

## L 5 KR 160/04

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Lübeck (SHS)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 499/02  
Datum  
21.09.2004  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 160/04  
Datum  
22.03.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 21. September 2004 wird zurückgewiesen. Die Widerklage wird abgewiesen. Die Kosten auch des Berufungsverfahrens trägt die Beklagte. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 18.161,03 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten für eine Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 19. August 2001 bis 21. Juni 2002.

Die 1951 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte I R (im Folgenden: Versicherte) befand sich in der streitgegenständlichen Zeit in stationärer Behandlung bei der Klägerin wegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Die Einweisung erfolgte durch den Arzt für Neurologie und Psychiatrie U Z mit den Diagnosen depressive Episode F 32.9, Somatisierungsstörung, chronisch unbeeinflussbarer Schmerz. Wegen dieser Erkrankungen war bereits vom 11. Februar bis 7. April 2000 eine stationäre rehabilitative Behandlung in der D -Klinik Bad B erfolgt. Eine weitere stationäre Aufnahme in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Ba hatte vom 27. Februar bis 25. April 2001 wegen chronischer Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren sowie einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung stattgefunden.

Die Beklagte übernahm zunächst die Krankenhausbehandlungskosten jeweils nach kurzen Empfehlungen durch den MDK Schleswig-Holstein. Die letzte Befürwortung erfolgte durch einen kurzen Vermerk von Dr. M bis 13. März 2002.

Am 30. April 2002 ging bei der Beklagten der Verlängerungsantrag der Klägerin ein. In seinem Gutachten über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung kam Dr. Bb am 2. Mai 2002 zu dem Ergebnis, dass eine weitere Kostenübernahme nicht empfohlen werden könne. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die Patientin nicht im ambulanten Rahmen oder in einer Einrichtung außerhalb der vollstationären Krankenhausversorgung weiter behandelt werden könne. Die Begutachtung erfolgte ohne Kenntnis der über die Versicherte geführten Krankenhausakten, ohne Begehung des Krankenhauses und ohne Untersuchung der Versicherten. Daraufhin lehnte die Beklagte gegenüber der Klägerin mit Bescheid vom 6. Mai 2002 eine weitere Kostenübernahme ab. Die Klägerin bemängelte, dass sich Dr. Bb trotz fehlender Lesbarkeit der Verlängerungsbegründung nicht mit dem Krankenhaus in Verbindung gesetzt habe. Es werde eine Begehung des Hauses vorgeschlagen. Dr. Bb gab daraufhin folgende Stellungnahme ab: "Beweislast liegt bei der Klinik, nicht beim MDK. Nicht vorgelegte oder nicht zu entziffernde Symptome/Befunde/Therapien können bei der Begutachtung nicht berücksichtigt werden, da ansonsten der MDK durch Vorlage nicht zu entziffernder Unterlagen in seiner Funktion auszuhebeln wäre." Daraufhin blieb die Beklagte bei ihrer ablehnenden Haltung (Schreiben vom 3. Juli 2002).

Die Klägerin hat am 4. November 2002 Klage beim Sozialgericht Lübeck erhoben und zur Begründung vorgetragen: Die Versicherte leide unter einer Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, anankastischen, narzisstischen und asthenischen Anteilen. Darüber hinaus bestehe eine latente Suizidalität. Durch ihre bisherige Konfliktbewältigungsstrategie habe sich die Versicherte in eine Situation gebracht, die sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld zu erheblichen Problemen geführt habe, deswegen auch die latente Suizidalität. Aus diesem Grund sei eine tagesklinische Behandlung nicht ausreichend gewesen. Andernfalls wären Kriseninterventionen - vor allem abends - nicht in dem erforderlichen Maße gewährleistet gewesen. Der Krankenhausarzt habe die Krankenhausbehandlung für erforderlich gehalten. Aus diesem Grund sei die Beklagte zur Zahlung verpflichtet. Im Übrigen stelle sich die Stellungnahme des MDK als reine "Schreibtischstellungnahme" dar, die mit der realen Behandlungssituation nichts gemein habe. Die Versicherte sei vom 21. Juni bis 7. Juli zur Belastungserprobung entlassen worden. Danach habe man sie wieder aufnehmen müssen, weil sie dieser nicht gewachsen gewesen sei.

