Bei Heranziehung dieser Grundsätze sei die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten hier zur Überzeugung des Gerichts jedenfalls ab dem 18. (19.) April 2011 nicht mehr erforderlich gewesen, was die behandelnden Ärzte der Klägerin seinerzeit auch hätten erkennen können. Das Gericht folge insoweit der Beurteilung des gerichtlich beauftragten

---

---

Sachverständigen Dr. F., die es für schlüssig und nachvollziehbar halte und die sich mit jener des MDK N. decke. Das Gericht sei aufgrund des Gutachtens davon überzeugt, dass die Versicherte während des stationären Aufenthaltes einen psychotherapeutischen Prozess durchlaufen habe, der aber auch in einer gut laufenden ambulanten Psychotherapie möglich sei und stets angestrebt werde. Es ist nicht ersichtlich, dass eine solche ambulante Psychotherapie von vornherein zum Scheitern verurteilt gewesen wäre. Gründe, die einen stationären Aufenthalt erforderlich gemacht hätten, wie Eigen- oder Fremdgefährdung, Suizidalität oder die Herausnahme aus einem schädlichen häuslichen Milieu, hätten bei der Versicherten nicht vorgelegen. Die in der Klagebeurteilung angeführten Äußerungen der Versicherten, das Haus zu verlassen, seien anhand der in der Pflegedokumentation niedergelegten Aktivitäten der Versicherten (Einkaufen, Besuch bei Freundin, Brunch beim Nachbarn, Straßenfest, Geburtstagsfeier des Enkels, u.a.) als ein währendes Symptom nicht nachvollziehbar. Es werde aufgrund der häufigen Beurlaubungen (jedes Wochenende sowie zusätzlich Übernachtungen und einzelne Tage unter der Woche) ersichtlich, dass die Versicherte des geschätzten stationären Rahmens der Klinik nicht bedurft habe. Es sei vielmehr eine teilstationäre Behandlung indiziert gewesen, insbesondere, weil das Hineintragen der durch den therapeutischen Prozess erzielten Veränderung in Partnerschaft und Familie, wie dies bei der Versicherten als Therapieziel der Fall gewesen sei, wesentliche Indikation für eine teilstationäre Behandlung sei. Bis 18. April 2011 könne eine stationäre Behandlung als Krisenintervention angesehen werden, wenn auch die Behandlung als solche nicht konzipiert gewesen sei. Auch die Medikationseinstellung des V. von 25 mg auf 50 mg lege eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht nahe. Der Klägerin sei schließlich nicht darin zu folgen, dass eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit aus der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit erlebten Intrusionen resultiere. Denn auch die posttraumatische Belastungsstörung der Versicherten hätte ambulant behandelt werden können. Unzutreffend sei die Darstellung der Klägerin, dass die vom Gutachter angesprochenen "Belastungserprobungen" nur an den Wochenenden mit nur einer Übernachtung erfolgt seien und erst in der Entlassungsvorbereitung die Frequenz erhöht worden sei. Denn es sei der Pflegedokumentation der Krankenakte zu entnehmen, dass die Versicherte vom ersten Monat an nicht nur am Wochenende, sondern auch unter der Woche mit Übernachtung und auch an mehreren (bis zu fünf) Tagen hintereinander in der Belastungserprobung gewesen sei (zum Beispiel im April: am 14., am 15., vom 16. auf den 17., vom 21. auf den 22., vom 23. auf den 24. sowie am 25. und sodann wieder am 28., am 29. und vom 30. auf den 1. Mai, sodass sich die Versicherte in der Zeit vom 14. April bis zum 1. Mai nur an fünf Tagen nicht in der Beurlaubung befunden habe; im Juni: am 2., vom 3. auf den 4., am 5., vom 10. auf den 11., vom 12.6. auf den 13.6., vom 16.6. auf den 17.6., vom 18.6. auf den 19.6., vom 22.6. auf den 23., vom 25. auf den 26., vom 28. auf den 29., so dass die Versicherte im Juni nur an elf ganzen Tagen nicht in der Beurlaubung gewesen sei). Diese Tagesbeurlaubungen und Belastungserprobungen hätten zu häufig stattgefunden, um ein stationäres Therapiekonzept verwirklichen zu können. Vielmehr stelle sich dies als ein eher "teilstationäres" Behandlungssetting dar. Es überzeuge die Kammer der Vortrag der Klägerin daher nicht, dass eine "stationäre" Behandlung der Versicherten erforderlich gewesen sei, um ein Rezidiv

---

---

in alte Verhaltensmuster zu unterbinden, und eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht ausreichend gewesen wären, um ihr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. Die Kammer folge auch hier dem Gutachten des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. F. Seine Ausführungen und Schlussfolgerungen seien für die Kammer in Kenntnis der Patientenakte schlüssig und plausibel.

