

## B 1 KR 18/03 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Osnabrück (NSB)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 155/94  
Datum  
-

2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
L 4 KR 89/97  
Datum  
15.05.2002

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 18/03 R  
Datum  
16.02.2005  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Versicherte mit einem schweren psychiatrischen Leiden haben Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung wenn nur auf diese Weise ein erforderlicher komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionalen Teams unter fachärztlicher Leitung erfolgversprechend verwirklicht werden kann.

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 15. Mai 2002 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landes- sozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts bei einem psychiatrischen Leiden.

Die 1946 geborene, bei der beklagten Ersatzkasse versicherte Klägerin leidet an einer chronifizierten Psychose aus dem schizophränen Formenkreis und befand sich deswegen zwischen 1978 und 1994 wiederholt für längere Zeit in stationärer Behandlung. Die Klägerin wurde zuletzt am 4. November 1992 wegen einer akuten Psychose in das Landeskrankenhaus O. stationär aufgenommen, dessen Träger das zu 2. beigeladene Land ist. Grund der Aufnahme waren im Zusammenhang mit einer konflikthafter Auseinandersetzung in einer Wohngemeinschaft aufgetretene Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen mit psychotischer Realitätsverknüpfung.

Nachdem die Beklagte Krankenhausbehandlung zunächst bis zum 14. Juli 1993 gewährt hatte, erklärte sie auf den Widerspruch der Klägerin hin ihre Kostenübernahme noch bis zum 26. November 1993 (Bescheide vom 12. Juli und 24. November 1993; Widerspruchsbescheid vom 11. November 1994). Die Kosten der darüber hinaus bis zum 1. August 1994 weiter fortgesetzten voll- bzw. (ab 3. Mai 1994) teilstationären Behandlung übernahm teilweise und ausdrücklich nur vorläufig die zu 1. beigeladene Stadt Osnabrück als Träger der Sozialhilfe. Der Beigeladene zu 2. verlangt von der hiesigen Klägerin zudem im Klagewege die Zahlung von Behandlungskosten (59.472,60 DM); der Zivilrechtsstreit ruht seit 1998 wegen des sozialgerichtlichen Verfahrens.

Beim Sozialgericht (SG) hat die Klägerin geltend gemacht, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit habe auch über den 26. November 1993 hinaus fortbestanden; eine probeweise Entlassung wenige Tage zuvor habe damit geendet, dass sie sofort wieder in das Krankenhaus habe verbracht werden müssen; die notwendige stationäre Behandlung habe erst am 1. August 1994 erfolgreich abgeschlossen werden können und erst dann die ambulante Weiterbehandlung ermöglicht. Das SG ist der Klägerin nach Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens nicht gefolgt, weil in der streitigen Zeit eine ambulante Behandlung ausgereicht habe (Gerichtsbescheid vom 2. Juni 1997).

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin - nach Einholung zweier psychiatrischer Fachgutachten (Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Prof. Dr. W. ; Facharzt im Landeskrankenhaus Dr. B. ) - zurückgewiesen: Die Klägerin habe zwar wegen der ihr von den Beigeladenen drohenden Zahlungs- bzw. Erstattungsansprüche ein Rechtsschutzbedürfnis. Die Voraussetzungen für stationäre Krankenhausbehandlung hätten aber ab 27. November 1993 nicht mehr vorgelegen, weil insoweit die Notwendigkeit eines Einsatzes der besonderen Mitteln eines Krankenhauses nicht erkennbar sei. Der Zustand der Klägerin habe kein geschultes Pflegepersonal oder einen jederzeit rufbereiten Arzt erfordert. Apparative Untersuchungen und die Versorgung der gesteigerten cerebralen Anfallsbereitschaft (mit Arzneimittelgabe) hätten auch ambulanzärztlich erfolgen können. So hätte zB die Betreuung in einem Wohnheim mit psychiatrisch geschultem Pflegepersonal und kontrollierter fachärztlicher Behandlung ausgereicht. Selbst wenn man annehme, dass modernen Grundsätzen entsprechende Krankenbehandlung stattgefunden habe (mit speziell angepasster Arbeitsdiagnostik, Arbeitstraining,

