S 6 KR 3243/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Krankenhausbehandlungsbedürftig ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG 17.11.2015, B 1 KR 18/15 R, juris Rn. 11). Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten ganz in den Hintergrund treten und allein der Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die stationäre Behandlung kennzeichnen. Auch bei einer schweren chronifizierten psychiatrischen Erkrankung kann nicht von vornherein von einer fehlenden medizinisch-ärztlichen Beeinflussbarkeit ausgegangen werden.
Normenkette	SGB 5 § 109 Abs 4 S 3 KHEntgG § 7 Abs 1 Nr 5 SGB 5 § 39 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 3243/18
Datum	09.03.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 1032/20
Datum	21.11.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 09.03.2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird endgÃ¼ltig auf 55.695,61 â¬ festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer Krankenhausbehandlung im Zeitraum vom 20.03.2018 bis 29.08.2018.

Die KlÃ¤gerin ist nach Â§ 1 Abs. 1 Nr. 3 Gesetz zur Errichtung der Zentren fÃ¼r Psychiatrie Baden-WÃ¼rttemberg vom 03.07.1995 (GBl. S. 510) eine Anstalt Ã¶ffentlichen Rechts und betreibt ein psychiatrisches Krankenhaus, das durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Baden-WÃ¼rttemberg nach Â§Â 108 Nr. 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist.

Der bei der Beklagten versicherte, 1982 geborene H1 (im Folgenden Versicherter) leidet seit dem Jahr 2000 an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Seit 2011 besteht eine Erwerbsminderung, seit 2012 steht er unter gesetzlicher Betreuung. Seit Oktober 2013 wohnt der Versicherte auÃerhalb des elterlichen Hauses mit professioneller Betreuung im S1 in G1, einem Wohnheim fÃ¼r psychisch kranke Menschen. Nach bereits zuvor erfolgter gerichtlich angeordneter Unterbringung beschloss das Amtsgericht B2 â Betreuungsgericht âÂ am 07.07.2017 (Bl. 846 der Patientenakte) erneut die Unterbringung des Versicherten in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses bzw. einer geschlossenen Abteilung einer Pflegeeinrichtung bis lÃ¤ngstens 07.07.2019. Seit dem 01.08.2017 ist beim Versicherten der PflegegradÂ 1, seit dem 01.06.2018 der Pflegegrad 2 anerkannt (vgl. Pflegegutachten vom 28.11.2018, Bl. 17 ff. der SG-Akte). Mit Bescheid vom 02.05.2018 stellte die Stadt K1, Sozialamt, die Leistungen der Eingliederungshilfe an den Versicherten sowie die Grundsicherung in Einrichtungen mit Ablauf des 19.03.2018 sowie die Hilfe zum Lebensunterhalt zum 30.04.2018 ein (Bl. 815 der Patientenakte).

Seit dem 17.03.2014 wurde der Versicherte â nach einem Suizidversuch im Rahmen einer Wochenendbeurlaubung, bei welchem er die vierfache Tagesdosis seiner Medikamente einnahm â mit nur kurzen Unterbrechungen â vollstationÃ¤r im Krankenhaus der KlÃ¤gerin behandelt (17.03.2014 bis 20.08.2015, 21.08.2015 bis 01.10.2015, 01.10.2015 bis 31.12.2016, 01.01.2017 bis 01.02.2017, 08.02.2017 bis 27.02.2017, 28.02.2017 bis 25.07.2017, 26.07.2017 bis 23.09.2017, 26.09.2017 bis 20.03.2018 und 20.03.2018 bis 29.08.2018 [â¦ mit Unterbrechungen bis 29.12.2020]). Ein Entlassungsversuch in einen geschlossenen Heimbereich am 01.02.2017 scheiterte bereits am 08.02.2017 aufgrund der fortbestehenden komplexen, floriden Psychose mit StÃ¶rung der Impulskontrolle und SteuerungsfÃ¤higkeit sowie konsekutiver Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung

(Zwischenepikritische Zusammenfassung der Klinik fÃ¼r Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II vom 30.10.2019, Bl. 77 ff. der Senatsakte). Wegen dieser Behandlungen kam es immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten (im Berufungsverfahren L 11 KR 1164/20 war der Zeitraum vom 01.10.2015 bis 31.12.2016 streitig [Erledigung durch Vergleich]; im Berufungsverfahren L 4 KR 599/21 ist der Zeitraum vom 15.09.2017 bis 23.09.2017 streitig; im Klageverfahren S 4 KR 623/21 ist der Zeitraum vom 04.09.2018 bis 24.07.2019 streitig; im Klageverfahren S 13 KR 2435/22 ist der Zeitraum vom 02.01.2020 bis 29.12.2020 streitig).

Der Versicherte wurde im Zeitraum vom 26.09.2017 bis 29.08.2018 erneut in der Klinik fÃ¼r Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in W1 der KlÃ¤gerin vollstationÃ¤r behandelt. Dem Arztbrief der Klinik fÃ¼r Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II vom 16.05.2019 (Bl. 83 ff. der Senatsakte) sind hierzu folgende Diagnosen zu entnehmen: Paranoide Schizophrenie (F20.0), HypoosmolalitÃ¤t und HyponatriÃ¤mie (E87.1), Polydipsie (R63.1), FolsÃ¤uremangel (E53.8) und essentielle Hypertonie benigne ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00). Die stationÃ¤re Aufnahme am 26.09.2017 erfolgte als RÃ¼ckverlegung aus dem Krankenhaus S2 (Lehrkrankenhaus der Uniklinik H2) bei Z.n. HyponatriÃ¤mie im Rahmen einer wahnhaft bedingten Polydipsie bei bekannter paranoider Schizophrenie. Der Zwischenepikritischen Zusammenfassung, welche den genannten Behandlungszeitraum in zwei ZeitrÃ¤ume teilt (26.09.2017 bis 20.03.2018 und 20.03.2018 bis 29.08.2018) ist zum Behandlungsverlauf u.a. Folgendes zu entnehmen:

â□□Der Pat. erhielt dann ab 27.11.2017 eine Behandlung mittels Elektrokonvulsionstherapie (EKT), welche zu einer wesentlichen Abmilderung der Psychopathologie fÃ¼hrte erstmals im Rahmen des prolongierten, hochkomplexen und multipel erschwerten Behandlungsverlaufes die Aufnahme einer realistischen Entlassplanung ermÃ¶glichte. Im Rahmen der psychopathologischen Teilremission zeigte sich nun ein deutlich stabilisierter Affekt mit rÃ¼cklÃ¤ufiger Wahnsymptomatik sowie einer Verhaltensmodulation des Patienten bezÃ¼glich der Polydipsie mit RÃ¼ckkehr zu physiologischen Trinkmengen.

Massive Erschwernisse der stationÃ¤ren Behandlung ergaben sich jedoch weiterhin durch eine verzÃ¶gerte oder unzureichende Medikamentenresponse, die psychotische Incompliance, rezidivierende EigengefÃ¤hrdung und FremdaggressivitÃ¤t selbst im hochbeschÃ¼tzenden Setting sowie somatische Komplikationen im Sinne wiederholter Unterbrechungen der stationÃ¤ren Behandlung aufgrund somatischer Therapienotwendigkeit bei psychotischer EigengefÃ¤hrdung durch Polidipsie und konsekutiv lebensgefÃ¤hrlicher HyponatriÃ¤mie. So waren intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeiten bei Polydipsie bedingter HyponatriÃ¤mie Grund fÃ¼r die Unterbrechung des Aufenthaltes am 25.07.2017 und am 23.09.2017.

Die Entlassung erfolgte am 29.08.2018 in den Heimbereich des P1, Haus 17.

Zum Zeitpunkt der Entlassung hatten bereits 57 EKT-Behandlungen wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes stattgefunden. Das Intervall der Behandlungen konnte von 2-3-mal pro Woche auf inzwischen alle 7 Tage erweitert werden. Des Weiteren ist geplant, das Behandlungsintervall weiter zu strecken, z. B. auf Behandlungen alle 2 Wochen. Die nÃ¤chste EKT-Behandlung ist fÃ¼r den 05.09.2018 vorgesehen. Vor den EKT-Behandlungen ist eine stationÃ¤re Aufnahme in der Klinik der APII des P1 W1 avisiert, jeweils am Tag vor der Behandlung. Die nÃ¤chste Aufnahme des ist fÃ¼r den 04.09.18 geplant.

