
Datum: 08.03.2022
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 53/21
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2022:0308.S13KR53.21.00

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 10.139,02 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.12.2019 zu zahlen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

Der Streitwert wird auf 10.139,02 € festgesetzt.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 10.139,02 €. 2
- Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und dort in der Klinik für Neurologie und Neurolinguistik eine spezielle Aphasiestation. Dort behandelten ihre Ärzte vom 08.10. bis 09.11.2018 den bei der Beklagten versicherte am xx.xx.xxxx geborene X. D. (im Folgenden: Versicherter). Grund der Behandlung war eine schwere globale Aphasie einschließlich einer rechtsseitigen Halbseitenlähmung aufgrund eines Schlaganfalls kardiogen-embolischer Genese bei hypertensiver Kardiomyopathie im Jahre 2016. 3
- Nach dem Schlaganfall hatte der Versicherte vom 02.06. bis 22.06.2016 eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in der C-Klinik W. erhalten. Der Schwerpunkt bestand in der Verbesserung der Gangfähigkeit und -sicherheit durch Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage und Ergotherapie. Darüber hinaus erhielt der Versicherte Logopädie, wodurch sich die bestehende Aphasie und Dysarthrophonie (hierbei handelt es sich um eine neurogene Störung der Sprechmotorik und der Sprechkoordination) nicht veränderte. Der Versicherte verständigte sich überwiegend mittels Gesten und „ja-/nein-Reaktionen“; seine verbalen Äußerungen waren meist unverständlich. Bei der Entlassung 4

wurde die dringende Indikation zur Fortführung der logopädischen Therapie gestellt. Der Versicherte erhielt sodann 10 Therapieeinheiten ambulante Logopädie à 45 Minuten. Die Durchführung der Therapie gestaltete sich aufgrund der schweren Einschränkung des Sprachverständnisses sehr schwierig. Bei einer neurologischen Untersuchung am 19.10.2016 wurde auf die bestehende unflüssige Aphasie mit erschwertem Sprachverständnis verwiesen und die Empfehlung zur vorzeitigen erneuten vollstationären Rehabilitation ausgesprochen. Diese Reha-Maßnahme wurde von der Beklagten nicht genehmigt. Die ausschließlich ambulant fortgeführte Logopädie (1 x pro Woche) blieb ohne Erfolg.

Nach einer Kontaktaufnahme bei der Klägerin zur Durchführung einer Aphasietherapie erhielt der Versicherte am 18.04.2018 zunächst einen Termin für eine ausführliche sprachliche, neurologische und neuropsychologische Voruntersuchung in der Sprachambulanz der Klägerin. Bei diesem Termin wurde in umfassenden Tests geprüft, ob sich der Versicherte für eine Aphasiestherapie bei der Klägerin eignete. Es wurde die Indikation zur 3-wöchigen Aphasiebehandlung gestellt. Hierfür wurden umfassende Informationen zur Durchführung, Inhalt und Umfang der Aphasietherapie zur Verfügung gestellt. Nach eingehender Prüfung der vorgelegten Unterlagen erteilte die Beklagte mit Schreiben vom 12.06.2018 die Kostenübernahme für Krankenhausbehandlung. Der Versicherte wurde sodann am 08.10.2018 bei der Klägerin aufgenommen und auf der Aphasiestation behandelt. Am 19.10.2018 beantragte die Klägerin die Verlängerung der Behandlung bis zum 24.11.2018 (Ende der 7 wöchigen Aphasietherapie) und teilte der Beklagten die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie den Therapieumfang der laufenden Behandlung mit. Mit Schreiben vom 22.10.2018 verwies die Beklagte auf die unbefristete Kostenübernahme und darauf, dass eine Prüfung der Dauer nach Entlassung des Patienten vorbehalten bleibe. In weiteren zwei Behandlungswochen wurde der Fokus der Behandlung auf den kommunikativpragmatischen Schwerpunkt gelegt, um das Sprachverständnis zu festigen und alternative Kommunikationsstrategien zu üben. Mithilfe eines Kommunikationsbuchs lernte der Versicherte, Grundbedürfnisse und Alltagswünsche zu äußern. Zu alltäglichen Gegenständen und Handlungen wurden Gesten eingeübt, die der Versicherte im Verlauf gut und präzise einsetzen konnte. In der Abschlussdiagnostik zeigten sich messbare Verbesserungen in den zum Sprachverständnis durchgeführten Tests, insbesondere beim Sortieren von Objekten (BOSU und LEMO, Tabelle 1 und 2 in der logopädischen Epikrise), sodass die notwendigen „Basisziele“ erreicht wurden. Da ein weiterer Therapiefortschritt nicht erwartet wurde, wurde der Patient am 09.11.2018 aus der stationären Behandlung entlassen.