Belastungserprobung, psychologischem Therapieprogramm, Therapiegruppen, psychologischen Einzelgesprächen, Klärung und Management der sozialen Situation, Milieugestaltung, Alltagstraining), begründe dies keinen Anspruch auf Krankenhauspflege. Ob diese komplexe Behandlung nur in einem Krankenhaus oder auch von einem beschützten Wohnbereich aus durchführbar wäre, könne dabei ebenso offen bleiben wie die Frage, ob die Klägerin mit Rücksicht auf den Inhalt der Krankenakten an dieser Therapie durchgehend teilgenommen habe. Eine derartige Behandlung begründe keine Krankenhauspflegebedürftigkeit, selbst wenn damit empirisch die besten Ergebnisse erzielt würden. Die Behandlung habe vielmehr vorwiegend psychotherapeutisch-rehabilitativen Charakter und könne nur als stationäre Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden; dafür sei die Beklagte hier allerdings nicht zuständig gewesen (Urteil vom 15. Mai 2002).

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von [§ 39](#), [§ 2 Abs 1 Satz 3](#), [§ 28 Abs 1 Satz 1](#) und [§ 27 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Das LSG messe der multikomplexen Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung - wie sie hier vorgelegen habe - zu Unrecht "vorwiegend psychotherapeutisch-rehabilitativen Charakter" bei. Es lasse außer Acht, dass es bei Schizophrenie inzwischen Behandlungsmöglichkeiten gebe und die dazu entwickelten Therapieansätze multidimensional orientiert seien. Biologisch-psychotherapeutische und sozialtherapeutisch-rehabilitative Aspekte gingen in einen Gesamtbehandlungsplan ein und führten zur Beteiligung nichtärztlicher Berufsgruppen (Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Sozialarbeitern und -pädagogen). Diese Berufsgruppen setzten in einem multiprofessionalen Team unter fachärztlicher Leitung den psychiatrischen Behandlungsansatz um, falls notwendig in stationärer Form. Der Sachverständige Prof. Dr. W. habe all dies in Übereinstimmung mit der "Behandlungsleitlinie Schizophrenie" der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaft dargelegt. Eine psychiatrische Klinik müsse heute entsprechende Rahmenbedingungen aufweisen, wie die "Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie" von 1990 belege. Das LSG habe all diese Erkenntnisse außer Acht gelassen und verkannt, dass das Gesetz fordere, den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Es habe die Notwendigkeit der Krankenhauspflege materiell-rechtlich und verfahrensrechtlich fehlerhaft beurteilt, insbesondere bei seiner Würdigung der eingeholten Gutachten. Schon die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) fordere eine Gesamtbetrachtung. Die wirtschaftlichen Grundsätzen entsprechende Behandlung sei nach den zahlreichen Klinikaufenthalten der Jahre 1978 bis 1994 nunmehr erfolgreich verlaufen.

Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 15. Mai 2002 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Osnabrück vom 2. Juni 1997 aufzuheben sowie die Beklagte unter Änderung ihrer Bescheide vom 12. Juli und 24. November 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. November 1994 zu verurteilen, die Kosten der Krankenhausbehandlung vom 27. November 1993 bis 1. August 1994 zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung setze auch die medizinische Notwendigkeit voraus und müsse insoweit dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Dass im Krankenhaus alle Facheinrichtungen vertreten seien, während der Patient bei ambulanter Behandlung ggf verschiedene Orte aufsuchen müsse, führe wegen des Vorrangs ambulanter Versorgung nicht schon zur begehrten Leistungspflicht. Materiell- oder verfahrensrechtliche Fehler seien dem LSG nicht unterlaufen.

Die Beigeladene zu 1. äußert sich nicht. Der Beigeladene zu 2. meint, das LSG-Urteil enthalte nicht die notwendige Gesamtbetrachtung für die Beurteilung der Notwendigkeit des stationären Krankenhausaufenthalts der psychisch kranken Klägerin. Das therapeutische Konzept bei Patienten mit ihrem Krankheitsbild bestehe darin, auf sie stationär mittels eines multiprofessionellen Teams unter fachärztlicher Verantwortung "rund um die Uhr" einzuwirken. Der dafür notwendige Behandlungsplan umfasse mehrere Elemente und verkörpere so die Mittel eines Krankenhauses. Rehabilitative Leistungen kämen erst nach Stabilisierung des Patienten und Abklingen seiner Akutsymptomatik in Betracht.