Die Weiterbehandlung findet im Ambulanzzentrum des P1 W1 statt. Ein Termin im Ambulanzzentrum wurde vereinbart fÃ¼r Montag, den 03.09.2018, um 16:30 Uhr bei S3. Geplant wurden fÃ¼r den weiteren ambulanten Verlauf auch Tages-Belastungserprobungen zur Mutter nach K1.

H3 prÃ¤sentierte sich zum Entlasszeitpunkt affektiv ausgeglichen. Ein Teil der bereits chronifizierten Wahnsymptomatik besteht weiterhin, resultiert jedoch nicht mehr in einer Eigen- oder FremdgefÃ¤hrdung.â□□

Bereits mit Schreiben vom 22.08.2017 teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin mit, dass sie aufgrund der gewonnenen Kenntnis vom Betreuungsbeschluss eine PrÃ¼fung zurÃ¼ckliegender RechnungszeitrÃ¤ume (01.01. bis 25.07.2017) einleiten werde. Zugleich teilte die Beklagte mit AnhÃ¶rungsschreiben vom 22.08.2017 (Bl. 806 der Patientenakte) dem Betreuer des Versicherten mit, dass die stationÃ¤re Unterbringung in einem Krankenhaus bereits fÃ¼nf Jahre Ã¼berschreite, demnach eine dauerhafte EinschrÃ¤nkung vorliege und die weitere Unterbringung der Verwahrung und nicht mehr der Krankenbehandlung diene. Nach Â§ 17 Unterbringungsgesetz (UBG BW, *seit 31.12.2014 auÃ□er Kraft*) fielen die Unterbringungskosten dem Unterhaltspflichtigen oder seinem KostentrÃ¤ger zur Last. Die Beklagte als Krankenkasse werde die Krankenhauskosten nicht mehr tragen. Die gesetzliche Krankenkasse sei nicht fÃ¼r die Wohnkosten eines psychisch Kranken zustÃ¤ndig. Diese Wohn- und Unterbringungskosten mÃ¼ssten entweder seine unterhaltspflichtige Mutter oder der SozialhilfetrÃ¤ger Ã¼bernehmen. Mit einem weiteren Schreiben vom 11.09.2017 (Bl. 809 der Patientenakte) teilte die Beklagte dem Betreuer sowie der KlÃ¤gerin mit, nur noch bis zum 15.09.2017 die Krankenhauskosten fÃ¼r den Versicherten zu Ã¼bernehmen.

Mit Schreiben vom 13.04.2018 (Bl. 810 der Patientenakte) teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin mit, die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r den Krankenhausaufenthalt ab dem 20.03.2018 abzulehnen und verwies diesbezÃ¼glich auf ihre Schreiben vom 22.08.2017 und 11.09.2017. Dem widersprach die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 19.04.2018 (Bl. 811 der Patientenakte) und legte im Nachgang eine Ã¤rztliche Stellungnahme ihres G2 vom 25.04.2018 (Bl. 812 der Patientenakte) vor. Demnach handele sich bei dem Versicherten um einen Schwerstkranken mit einer chronifizierten Psychose. Die weitere Chronifizierung der Psychose und die psychische und physische Stabilisierung des Versicherten kÃ¶nnten auch aus fachpsychiatrischer Sicht nur durch eine EKT, derzeit mehrmals pro Woche, als ultima ratio aufgehalten werden. Jegliche hochdosierte Medikation habe keine

Besserung der Wahninhalte gezeigt. Durch die EKT habe zuletzt der kÃ¶rperliche Zustand des Versicherten stabilisiert werden kÃ¶nnen, da es durch einen RÃ¼ckgang der Wahninhalte nicht mehr zu wahnhaft bedingter Aufnahme einer Unmenge an Wasser gekommen sei, welche stets zu einer VerdÃ¼nnungshyponatriÃ¤mie gefÃ¼hrt und einen erheblichen und lebensbedrohlichen Risikofaktor fÃ¼r den Versicherten dargestellt hÃ¤tte. Weitere EKT-Behandlungen seien im Rahmen der Akutbehandlung mit kurativem Ansatz erforderlich. GegenwÃ¤rtig befinde sich der Versicherte weiterhin in einem schwerkranken Zustand ohne Belastbarkeit und mit Desorganisation und dadurch wiederkehrenden potentiellen GefÃ¤hrdungsmomenten, so dass nur eine vollstationÃ¤re Behandlung in einem intensivpsychiatrischen Setting den Versicherten vor einer Krankheitsverschlechterung schÃ¼tzen kÃ¶nne. Gerne kÃ¶nne sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-WÃ¼rttemberg (MDK) hiervon persÃ¶nlich ein Bild machen.

Unter dem 17.05.2018 erstellte die KlÃ¤gerin eine Zwischenrechnung Ã¼ber 11.189,64 â¬ (Bl. 841 der Patientenakte) und am 01.06.2018 Ã¼ber 8.259,02 â¬ (Bl. 843 der Patientenakte), jeweils aus bei einem PEPP-Entgelt (Pauschalierendes Entgeltsystem fÃ¼r psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen) i.H. von 266,42Â â¬ pro Tag, die die Beklagte nicht zahlte. Ohne Einschaltung des MDK lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 09.05.2018 (Bl. 818 Patientenakte) weiterhin die KostenÃ¼bernahme ab. Aus dem vorliegenden Unterbringungsbeschluss des Amtsgerichts B2 gehe eindeutig hervor, dass sich die seelische Behinderung auch durch eine weitere akute Behandlung nicht mehr beseitigen lasse. Im Vordergrund stehe die Vermeidung der EigengefÃ¤hrdung und die Eingliederung des Versicherten in eine fÃ¼r ihn passende Struktur. Der von der KlÃ¤gerin geschilderte kurative Ansatz sei bei der bekannten Krankheitsgeschichte seit 2002 in keinster Weise nachvollziehbar. Die KlÃ¤gerin nahm hierzu unter dem 16.05.2018 Stellung (Bl. 32 der Verwaltungsakte der Beklagten), worauf die Beklagte mit Schreiben vom 23.05.2018 reagierte (Bl. 34 der Verwaltungsakte der Beklagten).

Unter dem 06.07.2018 (Bl. 72 ff. der Verwaltungsakte der Beklagten) erstellte der MDK auf Veranlassung der Beklagten ein Gutachten zu den dem Versicherten im Hause der KlÃ¤gerin vom 01.01.2017 bis 25.07.2017 erbrachten stationÃ¤ren Leistungen. In diesem Gutachten nahmÂ B1, der seine Qualifikation nicht offengelegt hat, ausdrÃ¼cklich nur fÃ¼r den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 25.07.2017 Stellung und fÃ¼hrte aus, dass die Wiederaufnahme in die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung vor dem Hintergrund eines abgebrochenen Probewohnens in einem geschÃ¼tzten Betreuungszentrum wegen bedrohlichen Verhaltens des Versicherten erfolgt sei. Im Aufnahmebefund wÃ¼rden eine reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit, formale DenkstÃ¶rungen, Wahn, Ich-StÃ¶rungen, eine gedrÃ¼ckte Stimmung, eine hohe Anspannung und SchlafstÃ¶rungen beschrieben. Eine akute Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung habe nicht vorgelegen. Eine VitalgefÃ¤hrdung durch eine HyponatriÃ¤mie sei ebenfalls nicht aufnahmeveranlassend gewesen. Es habe keine klare Aufnahmeindikation bestanden. NatÃ¼rlich sei der Versicherte weiterhin schwerstÂkrank gewesen und habe eine vollstationÃ¤re Einrichtung zur Pflege benÃ¶tigt. Aber mit den genannten Symptomen habe die Klinik den Versicherten auch zuvor entlassen, weil nach

dreijÃ¤hrigem stationÃ¤ren Aufenthalt keine VerÃ¤nderung mehr durch eine Behandlung zu erwarten gewesen sei. Es habe somit bei Wiederaufnahme keine medizinische Indikation fÃ¼r eine Krankenhausbehandlung bestanden. Allerdings hÃ¤tte die Klinik auch keine andere MÃ¶glichkeit gehabt, als den Versicherten aufzunehmen. Eine Entlassung in die Obdachlosigkeit wÃ¤re fahrlÃ¤ssig gewesen und hÃ¤tte zu einer GefÃ¤hrdung des Versicherten fÃ¼hren kÃ¶nnen. Die Krankenhausbehandlung sei aus ex ante-Sicht ab 08.02.2017 nicht mehr medizinisch begrÃ¼ndet, die Aufnahme sei aufgrund der Versorgungsproblematik erfolgt. WÃ¤hrend des Verlaufs habe es einige Tage gegeben, an denen eine Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung bestanden habe, die eine stationÃ¤re Behandlung notwendig gemacht hÃ¤tten.