Die Kosten der Behandlung in Höhe von 10.139,02 € wurden der Beklagten am 26.11.2018 in Rechnung gestellt und von dieser vollständig bezahlt. Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Falles. Dieser kam im Gutachten vom 23.09.2019 zum Ergebnis, es habe sich um primär rehabilitative Maßnahmen gehandelt. Eine Diagnostik für einen akutstationären Behandlungsbedarf sei nicht erkennbar. Zwar sei eine Notwendigkeit zur weiteren Behandlung erkennbar, jedoch sei eine Notwendigkeit zur akutstationären Behandlung nicht gegeben. Auch das fehlende Angebot einer rehabilitativen Maßnahme mit hoher Therapiedichte begründe keine akutstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Ob und in welcher Form hier eine Vergütung der rehabilitativen Behandlung erfolgen solle, sei eine Entscheidung des Kostenträgers. Daraufhin verrechnete die Beklagte mit Schreiben vom 20.12.2019 ihren vermeintlichen Rückforderungsanspruch in Höhe von 10.139,02 € mit – genau bezeichneten – unstrittigen Vergütungsforderungen der Klägerin aus Behandlungen anderer bei der Beklagten versicherter Patienten.

Am 18.02.2021 hat die Klägerin Klage auf Zahlung der Rest-Vergütung in Höhe von 10.139,02 € erhoben. Sie ist der Auffassung, der aus der Behandlung des Versicherten resultierende Vergütungsanspruch sei begründet gewesen. Sie habe den Versicherten im Rahmen der erforderlichen stationären Behandlung mit den nach Art und Schwere der Krankheit notwendigen Krankenhausleistungen versorgt. Die Indikation zur Durchführung der Aphasiebehandlung bei ihr sei aufgrund der umfassenden neurologischen, neurolinguistischen und neuropsychologischen Untersuchungen in ihrer Sprachambulanz am 18.04.2018 gestellt worden. Bei der Indikationsstellung sei insbesondere berücksichtigt worden, dass der Versicherte noch keine Aphasietherapie im notwendigen Umfang erhalten hatte. Bei der Behandlung in der C.-Klinik W. habe der Behandlungsschwerpunkt nicht auf der neurologischen und logopädischen Behandlung der Aphasie, sondern auf der Verbesserung der Gangfähigkeit und -sicherheit durch Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage sowie Ergotherapie gelegen. Bei Entlassung sei die dringende Indikation zur Fortführung der logopädischen Therapie gestellt worden. Nach 10 Therapieeinheiten mit ambulanter logopädischer Versorgung à 45 Minuten hätten sich noch kein messbarer Fortschritt gezeigt, sodass bei der sozialmedizinisch-neurologischen Untersuchung am 19.10.2016 erneut auf die bestehende unflüssige Aphasie mit erschwertem Sprachverständnis hingewiesen und empfohlen worden sei, eine vorzeitige vollstationären Reha im Neurologischen Bereich durchzuführen. Die empfohlene Behandlung sei dem Versicherten seitens der Beklagten jedoch nicht gewährt. Daher habe er in der Folgezeit ausschließlich ambulante Logopädie 1 x pro Woche erhalten, was nachweislich keinen Therapiefortschritt erbracht habe.