II

Die zulässige Revision der Klägerin ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Ob die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtmäßig sind und die Klägerin Anspruch auf Übernahme der Kosten für die in der Zeit vom 27. November 1993 bis 1. August 1994 erfolgte stationäre Behandlung hat, kann ohne weitere, vom LSG nachzuziehende Feststellungen nicht entschieden werden. Anders als das Berufungsgericht angenommen hat, sind allerdings die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung des bei der Klägerin im streitbefangenen Zeitraum bestehenden psychiatrischen Leidens nicht schon aus den im Urteil dafür als maßgeblich angesehenen Gründen zu verneinen. Da das LSG in tatsächlicher Hinsicht weitere Umstände offen gelassen hat, die nach seiner Darstellung möglicherweise einem Anspruch entgegenstehen, müssen Feststellungen dazu nachgeholt werden.

Rechtsgrundlage für die Freistellung von den Kosten für der über den 26. November 1993 hinaus von der Klägerin in Anspruch genommene Krankenhausbehandlung kann nur [§ 13 Abs 3 Alt 2 SGB V](#) (idF des Gesundheits-Strukturgesetzes - GSG - vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)) sein. Eine Krankenkasse ist danach zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr, vgl zB [BSGE 79, 125](#), 126 f = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#) S 51 f mwN; zuletzt Urteil vom 18. Mai 2004 - [B 1 KR 21/02 R](#) - zur Veröffentlichung bestimmt).

Zwar muss sich eine Krankenkasse unbeschadet der Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch nach der Rechtsprechung des BSG die fortgesetzte Erbringung von Krankenhauspflege in einem als Leistungserbringer zugelassenen Vertragskrankenhaus als Sachleistung zurechnen lassen, bis der Versicherte auf den möglichen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen hingewiesen wird (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr](#)

3, Leitsatz 1 und S 9). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor, weil die Beklagte die Einstellung der Gewährung der Krankenhauspflege erstmals mit Bescheid vom 12. Juli 1993 zum 14. Juli 1993 verfügte und auf den Widerspruch hin die erbrachte Krankenhausbehandlung noch bis zum 26. November 1993 übernahm. Sie hat damit der Klägerin ihre Einwendungen gegen die weitere Notwendigkeit der Krankenhauspflege rechtzeitig mitgeteilt, sodass für die streitige Zeit eine Kostenzusage nicht (mehr) vorlag.

1. Ein Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Alt 2 SGB V](#) scheidet hier nicht schon an einer fehlenden eigenen finanziellen Betroffenheit der Klägerin. Da sie die nach ihrer Meinung erforderliche Krankenhausbehandlung tatsächlich erhalten hat, geht es zwar an sich nur noch darum, wer die dafür anfallenden Kosten zu tragen hat. Nach der jüngeren Rechtsprechung des Senats müssen die für den Versicherten eingetretenen Leistungserbringer bzw Kostenträger einen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse unmittelbar mit dieser austragen, weil [§ 13 Abs 3 Alt 2 SGB V](#) keine Handhabe dafür bietet, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von der tatsächlichen Kostenbelastung abstrakt klären zu lassen (vgl Senatsurteil vom 9. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#) S 121; anders noch 4. Senat des BSG [BSGE 79, 190](#), 191 f = [SozR 3-2500 § 13 Nr 12](#) S 56 unter dem Gesichtspunkt der Freistellung des Versicherten von einer gegen ihn gerichteten Verbindlichkeit sowie Urteil des 1. Senats vom 9. Juni 1998 - [BSGE 82, 158](#), 159 = [SozR 3-2500 § 39 Nr 5](#) S 24; vgl andererseits schon [BSGE 86, 66](#), 75 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#) S 97 für Leistungsansprüche im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung). Allerdings hat der Sozialhilfeträger (= Beigeladene zu 1.) die Kosten bislang ausdrücklich nur teilweise und vorläufig übernommen (mit der Folge eines möglichen Rückgriffs gegen die Klägerin bzw ihren Unterhaltspflichtigen) und ist die Klägerin zudem einem - mit Rücksicht auf den hiesigen Rechtsstreit ruhenden - zivilrechtlichen Klageverfahren des zu 2. beigeladenen Krankenhausträgers ausgesetzt; außerdem sind beide bisherigen Kostenträger zum hiesigen Rechtsstreit beigeladen worden. Sind Primär- und Folgeansprüche in dieser Weise prozessual miteinander verklammert, kann ein Interesse der Klägerin als Adressatin der abschlägigen Bescheide daran, die sich überall stellende Kernfrage nach ihrem Anspruch auf Krankenhauspflege in der sachlich dafür zuständigen Fachgerichtsbarkeit klären zu lassen, nicht verneint werden (zu diesem Gesichtspunkt schon [BSGE 70, 20](#), 22 = [SozR 3-2500 § 39 Nr 1](#)). Dafür spricht hier, dass das Sozialgerichtsverfahren bereits mit Klageerhebung im November 1994 begonnen hat und die Durchsetzung dieses Begehrens nicht an einer erst zwischenzeitlich strikter gewordenen Rechtsprechung scheitern darf (zum prozessualen Vertrauensschutz bei Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung vgl zB BSG [SozR 3-1500 § 161 Nr 3](#) S 8; BSG [SozR 3-1500 § 96 Nr 3](#) S 5).