Aufgrund mehrerer Zwischenrechnungen stellte die KlÃ¤gerin der Beklagten einen Gesamtbetrag i.H.v. 55.695,61 â¬ in Rechnung (Datensatz vom 17.05.2018: 11.189,64 â¬, Datensatz vom 01.06.2018: 8.259,02 â¬, Datensatz vom 02.07.2018: 7.992,60 â¬, Datensatz vom 01.08.2018: 8.259,02 â¬ und Datensatz vom 06.09.2018: 19.995,33 â¬).

Am 08.11.2018 hat die KlÃ¤gerin beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage erhoben und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten sei im Zeitraum vom 20.03.2018 bis 29.08.2018 medizinisch indiziert gewesen. Bereits bei Aufnahme seien die Ãrzte der KlÃ¤gerin von einer schon eingetretenen Chronifizierung der Erkrankung ausgegangen. Es hÃ¤tten seit langer Zeit schwere produktive Symptome sowie chronische kognitive EinschrÃ¤nkungen mit aufgehobener Kritik- und UrteilsfÃ¤higkeit aufgrund der Erkrankung bestanden. Bei dem Versicherten sei eine ungewÃ¶hnlich langwierige Behandlung erforderlich gewesen. Es hÃ¤tten bis zum letzten stationÃ¤ren Tag massive Defizite bestanden. Diese Symptomatik habe nur durch eine vollstationÃ¤re Behandlung auf einer psychiatrischen Intensivstation mit stÃ¤ndig kontrollierten hochdosierteren Psychopharmaka sowie regelmÃ¤Ãiger EKT behandelt werden kÃ¶nnen. Die weitere Chronifizierung und Verschlechterung der Psychose habe nur durch die EKT-Behandlung als ultima ratio aufgehalten werden kÃ¶nnen. Hierdurch habe der Versicherte stabilisiert werden kÃ¶nnen. Durch den RÃ¼ckgang der Wahninhalte sei es nicht mehr zur wahnhaft bedingten Aufnahme von Unmengen von Wasser gekommen, die ihrerseits zu einer lebensbedrohlichen VerdÃ¼nnungshyponatriÃ¤mie gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Die Notwendigkeit der Unterbringung spreche nicht gegen die Erforderlichkeit der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung. Die notwendigen Fixierungen, die stÃ¤ndige Labordiagnostik zur Kontrolle der Pharmakotherapie und die EKT-Behandlungen zeigten, dass der Versicherte mit den Mitteln des Krankenhauses behandelt worden sei. Die Dokumentation zeige im Ãbrigen eine ungewÃ¶hnlich intensive Befassung des Personals der KlÃ¤gerin mit dem Versicherten, der dieser intensiven Betreuung auch bedurft habe. Es seien zahlreiche FÃ¤lle der 1:1-Ãberwachung dokumentiert. Diese Art der Behandlung wÃ¤re in einem anderen Setting nicht mÃ¶glich gewesen. Die Beklagte schulde zudem die Aufwandspauschale in gesetzlicher HÃ¶he sowie Zinsen in HÃ¶he von 9 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat hierzu ausgefÃ¼hrt, es habe

an der stationÃ¤ren KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit gefehlt. Eine PrÃ¼fung der BehandlungsbedÃ¼rftigkeit fÃ¼r den streitigen Zeitraum durch den MDK sei nicht notwendig gewesen, da die PrÃ¼fung fÃ¼r den Zeitraum Januar bis Juli 2017 bereits keine Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Versorgung ergeben habe, da der Versicherte austherapiert sei und die weitere Unterbringung der Verwahrung gedient habe. Auch im streitigen Zeitraum sei keine Akutbehandlung, sondern eine Verwahrung des Versicherten erfolgt.

Im Auftrag des SG hat R1 am 10.09.2019 ein SachverstÃ¤ndigengutachten nach Aktenlage erstellt (Bl. 44 ff. der SG-Akte). In diesem kommt er zu dem Ergebnis, dass es sich dem Versicherten um einen schwerkranken Patienten handele, dessen stationÃ¤re Therapie vom 20.03.2018 bis 29.08.2018 aus ex ante-Sicht nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfÃ¼gbaren Kenntnisstand der behandelnden Ãrzte notwendig gewesen sei.

Auf die Einwendungen der Beklagten, das SachverstÃ¤ndigengutachten grenze nicht zwischen einer Unterbringung und einer stationÃ¤ren Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus ab, mithin nicht zwischen dem Wohnen/Bewahren vor Obdachlosigkeit und medizinischer Behandlung, auch sei das Gutachten nicht auf die Dauer der stationÃ¤ren Behandlung eingegangen, hat R1 in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 21.01.2020 ausgefÃ¼hrt, die stationÃ¤re Aufnahme des Versicherten sei wÃ¤hrend des gesamten Krankenhausaufenthaltes allein aus kurativen Zwecken erforderlich gewesen. Soweit sich dies der Aktenlage entnehmen lasse, habe der Aufenthalt vor allem der Therapie der schweren Krankheitssymptome und nachrangig der Unterbringung zum Vermeiden einer Eigen- oder FremdgefÃ¤hrdung im gesetzlichen Sinne gedient. Sie sei weit Ã¼berwiegend zur Therapie der schweren psychiatrischen Symptome und nicht etwa zu Zwecken des Wohnens bzw. des Bewahrens vor Obdachlosigkeit erfolgt. Angesichts des Schweregrades der Symptome des Versicherten und in Kenntnis der HyponatriÃ¤mie habe nicht die MÃ¶glichkeit einer ambulanten DurchfÃ¼hrung der EKT bestanden.

Das SG hat die Beklagte mit Gerichtsbescheid vom 09.03.2020 verurteilt, an die KlÃ¤gerin 55.695,61 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz aus TeilbetrÃ¤gen in HÃ¶he von 11.189,64 â¬ seit dem 18.06.2018, aus 8.259,02 â¬ seit dem 02.07.2018, aus 7.992,60 â¬ seit dem 03.08.2018, aus 8.259,02 â¬ seit dem 02.09.2018 und aus 19.995,33 â¬ seit dem 22.10.2018 zu zahlen und im Ãbrigen die Klage abgewiesen. Die Klage sei hinsichtlich der Hauptforderung begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin stehe der geforderte VergÃ¼tungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten im streitigen Zeitraum zu. Lediglich die Verzinsung sei auf 5 Prozentpunkte Ã¼ber dem Basiszinssatz zu begrenzen. Entgegen der Ansicht der Beklagten habe die Aufnahme in die Klinik der KlÃ¤gerin nicht lediglich der Unterbringung bzw. der Vermeidung einer Eigen- oder FremdgefÃ¤hrdung gedient. Vielmehr habe die Akutbehandlung des Versicherten im Vordergrund gestanden. Das Gericht folge insoweit dem in sich schlÃ¼ssigen und Ã¼berzeugenden SachverstÃ¤ndigengutachten des R1 sowie seiner hierzu vorgenommenen ergÃ¤nzenden Stellungnahme zu den Einwendungen der