Angesichts des Umstandes, dass die Ärzte des MDK die Versicherte gar nicht gesehen hätten, seien sie überhaupt nicht in der Lage, das Krankheitsbild zu erfassen und die Stellungnahme der behandelnden Ärzte zu erschüttern.

Die Beklagte hat zur Begründung vorgetragen, es sei allgemein anerkannt, dass gelegentliche Kriseninterventionen eine stationäre Behandlung nicht begründen könnten. Allein die Notwendigkeit der Betreuung durch geschultes und rufbereites Pflegepersonal reiche ebenfalls nicht aus, die Krankenhausbehandlung erforderlich erscheinen zu lassen. Dies bestätige auch die nunmehr vorgelegte ausführliche Stellungnahme des MDK vom 25. Juni 2004. Bei einer Persönlichkeitsstörung wie die der Versicherten sei auch durch längerfristige oder gar permanente stationäre Krankenhausbehandlung keine auf Dauer ausgelegte Heilung der Erkrankung zu erwarten.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 21. September 2004 der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 18.161,03 EUR nebst 2 % Jahreszinsen über dem Basiszinssatz der EZB seit 25. Juli 2002 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Entscheidung des Krankenhauses begründe nach der nunmehr gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) einen Anscheinsbeweis für die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, der nur im Falle der Durchführung des zwischen den Beteiligten vereinbarten Überprüfungsverfahrens erschüttert werden könne. Dieses sei hier nicht durchgeführt worden. Eine schlichte Stellungnahme des MDK ohne Vorlage und Prüfung der Krankenhausunterlagen und ohne vorherige Rücksprache mit den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und ohne Auseinandersetzung mit den Argumenten des Krankenhauses reiche jedenfalls nicht aus, um den Anscheinsbeweis, der in der Beurteilung des Krankenhauses liege, in Frage zu stellen. Darüber hinaus reiche es nach der konkreten Betrachtungsweise des BSG nicht aus, auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten oder die Unterbringung in einer weiterführenden Einrichtung zu verweisen, da im Einzelfall zu prüfen sei, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung ständen, die den Krankenhausaufenthalt entbehrlich machten, da nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung eines Versicherten gewährleistet werden könne. Solange dies nicht geklärt sei, sondern nur die theoretischen Möglichkeiten im Raum ständen, könne ein Patient nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Gegen das ihr am 22. November 2004 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten, eingegangen beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht am 22. Dezember 2004. Zur Begründung ergänzt sie ihr Vorbringen: Das Urteil des Sozialgerichts sei schon deswegen aufzuheben, weil allein ein Fehler in der Durchführung des Überprüfungsverfahrens diesen Anspruch nicht stütze. Das Verfahren hinsichtlich der Überprüfung der Dauer und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sei nicht geeignet, selbst eine materiell rechtliche Anspruchsgrundlage zu schaffen. Zudem sei das Verfahren eingehalten worden. Die Anforderung einer ärztlichen Stellungnahme und die Begehung des Krankenhauses müsse nicht, sondern könne erfolgen. Darüber hinaus hätten drei schlüssige Gutachten des MDK die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung verneint. Nunmehr habe der MDK nach Einsicht in die gesamte Krankenakte in seinem Gutachten vom 25. Februar 2005 seine bisherigen Gutachten insoweit bestätigt, als in dem gesamten streitgegenständlichen Zeitpunkt ab 16. März an keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliege. Änderungen in der Medikation seien nur marginal gewesen. Die Visiten- und Anordnungsdokumentationen ergäben ebenfalls eindeutig, dass die Mittel des Krankenhauses nicht erforderlich gewesen seien. So seien keine krisenhaften Situationen verzeichnet und die Versicherte habe sich ausreichend von Suizidgedanken distanziert. Auf Grund der Unterlagen sei der Gutachter des MDK zum überzeugenden Schluss gekommen, dass es sich bei der Versicherten um eine nicht mehr beeinflussbare Persönlichkeitsstörung gehandelt habe. In seiner Entscheidung vom 23. April 1996 habe das BSG darauf hingewiesen, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht nach dem Fehlen eines im Einzelfall eventuell notwendigen Pflegeplatzes, sondern ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen sei. Danach stelle sich die Entscheidung der Krankenhausärzte, die Versicherte weiter im Krankenhaus zu belassen, auch aus ex ante Sicht als nicht mehr lege artis dar. Der Hinweis des Sozialgerichts auf die Entscheidung des BSG vom 13. Mai 2004 vermöge ebenfalls nicht zu überzeugen. Dort habe ein anderer Sachverhalt zu Grunde gelegen. Schließlich habe die Versicherte weder unter Betreuung gestanden, noch habe eine derartige Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung vorgelegen, die es verboten hätte, die Versicherte aus der stationären Behandlung zu entlassen. Im Übrigen habe das Sozialgericht übersehen, dass die Beklagte der Versicherten gegenüber mit Bescheid vom 6. Mai 2002 verfügt habe, eine weitere Bewilligung der vollstationären Krankenhausbehandlung erfolge nicht mehr. Deshalb habe die Klägerin keinen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe von 19.771,16 EUR, die sie mit Rechnung vom 1. November 2004 geltend gemacht habe. Die insoweit erfolgte Leistung der Beklagten stelle sich in Anwendung des [§ 812 Abs. 1 Satz 2 Alternative 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch als rechtsgrundlos dar, weil für den Fall der Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils der Rechtsgrund für die Leistungen weg falle. Damit habe die Klägerin den genannten Betrag zurückzuzahlen. Da die Klägerin das Rückzahlungsverlangen aus der streitgegenständlichen Behandlung schon im Vorverfahren ignoriert habe, sei die Aufrechnung notwendig gewesen und die Erhebung der Widerklage für den Fall der Stattgabe der Berufung geboten.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