Gegen dieses ihren Prozessbevollmächtigten am 26. Oktober 2018 zugestellte Urteil richtet sich die am 22. November 2018 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie bezieht sich auf ihren bisherigen Sachvortrag und regt an, Dr. F. in eine mündliche Verhandlung zur persönlichen Erläuterung seines Gutachtens zu laden. Im Übrigen sei das angefochtene Urteil auch deshalb nicht haltbar, weil die Ausführungen, wonach anstelle der vollstationären eine teilstationäre Behandlung indiziert gewesen sei, dazu hätten zwingen müssen, jedenfalls die Vergütung für eine teilstationäre Behandlung im Sinne eines wirtschaftlichen Alternativverhaltens zuzusprechen. Hierzu verweise sie auf die Entscheidung des BSG vom 19. April 2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) –, wo es ausdrücklich heiÑe, dass die teilstationäre Behandlung eine wesensgleiche Teilleistung einer stationären sei. Eine rein ambulante Behandlung wäre im vorliegenden Fall eindeutig nicht ausreichend gewesen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß (im Schriftsatz vom 22. November 2018 dürfte sich ein Schreibfehler eingeschlichen haben: 25.244,68 statt richtig 25.224,68 Euro),

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 17. Oktober 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 25.224,68 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 17. Dezember 2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG für richtig und die Anhörung des Sachverständigen Dr. F. für nicht erforderlich. Dessen Ausführungen, wonach die Behandlung sogar zu ambulanten Bedingungen durchführbar gewesen wäre, seien ausführlich, nachvollziehbar und detailliert an der Patientenakte abgearbeitet worden, und er habe auf die Stellungnahme der Klägerin zu seinem Gutachten sogar erneut Stellung genommen, ohne zu einem anderen Ergebnis zu kommen. Entgegen der Auffassung der Klägerin handele es sich im Übrigen bei der teilstationären Behandlung nicht um ein wesensgleiches Minus zur vollstationären, sondern um ein aliud. Das Landessozialgericht (LSG) Hamburg führe nachvollziehbar in seinem Urteil vom 25. Februar 2016 – [L 1 KR 138/13](#) – aus, dass eine Vergütung in der Höhe, wie sie bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfallt, voraussetze, dass das Krankenhaus eine geeignete und ausreichende, aber nicht erforderlich ersrelevante Variante der Behandlung gewährt habe. Ein derartiger Fall sei jedoch nicht gegeben, wenn statt der erbrachten, aber nicht erforderlichen vollstationären Behandlung eine

---

teilstationäre Krankenhausbehandlung in Betracht käme. Denn hier gehe es gerade nicht um zwei gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsvarianten, von denen lediglich die eine kostengünstiger sei. Vielmehr sei vorliegend die vollstationäre Behandlung im streitigen Zeitraum bereits ihrer Art nach nicht erforderlich und noch nicht einmal zweckmäßig. Die teilstationäre Behandlung sei insoweit kein Minus gegenüber einer vollstationären Behandlung, die sich von dieser nur dadurch unterscheide, dass die Patienten die Nacht und das Wochenende zu Hause verbrächten. Sie folge vielmehr â wie auch die ambulante Behandlung â einem grundsätzlich anderen Behandlungskonzept und finde in der Regel in gesonderten, räumlich getrennten Abteilungen des Krankenhauses statt. Insbesondere diene das teilstationäre Setting dazu, die Patienten weiterhin mit den Konfliktsituationen ihres Alltags zu konfrontieren, um Ihnen unmittelbar therapeutisch begegnen zu können, während der geschützte Raum eines vollstationären Settings diese Möglichkeit nicht biete. Dementsprechend nenne [Â§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) die vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung als jeweils eigenständige Formen der Krankenhausbehandlung, wobei die vollstationäre Behandlung nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung sei.

Am 28. Mai 2020 hat der Senat über die Berufung mündlich verhandelt. Die Verhandlung ist nach Abschluss eines Vergleichs unter dem Vorbehalt eines Widerrufs bis 12. Juni 2020 vertagt worden, wobei die Beteiligten sich für den Fall des Widerrufs mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne weitere mündliche Verhandlung einverstanden erklärt haben. Mit am Folgetag beim Gericht eingegangenen Schriftsatz vom 4. Juni 2020 hat die Beklagte den Vergleich widerrufen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Sitzungsniederschrift und den weiteren Inhalt der Prozessakte sowie der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 28. Mai 2020 beigezogenen Akten und Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten ihr Einverständnis hiermit erteilt haben ([Â§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die statthafte ([Â§ 143, 144 SGG](#)) und auch im übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte ([Â§ 151 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Das SG hat die zulässige Leistungsklage ([Â§ 54 Abs. 5 SGG](#)) mit zutreffender Begründung zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 25.224,68 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 17. Dezember 2013.