Beklagten. Hieraus ergebe sich, dass der Versicherte zwar unter einer paranoiden Schizophrenie in Form einer chronifizierten Erkrankung leide. Gleichwohl sei zur Akutbehandlung seine vollstationÃ¤re Aufnahme im Hause der KlÃ¤gerin ab dem 20.03.2018 bis einschlieÃlich 29.08.2018 aus kurativen Zwecken und nicht etwa zu Zwecken des Wohnens bzw. des Bewahrens vor Obdachlosigkeit erforderlich gewesen. Eine ambulante Behandlung insbesondere in Form der EKT wÃ¤re nicht ausreichend gewesen. Nicht nur die gravierende psychische Symptomatik, sondern auch die GefÃ¤hrdung des Versicherten im Rahmen einer HyponatriÃ¤mie bei Polydipsie sei eindeutig therapiebedÃ¼rftig gewesen und widerspreche einem Krankenhausaufenthalt vor allem zu Wohn- oder Aufbewahrungszwecken. Der Versicherte habe sich wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes kontinuierlich in einem schweren Krankheitsstadium befunden. Als therapeutische MaÃnahmen eigneten sich die Gabe hochpotenter Neuroleptika mit antipsychotischer Wirkung, Psychotherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie und EKT. Bei der Erkrankung des Versicherten handele es sich um eine psychiatrische Krankheit, die Ã¼blicherweise hÃ¤ufig wiederkehrende stationÃ¤re Behandlungen in einem Krankenhaus erfordere. Aufgrund der beim Versicherten vorliegenden Polydipsie habe eine Indikation zur Natriumsubstitution bestanden. Die beim Versicherten diagnostizierte HyponatriÃ¤mie stelle ein gefÃ¤hrliches Krankheitsbild dar und erfordere ein rasches Ã¤rztliches Eingreifen. Allein aufgrund der HyponatriÃ¤mie habe im Kalenderjahr 2018 eine eindeutige Aufnahmeindikation in die Einrichtung der KlÃ¤gerin bestanden. Nach erfolgloser Gabe hochdosierter Psychopharmaka sei die Behandlung in einem spezialisierten Krankenhaus mit EKT erforderlich gewesen. Der Umstand, dass sich aus der vorliegenden SuizidalitÃ¤t des Versicherten auch ein Indiz fÃ¼r eine MaÃnahme nach dem Unterbringungsgesetz ableiten lasse, spreche nicht gegen die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung. Denn die SelbstmordgefÃ¤hrdung sei auch ein behandlungspflichtiges Symptom der schweren Schizophrenie. Auch habe von einer fehlenden Behandelbarkeit der bestehenden Symptome bei stationÃ¤rer Aufnahme nicht ausgegangen werden kÃ¶nnen, zumal die stationÃ¤re Aufnahme aufgrund einer zuvor eingetretenen Verschlechterung eingetreten sei. Insofern habe erwartet werden dÃ¼rfen, dass eine Verbesserung auf das zuvor vorhandene Niveau jedenfalls mÃ¶glich gewesen wÃ¤re. Es sei aus ex ante-Sicht geboten gewesen, mit allen zur VerfÃ¼gung stehenden TherapiemÃ¶glichkeiten eine Symptomlinderung zu versuchen. Im vorliegenden Einzelfall sei insbesondere auch die EigengefÃ¤hrdung des Versicherten als schweres Symptom der Schizophrenie zu betrachten und rasch zu behandeln gewesen. Auch insofern sei ein kurativer Krankenhausaufenthalt notwendig gewesen. Aufgrund der schweren Krankheitssymptomatik des Versicherten wÃ¤re auch die ambulante DurchfÃ¼hrung der EKT nicht mÃ¶glich gewesen. Nach alledem sei der Klage hinsichtlich der Hauptforderung stattzugeben gewesen. Hinsichtlich der Verzinsung in HÃ¶he von 9 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz habe die Klage Ã¼ber die aus dem Tenor ersichtliche Verzinsung i.H.v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz keinen Erfolg haben kÃ¶nnen. Das Gericht folge insoweit der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Landessozialgerichts (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg und stÃ¼tze die Zinsforderung auf Â§Â 19 Abs.Â 1 und 3 des Landesvertrages nach Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V fÃ¼r das Land Baden-WÃ¼rttemberg.

Gegen den ihr am 19.03.2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 26.03.2020 Berufung beim LSG Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus sei nicht erforderlich gewesen. Dem Gutachten des R1 kÃ¶nne nicht gefolgt werden. Insbesondere begrÃ¼nde dieser nicht, warum eine HyponatriÃ¤mie einen fÃ¼nfmonatigen Aufenthalt auf einer psychiatrischen Intensivstation notwendig machen sollte. Das Problem der â€Nicht-FÃ¼hrbarkeitâ€ eines Patienten in einer betreuten Wohngruppe kÃ¶nne nicht zur stationÃ¤ren Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus und zur Verschiebung von KostentrÃ¤gern fÃ¼hren. Zudem kÃ¶nnten EKTâ€s in vielen FÃ¤llen ambulant durchgefÃ¼hrt werden. Ã€ber den 29.08.2018 hinaus sei der Versicherte immer wieder im psychiatrischen Krankenhaus der KlÃ¤gerin gewesen, ohne dass sich an seinem Zustand etwas geÃ¤ndert habe. Die Aufenthalte hÃ¤tten jedoch nicht mehr so lange gedauert. Da der Versicherte seit 20 Jahren an dieser Erkrankung leide und keine Besserung erkennbar sei, sei fraglich, ob nach Â§ 27 Abs. 1 Nr.Â 5 SGBÂ V BehandlungsbedÃ¼rftigkeit und BehandlungszugÃ¤nglichkeit im Zeitraum 20.03.2018 bis 29.08.2018 gegeben gewesen sei. Bei nicht mehr durch Ã¤rztliche Behandlung beeinflussbaren schwersten psychiatrischen Erkrankungen werde hÃ¤ufig eine (weitere) vollstationÃ¤re KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit verneint. Eine Abgrenzung zwischen stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung und Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses oder in einer Pflegeeinrichtung finde weder im Gutachten noch im Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim statt. Menschen, die an einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung litten, kÃ¶nnten gegen oder ohne ihren Willen in einem geeigneten Krankenhaus untergebracht werden, wenn und solange sie infolge ihrer Krankheit ihr Leben, ihre Gesundheit oder RechtsgÃ¼ter anderer erheblich gefÃ¤hrdeten und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kÃ¶nne. Nach dem Gesetz Ã¼ber Hilfen und SchutzmaÃnahmen bei psychischen Krankheiten vom 25.11.2014 (PsychKHG BW, GBl.2014, 534) trÃ¼gen die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgefÃ¼hrten Unterbringung in einem Krankenhaus die Betroffenen, soweit sie nicht von Unterhaltspflichtigen, einem TrÃ¤ger der Sozialversicherung, einem TrÃ¤ger der Sozialhilfe oder anderen zu zahlen seien. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehÃ¶re es dagegen nicht, die fÃ¼r eine erfolgreiche Krankenbehandlung notwendigen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen oder diesbezÃ¼gliche Defizite durch eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungsspektrums auszugleichen. FÃ¼r derartige Risiken habe die Krankenkasse nicht einzustehen. UnberÃ¼hrt davon blieben mÃ¶gliche AnsprÃ¼che des KrankenhaustrÃ¤gers gegen andere LeistungstrÃ¤ger oder gegen die Versicherten selbst. KrankenhaustrÃ¤ger, die zur Ãberbrückung von strukturellen oder einzelfallbezogenen Defiziten beim Ãbergang von der stationÃ¤ren Krankenhausversorgung in eine andere, von der Strukturverantwortung der Krankenkassen nicht umfasste Versorgungsform Leistungen fÃ¼r Versicherte erbrÃ¤chten, kÃ¶nnten diese gegenÃ¼ber den Krankenkassen auch dann nicht abrechnen, wenn die nahtlose Unterbringung in einer anderen Einrichtung erforderlich sei, jedoch nicht rechtzeitig ermÃ¶glicht werden kÃ¶nne. Die Krankenkassen trÃ¼gen zur ErfÃ¼llung des Krankenbehandlungsanspruchs nach Â§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGBÂ V die Strukturverantwortung fÃ¼r die VerfÃ¼gbarkeit