2. Der nach [§ 13 Abs 3 Alt 2 SGB V](#) erforderliche primäre Sachleistungsanspruch der Klägerin durfte entgegen der Ansicht des LSG nicht von vornherein verneint werden.

a) Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) wird gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (hier anzuwenden idF des GSG vom 21. Dezember 1992) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), 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 ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Der Fall der Klägerin gibt Veranlassung hervorzuheben, dass allgemein bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist ([§ 27 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Ferner haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Unter diesem rechtlichen Blickwinkel kommt eine Leistungspflicht der Beklagten in Betracht.

b) Trotz eines anderen Wortlauts des [§ 39 SGB V](#) bestehen gegenüber der Vorgängerregelung in § 184 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) keine wesentlichen Unterschiede bei den Voraussetzungen für die Gewährung von Krankenhausbehandlung. Für die hier streitige Zeit ab 1. Januar 1993 erfuhr [§ 39 Abs 1 SGB V](#) durch das GSG vom 21. Dezember 1992 eine Änderung nur insoweit, als in Krankenhäusern nun auch vor- und nachstationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen möglich wurden. Somit kann zwar im Grundsatz die frühere Rechtsprechung des BSG zu § 184 RVO (dazu unter 3.) weiter herangezogen werden (vgl zB Schmidt in: H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 2, § 39 SGB V RdNr 154-156, Stand: Mai 1995), jedoch erfordert der vorliegende Fall, die herkömmlichen Rechtsprechungsgrundsätze bei schweren psychiatrischen Leiden weiterzuentwickeln (dazu unter 4.).

3. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist die Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl zum Ganzen zB BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) RdNr 16; [BSGE 28, 199](#), 202 = [SozR Nr 22 zu § 1531 RVO](#); [BSGE 47, 83](#), 85 = [SozR 2200 § 216 Nr 2](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr 11 S 15 f](#); Nr 15 S 26; Nr 28 S 41; BSG [USK 8453](#)). Maßnahmen dürfen daher zB nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein (vgl BSG [USK 79163](#); BSG [USK 8453](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr 11 S 16](#)). Die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Anstalt mit dem Ziel der Verwahrung, etwa weil er die öffentliche Sicherheit und Ordnung bzw sich selbst oder andere gefährdet, begründet die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht (BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#) S 41 ff). Auch soziale oder humanitäre Gründe genügen nicht, um Krankenhauspflegebedürftigkeit zu bejahen; so schließen bloße (primär nichtärztliche) Maßnahmen mit dem Ziel, eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen oder die Verwahrlosung des Betroffenen zu verhindern, eine Leistungsgewährung für stationäre Krankenhausbehandlung aus (BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#) S 42 f; vgl auch BGH [NJW 2000, 3429](#) = [SGB 2001, 756](#) mit Anm Francke).

Die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist vielmehr davon abhängig, dass die Behandlung primär dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl [§ 27 Abs 1 SGB V](#)), und dass gerade bezogen auf eines dieser Behandlungsziele die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind (vgl zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) S 14; [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)). Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw rufbereiten Arzt herausgestellt (vgl BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) RdNr 16; [BSGE 83, 254](#), 259 = [SozR 3-2500 § 37 Nr 1](#); BSG [SozR 3-2500 § 109 Nr 9](#) S 61; [BSGE 59, 116](#), 117 = [SozR 2200 § 184 Nr 27](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#) S 42). Der Anspruch auf Krankenhauspflege setzt allerdings schon nach herkömmlicher Rechtsprechung weder den Einsatz all dieser Mittel voraus, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine "Gesamtbetrachtung" vorzunehmen, bei der "den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den

Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt".