Der Senat nimmt vollen Umfangs Bezug auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils ([Â§ 153 Abs. 2 SGG](#)) mit der Maßgabe, dass die kursiv in Klammern eingefügten Korrekturen gelten und dass noch deutlicher

---

herauszustreichen ist, dass nicht nur eine teilstationäre, sondern sogar eine ambulante Behandlung ausreichend und wirtschaftlich gewesen wäre und dass der geltend gemachte Vergütungsanspruch sowohl daran scheitert, dass eine stationäre Behandlung der Versicherten jedenfalls über den 18. April 2011 hinaus nicht notwendig war, als auch daran, dass eine stationäre Behandlung über diesen Tag hinaus faktisch gar nicht durchgeführt wurde.

Mit der Berufung hat die Klägerin nichts vorgetragen, was Anlass zu einer hiervon abweichenden rechtlichen Bewertung gäbe.

Ebenso wie die Beklagte hält es auch der erkennende Senat nicht für erforderlich, den Sachverständigen Dr. F. in einer mündlichen Verhandlung anzuhören. Dessen Gutachten nebst ergänzender Stellungnahme sind ausführlich und schlüssig, lassen keine Fragen offen, die die Klägerseite dementsprechend auch gar nicht formuliert.

1. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung lässt sich aus der maßgeblichen Ex-ante-Sicht des aufnehmenden Krankenhauses schon zum Zeitpunkt der Aufnahme der Versicherten nicht feststellen. Weder die Schwere der zu behandelnden Erkrankung noch die Überwachung der Medikation erforderten rund um die Uhr den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses. Entgegen den Angaben in dem mehrere Monate nach der Behandlung der Versicherten erstellten Entlassungsbericht vom 6. Dezember 2011 und den späteren Ausführungen der Klägerin lässt sich bei der Versicherten keine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung erkennen. Auch ist weder eine schwere posttraumatische Belastungsstörung nachgewiesen worden noch stand eine solche in der Ex-ante-Perspektive im Fokus der Behandler. Zwar fanden sich in der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Hausarzt der Versicherten neben der Diagnose einer depressiven Episode (nicht: schwer) auch die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Neurasthenie. In dem Aufnahmebericht des Krankenhauses der Klägerin vom 4. April 2011 wurde als vorläufige Behandlungsdiagnose jedoch "lediglich" eine Anpassungsstörung im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion genannt. Selbst in der Verlängerungsanzeige vom 22./24. Juni 2011 wurden als Diagnose "lediglich" Anpassungsstörungen und als Behandlungsziel die Trauerbewältigung genannt. Dementsprechend führt Dr. F. überzeugend aus, dass die Diagnose einer schweren depressiven Episode falsch sein müsse, zumal ein schwer depressiv erkrankter Patient die dann in Angriff genommene und durchgeführte Therapie gar nicht hätte durchführen können. So kann "lediglich" von einer oberflächlichen, womöglich mittelschweren depressiven Episode ausgegangen werden bei depressivem Persönlichkeitschwerpunkt, was auch der Diagnose der M. Klinik H1 aus dem Jahr 2007 entspricht, wo im Übrigen auch keine schwere posttraumatische Belastungsstörung, sondern lediglich ein Teilbild als Diagnose angegeben wurde.

Es ist auch kaum nachvollziehbar, dass die Versicherte, die nach dem Tod ihres Ehemannes im Oktober 2006 wegen dessen Folgen für ihre Psyche lediglich Ende 2007 im Rahmen einer stationären Rehabilitation

---

fachpsychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt wurde, weitere dreieinhalb Jahre später plötzlich schwerst psychisch erkrankt gewesen sein soll.

Die demnach festzustellenden Erkrankungen hätten daher zunächst ambulant behandelt werden können und demnach nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot auch möglich, auch wenn nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. F. dieser Behandlungsansatz möglicherweise mehr Zeit in Anspruch genommen hätte als eine ebenfalls mögliche teilstationäre Behandlung.

Die Überwachung einer Medikation(sänderung) vermag ebenfalls keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit zu begründen. Abgesehen davon, dass eine Verdoppelung der Dosis des Antidepressivums dies nicht rechtfertigen würde, erfolgte diese Änderung erst am 18. Mai 2011 und damit mehr als einen Monat nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belastungserprobungen mit erheblichen Abwesenheiten der Versicherten aus dem Krankenhaus der Klägerin begonnen hatten.