adÃ¤quater BehandlungskapazitÃ¤ten der KrankenhÃ¤user. Eingliederungsleistungen, insbesondere solche nach Â§Â§ 53 ff. ZwÃ¶lftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), und die entsprechende Strukturverantwortung dafÃ¼r, die der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienten, zÃ¤hlten, auch wenn sie durch ambulante vertragsÃ¤rztliche Behandlung flankiert werden (mÃ¼ssten), nicht zum Aufgabenbereich der GKV. Auch die Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten WohnmÃ¶glichkeiten rechne der Gesetzgeber ausdrÃ¼cklich den Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu (Â§ 55 Abs. 2 Nr. 6 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IX]). Qualitativ und quantitativ hoher pflegerischer Aufwand und Schwierigkeiten, einen geeigneten Pflegeplatz zu finden, begrÃ¼ndeten nicht die Notwendigkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung. Mit der betreuten Wohngruppe im P1 W1 habe der Versicherte zudem einen geeigneten Pflegeplatz und Unterbringungsort gehabt. Das BSG habe in seiner Entscheidung vom 13.05.2004 (B 3 KR 18/03 R) klargestellt, dass eine Unterbringung auf der Grundlage des Â§ 1906 Abs. 1 Nr. 2 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (*a.F., nunmehr* Â§ 1831 Abs. 1 Nr. 2 BGB*)* im VerhÃ¤ltnis zwischen KrankenhaustrÃ¤ger und Krankenkasse keine Bindungswirkung dahingehend entfalte, dass mit der Entscheidung Ã¼ber die Unterbringung eines Versicherten die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung im Sinne von Â§Â 39 SGB V feststehe. Vorliegend sei der Versicherte wegen Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung nur verwahrt bzw. weggesperrt worden. Er sei nicht therapierbar und seine Krankheit nicht heilbar gewesen. Medikamentengabe, EKT und Fixierung wÃ¤ren auch in seiner betreuten Wohngruppe mÃ¶glich gewesen. Vorliegend kÃ¤me auch eine stationsÃ¤quivalente Behandlung in Betracht. Die betreute Wohngruppe, der vollstationÃ¤re Bereich und der teilstationÃ¤re Bereich seien bei der KlÃ¤gerin unter einem Dach, so dass die Ã□rzte aus dem vollstationÃ¤rem Bereich in Rufbereitschaft in die betreute Wohngruppe kommen kÃ¶nnten.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 09.03.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur BegrÃ¼ndung hat sie auf das erstinstanzliche Urteil und das Gutachten des R1 verwiesen sowie ergÃ¤nzend ausgefÃ¼hrt, die Beklagte verkenne nach wie vor die Schwere der Erkrankung des Versicherten und die Dringlichkeit der BehandlungsbedÃ¼rftigkeit im vollstationÃ¤ren Setting wÃ¤hrend der gesamten Dauer der Behandlung. Die Behandlungsdokumentation zeige einen schwerstkranken Patienten, der â□□ auch vor dem Hintergrund seiner Vorgeschichte mit Suizidversuchen â□□ nur vollstationÃ¤r habe behandelt werden kÃ¶nnen. Soweit die Beklagte den Eindruck erwecken wolle, dem Versicherten sei praktisch nicht mehr zu helfen gewesen, sei dies falsch. Selbst wenn man von einer Chronifizierung ausgehe, welche die Beklagte immer wieder anfÃ¼hre, dÃ¼rfe dennoch nicht verkannt werden, dass der Versicherte durch die intensive und lange

Krankenhausbehandlung Ã¼berhaupt erst wieder â□□heimfÃ¤higâ□□ geworden sei und bei Beibehaltung der engmaschigen EKT-Behandlung Ã¼berhaupt erst wieder in einem niederschwelligeren Setting habe behandelt werden kÃ¶nnen. Diese VerÃ¤nderung in Form der Verbesserung seines Krankheitsbildes zeige die Erforderlichkeit, aber auch den Erfolg der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung. Mit der Schwere der Erkrankung und der intensiven Behandlung hÃ¤tten weder die immer wieder aufgeworfene Frage nach einer alternativen Unterbringung noch die Unterbringung selbst etwas zu tun. Die Unterbringung sei mÃ¶glicherweise nicht allein BegrÃ¼ndung fÃ¼r die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung und die KostenÃ¼bernahmepflicht der Beklagten, stehe dieser aber jedenfalls auch nicht entgegen, jedenfalls dann nicht, wenn wie hier, die Behandlung mit Mitteln des Krankenhauses so intensiv erfolgt sei. Auch die Chronifizierung stehe der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit keineswegs entgegen. Der chronisch Kranke verliere nicht den Anspruch auf eine vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung, insbesondere dann, wenn sein Zustand â□□ wie hier â□□ sich vor der Aufnahme so drastisch verschlechtert (SuizidalitÃ¤t) und durch die Behandlung so stark verbessert habe, dass wieder HeimfÃ¤higkeit gegeben sei. Der Versicherte habe auch nicht schon frÃ¼her in das Betreute Wohnen gebracht werden kÃ¶nnen. Das Heim sei kein Ersatz fÃ¼r eine vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung. Der Versicherte sei vor dem tatsÃ¤chlichen Ende der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung und dem Ã□bergang ins Heim nicht entlassfÃ¤hig gewesen. Es habe keine andere Behandlungsform gegeben, welche fÃ¼r die Weiterbehandlung des Versicherten geeignet gewesen wÃ¤re. Was die EKT-Behandlung angehe, sei es ein erheblicher Unterschied, ob ein Patient einmal pro Woche oder mehrmals pro Woche dieser Behandlung unterzogen werde. Auch in FÃ¤llen, in welchen die EKT-Behandlung wÃ¤hrend eines Heimaufenthaltes erfolgen kÃ¶nne, wÃ¤re eine jeweilige stationÃ¤re Vor- und Nachsorge erforderlich. Aus diesem Grunde ergebe sich schon aus der Behandlungsform zu mehreren Terminen in der Woche die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit. Zudem sei die Behandlung des Versicherten weit Ã¼ber die bloÃ□e EKT-Behandlung hinausgegangen. DiesbezÃ¼glich werde auf die ausfÃ¼hrliche Behandlungsdokumentation verwiesen. Die Behandlung hÃ¤tte weder ambulant noch teilstationÃ¤r erfolgen kÃ¶nnen. Auch sei vorliegend das Behandlungsziel (Entlassung in eine niederschwelligere Behandlungsform) erreicht worden. Eine stationsÃ¤quivalente Behandlung wÃ¤re grundsÃ¤tzlich eine gute Idee und sogar besser vergÃ¼tet. Der Versicherte falle jedoch nicht in die Patientengruppe, deren Behandlung unter die hierfÃ¼r bestehende Vereinbarung falle. Zudem kÃ¶nnten weder die Fixierung noch die EKT-Behandlung auÃ□erhalb einer Station erbracht werden.

Zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts hat der Senat F1,von Amts wegen mit der Erstellung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens beauftragt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 30.08.2022 (Bl. 131 ff. der Senatsakte) zu dem Ergebnis gelangt, dass sowohl bei Aufnahme des Versicherten am 20.03.2018 als auch wÃ¤hrend des gesamten stationÃ¤ren Aufenthalts KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit bestanden habe. Der stationÃ¤re Aufenthalt habe der Linderung von Krankheitsbeschwerden und einer Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes gedient. Aufgrund des wahnhaft vermehrten Trinkverhaltens

des Betroffenen sei der Versicherte zu verschiedenen Zeiten des stationÃ¤ren Aufenthaltes durch eine Elektrolytentgleisung in seinem Blut (HyponatriÃ¤mie) gefÃ¤hrdet gewesen, dies in der Zeit ab dem 06.08.2018 sogar vergleichsweise hochgradig. In diesen Abschnitten habe der stationÃ¤re Aufenthalt auch der Verhinderung einer Verschlimmerung der (in diesem Fall kÃ¶rperlichen) Symptomatik gedient.