Die Klägerin verweist darauf, dass die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) für die Durchführung einer intensiven Intervalltherapie der Aphasie einen Therapieumfang von mindestens 5 bis 10 Therapiestunden pro Woche über einen Zeitraum von bis zu 7 Wochen vorsehen. Je nach individuellen Rehabilitationszielen und der Dynamik der erreichbaren Verbesserungen seien intensive Intervallbehandlungen auch mehr als 12 Monate nach dem Schlaganfall zu empfehlen. Ein wesentlicher Faktor, der die Wirksamkeit der Sprachtherapie beeinflusse, sei die Therapieintensität. Studien, die keinen Wirksamkeitsnachweis erbrachten hätten, seien solche mit sehr geringer Intensität von im Mittel 2 h/Woche über 23 Wochen gewesen, während solche mit positivem Wirksamkeitsnachweis eine Therapiefrequenz von durchschnittlich mehr als 8 h/Woche über 8-12 Wochen aufgewiesen hätten. Der Versicherte habe somit bis zur Vorstellung in der Sprachambulanz der Klägerin (noch) keine leitlinienkonforme Behandlung der Aphasie erhalten. Die bei der Klägerin durchgeführte Aphasietherapie sei eine „störungsspezifische Therapie“, bei der die Verbesserung der neuropsychologischen Erkrankung durch hochintensive, fachärztlich geleitete, logopädische Therapie im Vordergrund stehe. Der Versicherte habe während des Aufenthaltes bei der Klägerin 65 Therapieeinheiten, davon 28,5 logopädische Einzeltherapien (5,7 h/Woche), 15 logopädische Gruppentherapien (3,0 h/Woche), 5 Therapieeinheiten kommunikative und kreative Therapien (1 h/Woche) und 16,5 Therapieeinheiten Physiotherapie und Physikalische Therapie erhalten. Die Klägerin ist der Ansicht, die erreichten Therapiefortschritte belegten die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der erfolgten Krankenhausbehandlung. Eine hinsichtlich der Behandlung des Erkrankungsbildes gleichermaßen wirksame Rehabilitationsmaßnahme, wie sie vom MDK behauptet werde, sei nicht belegbar. Darüber hinaus verfolge die vom MDK vorgeschlagene rehabilitative Maßnahme ein anderes Therapieziel als die bei der Klägerin durchgeführte Krankenhausbehandlung. Es gehört zur Aufgabe der Krankenversicherung, die Gesundheit des Versicherten wiederherzustellen bzw. seinen Gesundheitszustand zu verbessern (§ 1 S. 1 SGB V). 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 (§ 11 Abs. 2 SGB V). 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 Einschätzung des MDK, es habe alternative Behandlungsmöglichkeiten im Sinne einer ambulanten bzw. einer stationäre Reha gegeben, seien angesichts der Behandlungshistorie und der dabei erzielten Behandlungsfortschritte des Versicherten nicht nachvollziehbar. Allein die Gleichstellung von ambulanter und stationärer Rehabilitation als Behandlungsalternativen sei unverständlich, da sich diese Behandlungsformen in Dauer und Intensität notwendigerweise unterscheiden. Die Beurteilung des MDK hätte seitens der Beklagten bereits vor Therapiebeginn im Rahmen des Kostenübernahmeverfahrens eingeholt werden können. Hierdurch wäre es der Beklagten möglich gewesen, die geplante Therapie vorab zu prüfen und dem Versicherten – bei von der Klägerin abweichender Einschätzung zur Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme – einen geeigneten Therapieplatz zur Verfügung zu stellen. Es sei weder eine Prüfung der vorgelegten medizinischen Unterlagen erfolgt, noch seien von der Beklagten oder dem MDK alternative Therapieplätze benannt worden. Im Gegenteil: Nach eingehender Prüfung der umfassenden Information seitens der Klägerin über die notwendige Aphasiebehandlung und die üblicherweise entstehenden Einwände zur Krankenhausbedürftigkeit habe die Beklagte eine Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung erteilt. Wenn sie ihre Leistungspflicht nun mit dem Hinweis auf eine durchgeführte stationäre Rehabilitationsbehandlung ablehne, sei dies treuwidrig. 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 Versicherten sei nach Art und Schwere der Erkrankung als Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen. In den DGN-Leitlinien heiße es, die Therapie der Aphasie werde je nach klinischen und/oder psychosozialen Gegebenheiten ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt. Der Sachverständige habe im vorliegenden Fall die Indikation für eine stationäre Aphasietherapie bestätigt.

Die Klägerin beantragt, 9

die Beklagte zu verurteilen, ihr 10.139,02 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.12.2019 zu zahlen. 10

Die Beklagte beantragt, 11

die Klage abzuweisen. 12

Sie ist der Auffassung, die Klageforderung sei erloschen Sie habe rechtmäßig einen Erstattungsanspruch aus der bereits geleisteten Vergütung der Behandlung des Versicherten aufgerechnet. Zur Begründung hat sie zunächst allgemeine rechtliche Ausführungen zur Abgrenzung einer Rehabilitationsbehandlung von einer Krankenhausbehandlung gemacht und den Vorrang der Rehabilitation gegenüber der stationären Behandlung betont. Im konkreten Fall des Versicherten sei es an der Klägerin, darzulegen und zu beweisen, dass die Maßnahmen zwingend im vollstationären Rahmen erforderlich gewesen seien und nicht im ambulanten Setting hätten durchgeführt werden können. Selbst wenn die erbrachte Leistung formal betrachtet als stationäre Leistung zu qualifizieren wäre, folge hieraus noch nicht axiomatisch, dass eine solche Behandlung auch sozialrechtlich und-medizinisch erforderlich und angemessen gewesen sei. Wenn die Klägerin ihr Behandlungskonzept auch für Rehabilitation nutzen wolle, müsse sie eine Rehabilitationseinrichtung einrichten. Tue sie 13