1. das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 21. September 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen, 2. die Klägerin und Widerbeklagte für den Fall der Stattgabe der Berufung zu verurteilen, an sie die Beklagte - 19.771,16 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und die Widerklage der Beklagten abzuweisen.

Zur Begründung führt sie ergänzend aus: Der Anscheinsbeweis durch die Entscheidung der behandelnden Krankenhausärzte zur vollstationären Behandlung könne nur durch substantiierte Einwendungen der Krankenkasse erschüttert werden. Anhand dieser rechtlichen Vorgaben erschließe sich die Bedeutung des vereinbarten Überprüfungsverfahrens, dass die Erkenntnisse der behandelnden Ärzte zu berücksichtigen seien und sich der MDK ein eigenes Bild der Patienten vor Ort zu verschaffen habe. Verzichte hierauf die Krankenkasse bzw. der MDK, so bestehe die deutliche Gefahr einer Fehleinschätzung. Die Beklagte habe gegen das Überprüfungsverfahren verstoßen. Die Kann-Formulierung bedeute lediglich, dass der MDK nicht nur verpflichtet, sondern auch rechtlich befugt sei, die beschriebenen Verfahrensschritte gegenüber den Krankenhäusern zu ergreifen. Der Klägerin könne nicht der Vorwurf gemacht werden, den Verlängerungsantrag der Kostenzusage über den 15. März 2002 hinaus verspätet gestellt zu haben. Die Beklagte habe nämlich erst mit Schreiben vom 11. April 2002, das der Klägerin am 15. April zugegangen sei, die Kostenzusage bis zum 15. März erklärt. Die Kosten einer weiteren stationären Behandlung der Versicherten vom 28. Dezember 2004 bis 9. März 2005 bei der Klägerin habe die Beklagte übernommen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, die über die Versicherte geführten Krankenakten der Klägerin und die Gerichtsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben, da die Klägerin einen Anspruch auf die Erstattung der streitgegenständlichen Krankenhauskosten hat. Die von der Beklagten in der Berufung erhobene Widerklage ist daher zurückzuweisen.

Die Klägerin erhebt zutreffend eine echte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Denn sie begehrt die Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Ein Verwaltungsakt konnte nicht ergehen, weil sich das klagende Krankenhaus und die Beklagte gleichgeordnet gegenüberstehen (BSG, SozR 3-2500, § 112 Nr. 3; Urt. d. erkennenden Senats vom 21. September 2004 - [L 1 KR 92/03](#) -).