Der Senat hat zudem die Gerichtsakten in den Verfahren L 4 KR 599/22 und L 11 KR 1164/20 zum Verfahren beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der KlÃ¤gerin Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

1. Die gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemÃ¤Ã Â§ 143 SGG statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der maÃgebliche Beschwerdewert nach Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr.Â 1 SGG von 750,00 â¬ Ã¼berschritten ist. Die Beklagte wendet sich gegen die Verurteilung zur Zahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten in HÃ¶he von 55.695,61Â â¬ zuzÃ¼glich Zinsen.

2. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der KlÃ¤gerin auf Zahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r den stationÃ¤ren Aufenthalt des Versicherten im Zeitraum vom 20.03.2018 bis 29.08.2018 in HÃ¶he von 55.695,61Â â¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz (aus TeilbetrÃ¤gen in HÃ¶he von 11.189,64 â¬ seit dem 18.06.2018, aus 8.259,02 â¬ seit dem 02.07.2018, aus 7.992,60 â¬ seit dem 03.08.2018, aus 8.259,02 â¬ seit dem 02.09.2018 und aus 19.995,33 â¬ seit dem 22.10.2018). Mangels Anschlussberufung ist das ursprÃ¼ngliche Begehren der KlÃ¤gerin auf eine Verzinsung in HÃ¶he von 9 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz nicht mehr streitgegenstÃ¤ndlich.

3. Die Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben. Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung von 55.695,61 â¬ aufgrund der notwendigen stationÃ¤ren Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 20.03.2018 bis 29.08.2018.

a) Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die KlÃ¤gerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach Â§Â 54 Abs. 5 SGG die richtige Klageart gewÃ¤hlt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R,

juris Rn.Â 8 m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG 13.11.2013, B 3 KR 33/12 R, juris Rn.Â 9). Die KlÃ¤gerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

b) Die Klage ist begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin steht der vorliegend geltend gemachte VergÃ¼tungsanspruch zu.

Dabei ist vorab darauf hinzuweisen, dass die Beklagte nicht den hierfÃ¼r vorgeschriebenen und zu beschreitenden Weg einer WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung hinsichtlich einer primÃ¤ren oder sekundÃ¤ren Fehlbelegung nach der hier einschlÃ¤gigen PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV) vom 03.02.2016 beschritten und den MDK gemÃ¤Ã Â§ 4 PrÃ¼fvV nicht mit dem PrÃ¼fgegenstand â primÃ¤reâ oder â sekundÃ¤re Fehlbelegungâ beauftragt hat. Die Beklagte geht vielmehr losgelÃ¶st von einer konkreten MDK-PrÃ¼fung und losgelÃ¶st von dem Verfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V â quasi abstrakt generell â davon aus, dass sie aufgrund des Unterbringungsbeschlusses des Amtsgerichts B2 vom 07.07.2017 nicht mehr KostentrÃ¤gerin sein kÃ¶nne. Dies zeigt sich in dem Schreiben vom 13.04.2018, mit welchem die Beklagte die KostenÃ¼bernahme ab dem 20.03.2018 unter Verweis auf ihre Schreiben vom 22.08.2017 und 11.09.2017 verweigerte, mit welchen sie bereits zuvor eine KostenÃ¼bernahme ab dem 15.09.2017 abgelehnt hat. All dies geschah vor der Erstellung der ersten Zwischenrechnung durch die KlÃ¤gerin. Dies ist â wie bereits ausgefÃ¼hrt â keine der PrÃ¼fvV entsprechende Vorgehensweise (so auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg 20.11.2023, L 4 KR 599/22).

(1) Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung i.V.m. Â§ 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem fÃ¼r psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) fÃ¼r das Jahr 2018 in Verbindung mit Â§ 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der Pflegesatzvereinbarung und dem fÃ¼r Baden-WÃ¼rttemberg gÃ¼ltigen nach Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V geschlossenen Vertrag. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R, juris Rn. 10; 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13Â R, jeweils juris Rn. 8). Nach Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Â§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(2) Die Grundvoraussetzungen des VergÃ¼tungsanspruches liegen vor. Die KlÃ¤gerin betreibt ein zugelassenes Plankrankenhaus. Der Versicherte war zum Zeitpunkt der stationÃ¤ren Behandlung Mitglied der Beklagten. Bei ihm bestanden

auch behandlungsbedÃ¼rftige Krankheiten in Form einer paranoiden Schizophrenie (ICD F20.0) sowie HypoosmolalitÃ¤t und HyponatriÃ¤mie (E87.1), Polydipsie (R63.1), FolsÃ¤uremangel (E53.8) und essentielle Hypertonie benigne ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00). Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des N1 vom 16.05.2019. Weder das Krankheitsbild noch die BehandlungsbedÃ¼rftigkeit werden von Seiten der Beklagten in Zweifel gezogen.

(3) Bei dem Versicherten bestand vom 20.03.2018 bis 29.08.2018 auch KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit.

(a) Ob einem Versicherten vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung zu gewÃ¤hren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles (BSG 25.10.2016, B 1 KR 6/16 R, juris Rn. 23 m.w.N.). Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist nicht rÃ¼ckschauend aus der spÃ¤teren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern es kommt darauf an, ob sich die stationÃ¤re Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der fÃ¼r den Krankenhausarzt nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG 16.12.2008, B 1 KN 3/08 KR R, juris Rn. 22). ErmÃ¶glicht es der Gesundheitszustand des Versicherten, das Behandlungsziel durch andere MaÃnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege, zu erreichen, besteht kein Anspruch auf stationÃ¤re Behandlung (BSG 25.10.2016, B 1 KR 6/16 R, juris Rn. 23). Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben im Streitfall uneingeschrÃ¤nkt zu Ã¼berprÃ¼fen, ob eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung aus medizinischen GrÃ¼nden notwendig ist. Ein EinschÃ¤tzungsvorrang des verantwortlichen Krankenhausarztes ist weder vom Gesetz vorgesehen noch von der Sache her erforderlich und deshalb mit dem rechtsstaatlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes nicht vereinbar (BSG, a.a.O., m.w.N.). Zudem obliegt die Entscheidung darÃ¼ber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf GewÃ¤hrung vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht, und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationÃ¤re Behandlung aus medizinischen GrÃ¼nden notwendig ist, nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet (BSG, a.a.O.).

KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftig ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG 17.11.2015, B 1 KR 18/15Â R, juris Rn. 11). Als besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit prÃ¤senter oder rufbereiter Arzt anzusehen. Dabei ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen MÃ¶glichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt. So besteht kein Anspruch auf stationÃ¤re Behandlung und damit auch kein VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses, wenn es â wie bereits ausgefÃ¼hrt â der Gesundheitszustand des Patienten ermÃ¶glicht, das Behandlungsziel durch andere MaÃnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung, einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege, zu erreichen (stÃ¤ndige Rechtsprechung, z.B. BSG

25.10.2016, B 1 KR 6/16 R, juris Rn. 23; 14.10.2014, B 1 KR 27/13 R, juris Rn. 11). Bei maÃgeblicher ex ante-Sicht sind dabei die im Zeitpunkt der Entscheidung Ã¼ber die stationÃ¤re Aufnahme ersichtlichen UmstÃ¤nde zu berÃ¼cksichtigen.

Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen GerÃ¤ten ganz in den Hintergrund treten und allein der Einsatz von Ãrzten, therapeutischen HilfskrÃ¤ften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die stationÃ¤re Behandlung kennzeichnen. Auch ist die Frage der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht abstrakt anhand der eine Krankenhausbehandlung umschreibenden Merkmale zu beantworten, sondern stets konkret mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen. Versicherte mit einem schweren psychiatrischen Leiden haben Anspruch auf stationÃ¤re Krankenhausbehandlung, wenn nur auf diese Weise ein erforderlicher komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionalen Teams unter fachÃ¤rztlicher Leitung erfolgversprechend verwirklicht werden kann (vgl. BSG 13.05.2004, B 3 KR 18/03 R, BSGE 92, 300, 305; BSG 07.07.2005, B 3 KR 40/04 R, juris). In einer weiteren Entscheidung hat das BSG zudem klargestellt, dass auch eine Schizophrenie im chronifizierten Zustand heute eine behandlungsfÃ¤hige und daher auch behandlungsbedÃ¼rftige Krankheit ist (BSG 16.02.2005, B 1 KR 18/03 R , BSGE 94, 161-174, juris Rn. 25 ff.). Der Verweis der Beklagten auf die diesbezÃ¼glich veraltete Rechtsprechung des BSG (BSG 12.11.1985, 3 RK 45/83, BSGE 59, 116-119, juris) berÃ¼cksichtigt somit nicht die wesentlichen medizinischen und rechtlichen Ãnderungen bei der Versorgung psychiatrisch und psychisch Kranker. DiesbezÃ¼glich weist F1 in seinem Gutachten vom 20.08.2022 auch ganz allgemein darauf hin, dass im Falle eines hochgradig beeintrÃ¤chtigenden chronischen Krankheitsbildes durch eine Behandlung zwar ggfs. keine Besserung des herabgesenkten psychosozialen Funktionsniveaus mehr mÃ¶glich ist, hiervon jedoch die Linderung krankheitsbedingter Leiden getrennt betrachtet werden mÃ¼sse.

Eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Unterbringung eines psychisch erkrankten Versicherten zur DurchfÃ¼hrung einer stationÃ¤ren psychiatrischen Heilbehandlung schlieÃt im Streit um den VergÃ¼tungsanspruch des KrankenhaustrÃ¤gers den Einwand der Krankenkasse nicht aus, die Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich gewesen (BSG 13.05.2004, B 3 KR 18/03 R, BSGE 92, 300-308, juris Rn. 16 ff.). Insbesondere hat der GroÃe Senat (GS) des BSG im Beschluss vom 25.09.2007 (GS 1/06, BSGE 99, 111-122, juris) klargestellt, dass sich die Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung allein nach medizinischen Erfordernissen richtet und die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts dann nicht zu tragen hat, wenn der Versicherte (nur) aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhÃ¤ngenden GrÃ¼nden eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benÃ¶tigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorÃ¼bergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

Zusammenfassend ist somit vorab festzuhalten, dass sich die Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung allein nach medizinischen Erfordernissen richtet, jedoch auch bei einer schweren chronifizierten psychiatrischen Erkrankung

nicht von vornherein von einer fehlenden medizinisch-Ã¤rztlichen Beeinflussbarkeit ausgegangen werden kann.

(b) Gemessen an diesen Vorgaben bestand bei dem Versicherten â unabhÃ¤ngig vom Unterbringungsbeschluss des Amtsgerichts B2 vom 17.07.2017 â wÃ¤hrend des kompletten hier streitigen Aufenthaltes vom 20.03.2018 bis 29.08.2018 KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit. Der Senat schlieÃt sich hierbei den schlÃ¼ssigen und Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen F1 in seinem Gutachten vom 30.08.2022 an, welcher eine durchgehende BehandlungsbedÃ¼rftigkeit im genannten Zeitraum annimmt aufgrund der Notwendigkeit mindestens wÃ¶chentlicher EKT-Behandlungen bei angepasster neuroleptischer Medikation einhergehend mit der stÃ¤ndigen Gefahr einer VerdÃ¼nnungshyponatriÃ¤mie durch eine â wahnbedingt â zu hohe FlÃ¼ssigkeitsaufnahme. Eine Unterbringung des Versicherten in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin ausschlieÃlich wegen erheblicher GefÃ¤hrdung seines Lebens oder seiner Gesundheit oder der RechtsgÃ¼ter anderer infolge seiner psychischen StÃ¶rung (Â§ 13 Abs. 3 PsychKHG BW) lag gerade nicht vor. GestÃ¼tzt wird diese EinschÃ¤tzung auch durch das in erster Instanz eingeholte SachverstÃ¤ndigengutachten bei R1, welcher ebenfalls eine durchgÃ¤ngige stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bejaht.

Der Versicherte litt im streitigen Zeitraum an einer schweren paranoid-halluzinatorischen, hochgradig chronifizierten schizophrenen Psychose (ICD-10 F20.0). Allein die Chronifizierung der genannten Erkrankung stand einer Behandlung mit den Mittel eines Krankenhauses jedoch nicht entgegen (s.o.). In seinem Gutachten fÃ¼hrt F1 sodann nachvollziehbar unter detaillierter Bezugnahme auf die Patientenakte des Versicherten aus, dass sich unter regelmÃ¤Ãiger EKT-Behandlung flankiert durch neuroleptische und psycho-/sozialtherapeutische MaÃnahmen das Erleben und Verhalten des Betroffenen hat gÃ¼nstig beeinflussen lassen und die stationÃ¤re Behandlung auch in ihrer LÃ¤nge umfassend erforderlich war. Es handelte sich um eine Behandlung mit dem Ziel der Besserung von Krankheitszeichen.

So benÃ¶tigte der Versicherte auch im MÃ¤rz 2018 noch eines multimodalen Therapiekonzepts mit umfassenden psychotherapeutischen und sonstigen medizinischen BehandlungsmaÃnahmen, um ihn nach Ende des Aufenthalts Ã¼berhaupt unterbringen bzw. in einer niederschwelligeren Form ambulant behandeln zu kÃ¶nnen. So ergibt sich insbesondere aus dem Arztbrief der KlÃ¤gerin vom 16.05.2019, dass bei dem Versicherten seit mehreren Jahren ein schwer chronifiziertes Zustandsbild mit handlungsleitendem psychotischen Erleben wie Vergiftungs-, Verfolgungs- und BeeintrÃ¤chtigungswahninhalten, psychotischen Ãngsten, handlungsleitenden ZÃ¶nÃ¤sthesien sowie hochgradiger StÃ¶rung der Konzentration und Auffassung bestand, welchem therapeutisch zunÃ¤chst kaum beigekommen werden konnte. So verliefen verschiedene medikamentÃ¶se Therapien Ã¤uÃerst frustran und brachten keinerlei Besserung der Wahninhalte mit sich, hielten den Versicherten insbesondere â auÃerhalb einer 1:1-Betreuung â nicht davon ab, weiterhin in wahnhafter Weise groÃe Mengen FlÃ¼ssigkeit aufzunehmen (um â seiner Vorstellung nach â die Medikation

wieder auszuschwemmen). Allerdings fÃ¼hrte die dann ab dem 27.11.2017 begonnene Behandlung mittels EKT, welche der Behandlung therapieresistenter und schwerer depressiver StÃ¶rungen dient und bei der mit wenige Sekunden andauernden Stromimpulsen unter Narkose mit Muskelrelaxation eine kurzzeitige neuronale Ãbererregung im Gehirn ausgelÃ¶st wird (https://de.wikipedia.org/wiki/Elektrokonvulsionstherapie), zu einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Zustands des Versicherten bei deutlich stabilisiertem Affekt und rÃ¼cklÃ¤ufiger Wahnsymptomatik (bei zusÃ¤tzlicher durchgÃ¤ngiger neuroleptischer Medikation sowie sonstigen therapeutischen MaÃnahmen). Bis zum Entlassungszeitpunkt am 29.08.2018 wurden laut Arztbrief 57 EKT-Behandlungen durchgefÃ¼hrt, im hier streitigen Zeitraum ab dem 20.03.2018 noch 32 (21.03., 27.03., 29.03., 03.04., 05.04., 10.04., 12.04., 17.04., 19.04., 24.04., 27.04., 03.05., 09.05., 16.05., 24.05., 28.05., 05.06., 11.06., 15.06., 20.06., 25.06., 29.06., 04.07., 09.07., 13.07., 18.07., 24.07., 31.07., 09.08., 15.08., 21.08., 28.08.). Das Behandlungsintervall konnte hierbei von zwei- bis dreimal pro Woche zu Beginn auf einmal pro Woche zum Ende hin erweitert werden, wobei nach Ende des Aufenthalts eine weitere Streckung auf eine Behandlung alle zwei Wochen geplant war. Die Behandlung mittels EKT, welche erst seit dem 27.11.2017 durchgefÃ¼hrt wird, ist dabei eindeutig mit kurativem Ansatz erfolgt und fÃ¼hrte auch zu den oben genannten Erfolgen. Insoweit Ã¼berzeugt der Verweis der Beklagten auf das vorgelegte MDK-Gutachten nicht, da sich dieses nur mit dem Zeitraum vom 01.01.2017 bis 25.07.2017 beschÃ¤ftigt, mithin zu diesem nunmehr verfolgten Behandlungsansatz Ã¼berhaupt keine Stellung bezieht.