das nicht, habe sie kein Anrecht darauf, systemwidrig zulasten der Versichertengemeinschaft Rehabilitationsbehandlungen als Krankenhausbehandlungen abzurechnen.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts ein Gutachten von dem Arzt für Neurologie, Geriatrie und neurologische Intensivmedizin und Psychiatrie Dr. med. B. I. eingeholt. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird das Gutachten vom 08.12.2021 verwiesen. 14

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung der Kammer ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 15

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 bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen. 16

Entscheidungsgründe: 17

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil sich die Beteiligten übereinstimmend mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG). 18

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Vergütung wegen der Behandlung von 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. 19

Die Klage ist auch begründet. 20

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Versicherten. Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Rest-Anspruch auf Vergütung aufgrund der Behandlungen anderer Versicherten, aus denen die Klägerin – dies ist unstreitig – zunächst Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung in voller Höhe hatte. Die Rest-Forderung der Klägerin aus diesen Behandlungen ist in Höhe der Klageforderung begründet, da die Beklagte dagegen mit ihrem vermeintlichen Rückforderungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten nicht wirksam aufgerechnet hat. Die Klägerin hatte der Beklagten aus dieser Behandlung am 26.11.2018 zurecht 10.139,02 € in Rechnung gestellt, die die Beklagte auch zurecht bezahlt hat. Die Klägerin hatte Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung des Versicherten, da diese als Krankenhausbehandlung notwendig war. 21

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin 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, 22

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 § 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 Auswertung aller ihr über den Behandlungsfall des Versicherten bekannt gewordenen Umstände, medizinischen Unterlagen und Stellungnahmen und des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. I. vom 08.12.2021 ist die Kammer davon überzeugt, dass die Behandlung auf der Aphasiestation der Klägerin als stationäre Krankenhausbehandlung notwendig war, weil der Versicherte im streitbefangenen Zeitraum krankenhausbearbeitungsbedürftig war.

Dass es sich bei der „B. W.

Aphasiebehandlung“ um eine Behandlung handelt, die stationär nur in einem Krankenhaus durchgeführt wird und als solche Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V ist, ist in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung seit vielen Jahren anerkannt und wird durch die von der Klägerin in der Klageschrift zitierten Entscheidungen belegt (vgl. SG Trier, Urteil vom 09.05.2007 – S 5 KR 10/08; SG Aachen, Urteil vom 11.01.2011 – S 13 KR 55/10; 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; SG Aachen, Urteil vom 20.08.2019 – S 13 KR 88/19; SG Aachen, Urteil vom 10.12.2020 – S 15 KR 55/19). Dies trifft auch für den vorliegenden Fall zu.

Die seit vielen Jahren in der Klinik der Klägerin durchgeführte 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, Milieuthherapie 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 B. Aphasiestation wird im Einzelfall entweder durch ausführliche neurologische, neuropsychologische und neurolinguistische Untersuchungen in der Sprachambulanz vor Ort ermittelt oder durch sorgfältige Evaluation von früheren Befundberichten. Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie "*Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*" (Stand: 9/2012; Gültigkeit verlängert bis 2017) ist die Therapieintensität ein wesentlicher Einflussfaktor. 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 beigelegt waren, ergibt sich, dass aufgrund der sehr reduzierten Spontansprache zunächst eine logopädische Intensivtherapie täglich 2 Stunden à 60 Minuten, zusätzlich Selbsttraining, Physiotherapie, neuropsychologische Diagnostik, Milieuthherapie mit In-vivo-Training und kontinuierliche ärztliche Betreuung mit neurologischen und internistischen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden. Die intensive Aphasiebehandlung führte nachweislich dazu, dass bei Entlassung nur noch eine Restaphasie bestand. Der Sachverständige Prof. Dr. I. hat die Unterlagen des Behandlungsfalles ausgewertet und in seinem Gutachten ausgeführt:

„Notwendigkeit des stationären Behandlungskonzeptes: 29

Angesichts der schweren chronischen Aphasie, mit bis zu dem Zeitpunkt nicht ausreichender minimaler Kommunikationsfähigkeit, war ein Konzept analog der B. Aphasiebehandlung als hochspezifisches Behandlungskonzept notwendig, da die zuvor durchgeführten ambulanten und auch vorausgehend in einer Rehaklinik stationär durchgeführten Maßnahmen nicht ausreichend waren, um das Mindestmaß einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, welche dem Patienten zumutbar gewesen waren, zu erreichen. 30

Der Erfolg der Behandlung unterstützt die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der angewandten Methoden in ihrer Gesamtheit während der stationären Unterbringung im V. B. 31

Die vorausgegangenen ausführlichen Untersuchungen in der Sprachambulanz vom 23.04.2018 und 03.05.2018 konnten die im Vordergrund stehende Sprachstörung als schwere bis mittelgradig globale Aphasie in ihrem Schweregrad klassifizieren und durch zusätzliche Verfahren differenziert diagnostizieren. Mit diesem Ausgangsbefund erfolgte eine für den Patienten optimierte Therapie, die bis zum Abschluss des vollständigen Behandlungsschemas analog den Leitlinien zur Therapie der Aphasie DGN 2012 und entsprechend dem Konzept bis zum 24.11.2019 – richtig: 2018 – verlängert werden sollten. 32

Konkrete Verbesserungen 33

Die spezifische neurolinguistische Intensivtherapie erfolgte unter dem Wissen der bisherigen Misserfolge der ambulanten und das insuffiziente Ergebnis der stationär-rehabilitativen Ergebnisse einerseits und der zusätzlichen neuropsychologischen Einschränkungen im Bereich Sprechapraxie, Aufmerksamkeit, Gesichtsfelder und Belastungsfähigkeit andererseits. Die individuelle Schwere und Komplexität werden auch in den DGN-Leitlinien als Voraussetzung für eine leitliniengerechte multimodale Behandlung generiert, wie sie im 34

Oktober 2018, 2¹/₂ Jahre nach dem Schlaganfall am V. B. durchgeführt wurde.

Der Erfolg der Behandlung auf multimodaler Ebene konnte trotz des vom Konzept vorgesehenen 7-Wochen Zeitraums, der auf 5 Wochen wegen mangelnder Kostenzusage reduziert werden musste, in einer multimodalen Erfassung der Defizite objektiviert werden. Bis zur Entlassung am 09.11.2018 konnten die Erfolge mit verbesserter Zielerreichung beobachtet werden.

35

Amb. Voruntersuchung V. 4+5/2018		Eingang 08/10/2018	VL 19/10/2018	Prognose E 09/11/2018	Konzept ³⁶ 24/11/2018
	u.a. B. Aphasietest mit Prozentrang (AAT PR = 16)				
Sprachver ständnis	(AAT PR = 25)	40%	60%	> 60 %	>> 60 %
Wortfindung	(PR = 6)	Ja/Nein Unzuverlässig	Ja/Nein Zuverlässig		auch in Stresssituati ja/nein zuverlässig
Sprechapraxie	(PR = 4)	Emotionale Worte meist Neologismen	Lautanbahnung ermöglicht von a		Weitere - Reduktion de Neologismen Stabilisierung der Lautanbahnung
Alternative Kommunikation		Inkonstant spez. Gesten	spez. Gesten zu Alltagsgegenständen alternative Kommunikation durch Kommunikationsbuch möglich	spez. Gesten zu Alltagsgegenständen alternative Kommunikation durch Kommunikationsbuch möglich	Erweiterung spezifischen Gesten

Alternative Therapieoption

37

Eine ambulante sprachtherapeutische Behandlung könnte angesichts des Schweregrades die notwendigen Ziele nicht erreichen, da weder die Intensität noch die Multimodalität damit realisierbar gewesen wären. Hier muss insbesondere zusätzlich noch berücksichtigt werden,

38

dass zwar von Seiten der Mobilität dies zumutbar gewesen wäre, aber von Seiten der begleitenden zusätzlichen neuropsychologischen Defizite mit apraktischen Anteilen und Hemianopsie sowie einer allgemeinen Minderung der Aufmerksamkeit bei in beiden Hirnhälften abgelaufenen zerebralen Ischämien deutlich erschwerte Bedingungen für ein ambulantes Setting vorlagen, welches auch bei einer teilstationären Rehabilitation mit hochfrequenten An- und Abreisen und den alltäglichen Basisbelastungen zu einer Überforderung geführt hätte.