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Daher müssen bei der Versicherten die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen, hier die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne des [§ 39 SGB V](#), vorgelegen haben. Eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit setzt voraus, dass die Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Nach [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) sind Krankenhäuser Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, wobei die Patienten dort auch untergebracht und gepflegt werden können (BSG, Urt. v. 7. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#) -). Diese Mittel müssen regelmäßig nicht alle zum Einsatz gebracht werden. Unter Berücksichtigung des einzelnen Falles ist vielmehr eine Gesamtschau anzustellen, in der die einzelnen Einrichtungsmerkmale eines Krankenhauses zu gewichten sind. Im Rahmen dieser Gesamtschau ist die Abgrenzung zu Rehabilitationseinrichtungen vorzunehmen. Wenn die Voraussetzungen für die Annahme einer Krankenhausbehandlung vorliegen, entsteht der Zahlungsanspruch des Krankenhauses unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den Patienten. Dabei müssen die Voraussetzungen für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung objektiv gegeben sein. Ob dies der Fall ist, ist nicht im Wege einer nachträglichen Betrachtung (ex post) zu beantworten, sondern aus einer Vorausschau (ex ante); es ist damit auf eine Prognose des behandelnden Krankenhausarztes abzustellen, dem dabei ein Einschätzungsspielraum zukommt (BSG, Urt. v. 7. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#) -). Dessen Einschätzung stellt einen Anscheinsbeweis für das Vorliegen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten dar. Nur dann, wenn diese ärztliche Entscheidung nicht vertretbar ist, ist diese Einschätzung nicht verbindlich (BSG, SozR 3-2500, § 112 Nr. 2). Dabei kann unabhängig von der Vertragslage, die gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) zwischen den Beteiligten besteht, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung auch noch nachträglich widerlegt, also der von der Einweisungsentscheidung des behandelnden Krankenhausarztes ausgehende Anscheinsbeweis erschüttert werden. Jedoch gehen im Rahmen der nachträglichen Überprüfung aufkommende Beweisschwierigkeiten zu Lasten der Krankenkasse, sofern die vertraglichen Vereinbarungen nicht eingehalten worden sind (Urt. d. Senats vom 9. November 2005 - L 5 KR 57/04 -). Die Entscheidung, ob ein Versicherter wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einem Krankenhaus versorgt werden muss, kann ein die Einweisung in ein Krankenhaus verordnender niedergelassener Arzt oder die Aufnahme ins Krankenhaus anordnender Krankenhausarzt stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen treffen. Dies gilt in gleicher Weise bei der Entscheidung eines Krankenhausarztes, ob, wie hier, eine bereits stationär untergebrachte Patientin bei fortdauernder Behandlungsbedürftigkeit weiterhin im Krankenhaus zu behandeln ist oder entlassen werden kann, weil die erforderliche medizinische Versorgung außerhalb des Krankenhauses sichergestellt ist. Das Erfordernis einer solchen konkreten Betrachtungsweise bedeutet aber auch, dass es nicht ausreicht, von theoretisch vorstellbaren, besonders günstigen Sachverhaltskonstellationen auszugehen, die diesen weiteren Krankenhausaufenthalt entbehrlich erscheinen lassen. Es ist vielmehr zu prüfen, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung eines Versicherten gewährleistet werden kann. Dabei gilt diese konkrete Betrachtungsweise nicht nur für die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser, sondern gleichermaßen für die Krankenkassen und den MDK. Da die Krankenkasse den Versicherten die notwendige medizinische Behandlung als Sachleistung schuldet ([§§ 2 Abs. 2](#), 27 SGB V) und sie gegenüber den Versicherten nach § 14 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch zur Beratung über seine Rechte und Pflichten aus dem Sozialversicherungsverhältnis verpflichtet ist, kann sich die Krankenkasse nicht allein damit entlasten, dass sie auf denkbare ambulante Behandlungsalternativen verweist, solange sie diese nicht in konkreter und nachprüfbarer Weise aufzeigt. Will die Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme (erstmalige oder weitere) für eine stationäre Krankenhausbehandlung ablehnen, besteht also Streit über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zwischen dem Versicherten und den Krankenhausärzten einerseits sowie der Krankenkasse und dem MDK andererseits, hat die Krankenkasse als Ausfluss ihrer Sachleistungs- und Beratungspflicht den Versicherten darüber zu unterrichten, welche konkrete ambulante Behandlungsalternative zur Verfügung steht (BSG, SozR 4-2500, § 39 Nr. 2). Dieser Auffassung schließt sich der erkennende Senat an, nachdem der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 7. Juli 2005 ([a.a.O.](#)) von dieser Auffassung nicht abgewichen ist und der 1. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 7. Juli 2005 (SozR 4-2500, § 39 Nr. 4) auf diese Rechtsprechung Bezug genommen hat (s. aber auch die Entscheidung des 1. Senats vom 4. April 2006 - [B 1 KR 32/04 R](#) -, veröffentlicht bisher in der Presseverlautbarung des BSG - Termin-Bericht Nr. 19/06).