Ohne weitere Einschaltung des MDK behauptet die Beklagte nunmehr â ohne Offenlegung eines diesbezÃ¼glichen besonderen medizinischen Sachverstandes â die im vorliegenden Zeitraum erfolgten Behandlungen wÃ¤ren auch ambulant im Heimbereich zu erbringen gewesen. Auch wenn sich vorliegend die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Erbringung der durchgefÃ¼hrten umfassenden Behandlung auch aufgrund der beim Versicherten wiederkehrenden GefÃ¤hrdungsmomente (Eigen- und FremdgefÃ¤hrdung) und der Schwere seiner Symptome ergibt (so auch G2 in seinem Schreiben vom 25.04.20218), spricht dies weder gegen die Erforderlichkeit noch die Notwendigkeit einer solchen, da diese nach einhelliger Auffassung der befragten Gutachter im Fall des Versicherten jedenfalls bis zum 29.08.2018 nicht ambulant zu erbringen gewesen wÃ¤re. Erst zu diesem Zeitpunkt, an welchem das Behandlungsintervall der EKT erfolgreich auf eine Woche ausgedehnt werden konnte, war eine Behandlung im ambulanten Setting Ã¼berhaupt denkbar. Entgegen der Ansicht der Beklagten hatte diese Form der Behandlung auch nicht bereits zuvor im Heimbereich stattgefunden, wie dem Arztbrief der KlÃ¤gerin vom 16.05.2019 zu entnehmen ist. Es fÃ¼r den Senat plausibel und nachvollziehbar, dass die Etablierung dieser Behandlungsform â auch vor dem Hintergrund der zudem noch bestehenden HyponatriÃ¤mie (hierzu sogleich) â bei dem hier schwerkranken Versicherten den Zeitraum bis zum 29.08.2018 benÃ¶tigt hat, um die Behandlung in einem niederschwelligeren Setting vorzubereiten. Es haben somit nicht von vornherein keine Behandlungsaussichten bestanden, vielmehr konnte sowohl das Leiden des Versicherten gelindert als auch sein psychosoziales Funktionsniveau gebessert werden. Somit ging es â entgegen der Ansicht der Beklagten â nicht nur darum, Selbstmordversuche des

Versicherten bei fehlender Krankheitseinsicht zu unterbinden.

DarÃ¼ber hinaus begrÃ¼ndet F1 die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung auch nachvollziehbar mit einer von Anfang an bestehenden GefÃ¤hrdung des Versicherten durch sein wahnhaft vermehrtes Trinken (wahnhaft bedingte Polydipsie, vgl. Arztbrief vom 16.05.2019) und die dadurch hervorgerufenen Elektrolytentgleisungen. Von einer HyponatriÃ¤mie spricht man, wenn die Natriumkonzentration im Blutserum unter 135 mmol/l fÃ¤llt. FÃ¼r die Behandlung ist weiterhin die Einteilung in schwere (unter 125 mmol/l), moderate (125-129 mmol/l) und leichte HyponatriÃ¤mie (130-135 mmol/l) notwendig. Den Laborwerten ist zu entnehmen, dass beim Versicherten durchgehend im Wechsel mit Normalwerten eine leichte HyponatriÃ¤mie (â¤ 135 mmol/l am 22.03., 28.03., 06.04., 17.04., 18.04., 26.04., 02.05., 09.05., 14.05., 12.06., 06.07., 07.07., 10.07., 13.07.), im letzten Drittel der Behandlung sogar eine kurzzeitig schwere und dann mittelschwere HyponatriÃ¤mie bestand (07.08.: 125 mmol/l bei der Erst- und 122 mmol/l bei der Zweitmessung), die erst in der letzten Behandlungswoche remittierte (21.08.: 125 mmol/l; 22.08.: 131 mmol/l; 29.08.: 137 mmol/l). Im Falle des Versicherten fand sich ein wechselndes Bild bis hin zu schweren Entgleisungen des Elektrolytstoffwechsels, die Ã¤rztliche Beobachtung und ggf. Ã¤rztliche Interventionen erforderlich machten. So weist F1 zu Recht darauf hin, dass gerade bei der vorliegend bestehenden Grunderkrankung in Form einer schizophrenen Psychose die Abgrenzung zu den Symptomen der HyponatriÃ¤mie (Ãbelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Erbrechen, Herzkreislaufprobleme, zunehmende Bewusstlosigkeit, KrÃ¤mpfe) eine besondere psychiatrische Fachkompetenz und eine stetige EingreifmÃ¶glichkeit (diagnostisch und therapeutisch) durch einen behandelnden Arzt erfordert, die lediglich in einem Krankenhaus gewÃ¤hrleistet werden kann. Da auch bei Werten, die eine mittelschwere HyponatriÃ¤mie (laborserologisch) ausweisen, also Laborwerten von 125Â bis 129Â mmol/l, stets mit einem Ãbergang in eine schwere StÃ¶rung gerechnet werden muss, sind auch Menschen mit derartigen Werten gerade bei hochgradigen komplizierenden KomorbiditÃ¤ten wie durch die Ã¼ber Jahre behandlungsresistente schizophrene Psychose vorliegend, krankenhausbehandlungspflichtig. Auch dies entnimmt der Senat dem Gutachten des F1. R1 bestÃ¤tigte in seinem Gutachten vom 10.09.2019 ebenfalls, dass eine HyponatriÃ¤mie ein gefÃ¤hrliches Krankheitsbild darstellt, dass ein rasches Ã¤rztliches Eingreifen erfordert. Ein Natrium-Wert von unter 110 mmol/l kann danach sogar epileptische KrÃ¤mpfe und ein Koma bedingen. Der hier stationÃ¤re Aufenthalt 20.03.2018 bis 29.08.2018 diente insoweit auch der Verhinderung der Verschlimmerung dieser kÃ¶rperlichen Symptomatik.

Soweit die Beklagte dem entgegenhÃ¤lt, dass die KlÃ¤gerin wegen der chronifizierten Schizophrenie des Versicherten im hier streitigen Zeitraum kein Therapieziel verfolgt habe, verkennt sie, dass nicht die Grunderkrankung (Schizophrenie) behandelt wurde, sondern deren akuten Folgen (s.o.). Auch gehen die AusfÃ¼hrungen der Beklagten zur Kostentragungspflicht potentieller anderer KostentrÃ¤ger bei einem Unterbringungsbeschluss ins Leere. Denn vorliegend sind nicht die Kosten einer durchgefÃ¼hrten Unterbringung streitig, die gemÃ¤Ã Â§ 30 Abs. 2 PsychKHG BW der untergebrachten Person, ihrem KostentrÃ¤ger oder den

Unterhaltspflichtigen zur Last fallen. Vielmehr handelt es sich um Kosten einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung, fÃ¼r die â wie bereits dargelegt â die Beklagte zustÃ¤ndiger KostentrÃ¤ger ist.

(4) Fehler hinsichtlich der Berechnung der VergÃ¼tung sind nicht ersichtlich und wurden von der Beklagten auch nicht geltend gemacht.

(5) Der vom SG tenorierte Zinsanspruch beruht auf Â§ 19 Abs. 1 und 3 des Landesvertrages zu Â§Â 112 Abs.Â 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ¼nde hierfÃ¼r (vgl. Â§ 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

6. Die endgÃ¼ltige Festsetzung des Streitwerts beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 63 Abs. 2 Satz 1, Â§ 52 Abs. 3 Satz 1, Â§ 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz. Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhÃ¶hend zu berÃ¼cksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von Â§ 43 Abs. 1 GKG handelt.

Â

Erstellt am: 07.02.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024