Selbst wenn man von einer akuten Verschlechterung hin zu einer mittelschweren Depression nebst posttraumatischer Belastungsstörung Anfang April 2011 ausginge und eine stationäre Behandlung im Sinne einer Krisenintervention für notwendig hielt, hätte diese Notwendigkeit jedenfalls nicht über den 18. April 2011 hinaus angehalten. Die MDK-Gutachter, Dr. F. und das Sozialgericht führen überzeugend aus, dass die ab Mitte April 2011 beginnenden Belastungserprobungen mit Abwesenheit der Versicherten aus dem Krankenhaus der Klägerin unvereinbar sind mit der Annahme eines Krankheitsbildes, das stationärer Behandlung bedarf. Spätestens ab diesem Zeitpunkt wäre eine ambulante Behandlung ausreichend und zweckmäßig gewesen.

Darüber hinaus wird von den Vorgenannten zu Recht darauf hingewiesen, dass eine stationäre Behandlung jedenfalls von diesem Zeitpunkt an faktisch auch nicht durchgeführt wurde, sodass auch aus diesem Grund kein Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung über den 18. April 2011 hinaus besteht.

2. Entgegen der Ansicht der Klägerin hat sie auch keinen Anspruch auf Vergütung der weiteren Behandlung als teilstationäre Behandlung im Sinne fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens.

Unabhängig davon, dass dies vorliegend schon daran scheitert, dass eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre, erfordert ein derartiger Anspruch die Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten (st. Rspr., s. nur BSG, Urteile vom 10. März 2015 – B 1 KR 2 und 3/15 R, [BSGE 118, 155](#), bzw. KHE 2015/15, vom 17. November 2015 – B 1 KR 13/15 R, SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 52, sowie vom 19. November 2019 – B 1 KR 6/19 R, juris), was jedoch nicht der Fall ist, wenn statt der erbrachten, aber nicht erforderlichen vollstationären Behandlung eine teilstationäre Krankenhausbehandlung in Betracht käme; denn hier geht es gerade nicht um zwei gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsvarianten, von denen

---

lediglich die eine kostengünstiger ist. Wie der erkennende Senat bereits in seinem Urteil vom 25. Februar 2016 ([L 1 KR 138/13](#) (sozialgerichtsbarkeit.de)) ausgeführt hat, ist die teilstationäre Behandlung insoweit kein Minus gegenüber einer vollstationären Behandlung, die sich von dieser nur dadurch unterscheidet, dass die Patienten die Nacht und das Wochenende zu Hause verbringen. Sie folgt vielmehr – wie auch die ambulante Behandlung – einem grundsätzlich anderen Behandlungskonzept und findet in der Regel in gesonderten, räumlich getrennten Abteilungen des Krankenhauses statt. Insbesondere dient das teilstationäre Setting dazu, die Patienten weiterhin mit den Konfliktsituationen ihres Alltags zu konfrontieren, um ihnen unmittelbar therapeutisch begegnen zu können, während der geschützte Raum eines vollstationären Settings diese Möglichkeiten nicht bietet und andere, vom Sachverständigen Dr. F. benannte Ziele verfolgt. Dementsprechend nennt [Â§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) die vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung als jeweils eigenständige Formen der Krankenhausbehandlung, wobei die vollstationäre Behandlung nachrangig gegenüber allen anderen Arten der Krankenbehandlung ist (LSG Hamburg, Urteil vom 25. Februar 2016, [L 1 KR 138/13](#), a.a.O., m.w.N.).

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

Einem fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten ist im Übrigen bereits dadurch Rechnung getragen worden, dass der Klägerin die Vergütung für den Zeitraum der nach der von der Beklagten sich zu eigen gemachten Ansicht des MDK erforderlichen vollstationären Behandlung gezahlt wurde, denn dadurch wurde sie so gestellt, als hätte sie die Versicherte rechtzeitig entlassen. Sie kann jedoch nicht so gestellt werden, als hätte sie eine ihrer Art nach völlig andere Leistung erbracht. Hinzu kommt, dass die Vergütung für eine fiktive teilstationäre Behandlung kaum zutreffend berechenbar sein dürfte, da nicht beurteilt werden kann, wie sich diese hinsichtlich ihres Inhalts und ihrer Dauer tatsächlich entwickelt hätte (LSG Hamburg, a.a.O.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#)

---

liegen nicht vor.

Erstellt am: 15.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024