Daraus folgt für das streitgegenständliche Verfahren Folgendes: Dadurch, dass die behandelnden Krankenhausärzte die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung der Versicherten im Krankenhaus angenommen haben, ist zunächst von deren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auszugehen, weil den Krankenhausärzten insoweit ein Entscheidungsspielraum zuzubilligen ist. Die Beklagte hat weder selbst noch durch den MDK Gesichtspunkte aufgezeigt, die diese Einschätzung als ersichtlich verfehlt oder als Verstoß gegen ärztliche Standards erscheinen lassen. Dabei kann das für die Beklagte zum damaligen Zeitpunkt maßgebende Gutachten von Dr. Bb vom 2. Mai 2002 schon deswegen nicht überzeugen, weil der Gutachter sich lediglich auf die ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen, die nicht einmal die von dem klägerischen Krankenhaus über die Versicherte geführten Krankenakten umfassten, bezogen hat. Da er auch von einer Untersuchung der Versicherten im Krankenhaus abgesehen hatte, war ihm zum damaligen Zeitpunkt ihr akuter Gesundheitszustand nicht bekannt und damit eine fundierte Stellungnahme zum Vorliegen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht möglich. Entsprechend enthielt das Gutachten

als Begründung lediglich die abstrakte Behauptung, dass ich-strukturelle Defizite mit mangelnder Empathie und Frustrationstoleranz eine derart lange stationäre Krankenhausbehandlung nicht rechtfertigten. Auch die später angefertigten Gutachten überzeugen insoweit nicht. Auf Grund des zeitlichen Ablaufs waren sie nicht mehr in der Lage, auf die vom BSG als notwendig angesehene Entscheidungsfindung der Krankenhausärzte Einfluss zu nehmen. Das geforderte Aufzeigen bisher nicht erkannter konkreter Behandlungsalternativen durch MDK oder Krankenkasse, die dem Krankenhausarzt eine Einschätzung ermöglicht, ob eine Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus zu verantworten ist, lag nicht vor. Hierzu hat das BSG in seiner Entscheidung vom 13. Mai 2004 (a.a.O.) ausgeführt, dass bei Psychiatrie-Patienten eine medizinische Prognose für die weitere Behandlung verantwortlich nur getroffen werden könne, wenn die Alternative klar und nachprüfbar benannt sei und auf den vorliegenden Fall bezogen werde. Die Frage fortdauernder Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei erst zu verneinen, wenn die konkrete Behandlungsalternative als geeignet und ausreichend anzusehen sei, sie insoweit also auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung entspreche. Einen solchen Inhalt enthielten weder die Gutachten des MDK noch die Ausführungen der Beklagten auch nur im Ansatz. Damit war die Beurteilung der Krankenhausärzte zumindest vertretbar, die Versicherte in der streitgegenständlichen Zeit weiterhin im Krankenhaus zu belassen und die entsprechende Behandlung dort fortzuführen. Lag mithin der von der Klägerin geltend gemachte Zahlungsanspruch vor, ist die von der Beklagten in der Berufungsinstanz erhobene Widerklage schon aus diesem Grunde abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 14 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [§§ 13 Abs. 1 Satz 2, 22 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG) i.V.m. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Bei der Höhe des Streitwertes hat der Senat sich an den Kosten der Behandlung für den geltend gemachten Zeitraum orientiert.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-04-27