Zwar ist eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in einer Rehabilitationsklinik grundsätzlich für chronische Aphasien als ausreichend anzusehen, aber im vorliegenden Fall – eine entsprechende stationäre Rehabilitationsmaßnahme wurde in der C.-Klinik W. vorausgehend schon durchgeführt – war eine Wiederholung deutlich weniger erfolgversprechend einzustufen. Insbesondere da sich in der V. B. die in Deutschland höchst qualifizierte stationäre Behandlungseinheit in den letzten 50 Jahren entwickelt hat, die alleine der besonderen Komplexität des vorliegenden Falles entsprechen konnte. 39

Aus diesen Gründen war in der speziellen Situation nur das multimodale Behandlungskonzept im stationären Setting im V. mit der höchsten Kompetenz zielführend und notwendig. Es handelt sich dabei nicht um eine komplexe therapeutische Maßnahme, die auch an einem anderen Ort in vergleichbarer Qualität hätte erbracht werden können. Für die notwendige spezifische Zielerreichung einer ausreichenden Kommunikationsfähigkeit wäre durch eine andere stationäre Einrichtung inkl. spezialisierter Rehabilitationskliniken zur sprachtherapeutischen Behandlung des Patienten nach anerkanntem Stand der medizinischen Wissenschaft weder ausreichend noch in gleicher Form sicher zu stellen gewesen.“ 40

Dem schließt sich die Kammer in vollem Umfang an. Die dagegen erhobenen Einwände der Beklagten überzeugen nicht. 41

Die Beklagte rügt einen „Verstoß gegen § 118 Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 407a Abs. 3 S. 1, 2 ZPO“. Sie meint, mit dem Satz „Einverstanden aufgrund eigener Beurteilung“ bringe Prof. Dr. Hetzel zum Ausdruck, dass er den Inhalt des Gutachtens billige, dieses jedoch nicht selbst erstellt habe; die Phrase werde typischerweise verwendet, wenn Dritte, z.B. Assistenz- oder Oberärzte, Gutachten „vorschreiben“ und der beauftragte Sachverständige nur noch unterschreibe. Die Rüge ist unbegründet. Der Sachverständige hat das Gutachten nicht allein unterschrieben. Seine Unterschrift unter dem Text „Einverstanden aufgrund eigener Beurteilung“ am Ende des Gutachtens lässt die alleinige und verantwortliche Autorenschaft von Prof. Dr. I. erkennen. Ein anderer Autor (z.B. Assistenz- oder Oberarzt) ist zu keinem Zeitpunkt des Gutachtenauftrags und an keiner Stelle des Gutachtens selbst, weder durch eine zusätzliche Unterschrift als Bearbeiter noch in sonst einer Art offenbar geworden. Die Behauptung der Beklagten, der Sachverständige habe gegen die gesetzlichen Vorgaben nach § 407a Abs. 3 Satz 1 und 2 ZPO verstoßen, das heißt, er habe den Auftrag auf einen anderen übertragen (Satz 1) und/oder er habe sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, ohne diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienst von untergeordneter Bedeutung handelt (Satz 2), ist reine Spekulation und entbehrt im konkreten Fall jeglicher tatsächlicher Grundlage.. 42

In der Sache hat die Beklagte zwar zutreffend aus der Vorschrift des § 107 SGB V zitiert. Sie 43
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).

Die Aphasiespezialbehandlung des Versicherten diene 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 Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte nur deshalb, weil die rehabilitativen Vorbehandlungen nicht zur signifikanten Verbesserung der schweren Aphasie geführt hatten. In dem Umfang und insbesondere in der Intensität, wie die bei dem Versicherten erforderlichen Leistungen im Rahmen der „B. 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. Die Beklagten hat weder zum früheren Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten ab 2016 noch im Verlauf dieses Verfahrens eine solche Einrichtung benannt wird eine solche auch nicht benennen können. 44

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 Beklagte hat ihren (vermeintlichen) Rückforderungsanspruch aus der Krankenhausbehandlung der Versicherten in Höhe von 10.139,02 € am 20.12.2019 gegen zu diesem Zeitpunkt fällige – unstreitige – Forderungen der Klägerin verrechnet. Im Hinblick darauf ist sie jedenfalls seit dem 23.12.2019 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. 45

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). 46

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). 47