Vor allem bei psychiatrischer Behandlung - um die es auch hier geht - kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Gerätschaften in den Hintergrund treten und allein schon der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (so zum Ganzen schon BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#) S 42). Wie der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R \(SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) RdNr 17 f) in Ergänzung zu alledem ausgeführt hat, kann das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten allerdings stets nur mit Blick auf die tatsächlich in Betracht kommenden (ambulanten oder pflegerisch-stationären) Behandlungsalternativen beurteilt werden. Nur rein theoretisch vorstellbare, besonders günstige Sachverhaltskonstellationen stehen dem Anspruch auf (weitere) Krankenhauspflege nicht entgegen. Es muss vielmehr geprüft werden, welche Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung des Versicherten gewährleistet werden kann.

4. Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie sowie ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen seit den 1970er Jahren erfordern es, in Fortentwicklung der höchstrichterlichen Rechtsprechung Versicherten mit einem schweren psychiatrischen Leiden einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung zuzubilligen, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann, dh wenn es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionalen Teams aus Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt.

a) Die Schizophrenie ist heute eine behandlungsfähige und daher auch behandlungsbedürftige Krankheit (vgl schon [BSGE 42, 16](#), 18 = [SozR 2200 § 182 Nr 14](#)). Lange Zeit ging man in der Medizin wie in der Rechtsprechung demgegenüber noch davon aus, dass bei Patienten mit lang anhaltenden psychiatrischen Leiden ein chronifizierter Dauerzustand vorliegen konnte, der nicht mehr wesentlich medizinisch-ärztlich beeinflussbar war (vgl zB [BSGE 59, 116](#), 118 = [SozR 2200 § 184 Nr 27](#) für die Vermutung fehlender Behandlungsfähigkeit bei jahrzehntelanger stationärer psychiatrischer Dauerbehandlung). Daraus wird erklärlich, dass bei derart schweren psychischen Leiden aus krankensicherungsrechtlicher Sicht Abgrenzungsprobleme typischerweise und schwerpunktmäßig nur hin zur bloßen "Verwahrung" aus Sicherheitsgründen bestanden sowie zur Leistungsgewährung für einen "Pflegefall" mit rein pflegerischen Mitteln und zur - wiederum Zuständigkeitsfragen auslösenden - medizinischen Rehabilitation (vgl zu den sich in diesem Spannungsfeld ergebenden Problemen zB Fichte, [ZfS 1993, 97](#) ff; Weig/Gelhausen, [SGB 1996, 576](#); insoweit aus der BSG-Rechtsprechung beispielhaft: [BSG SozR 2200 § 184 Nr 22](#), [BSGE 59, 116](#) = [SozR 2200 § 184 Nr 27](#); [BSG SozR 2200 § 184 Nr 28](#); aus der Praxis der Instanzgerichte zB: [LSG Nordrhein-Westfalen, Urteile vom 20. Juli 1990 - L 3 J 8/90](#) = [Meso B 310/108](#) sowie vom 7. Juni 2001 - [L 5 KR 107/99](#) = [KRS 01.045](#); [LSG Niedersachsen, Urteil vom 22. Januar 1997 - L 4 KR 174/95](#); [LSG Berlin, Urteil vom 23. April 1997 - L 15 KR 50/94](#)). Insoweit haben sich jedoch - nicht zuletzt bedingt durch den medizinischen Fortschritt - Änderungen ergeben.

b) In den Jahren nach 1980 kamen in der Medizin neue Behandlungsmöglichkeiten für schwere psychiatrische Krankheiten auf, sodass selbst für diese Krankheitsbilder von einer nun in stärkerem Maße zu bejahenden Behandlungsfähigkeit ausgegangen werden muss (vgl dazu zB Weig/Gelhausen, [SGB 1996, 577 mwN](#) in Fußnote 3; [Blaeser-Kiel, DÄBl 2003, A-1237](#); [Clade, DÄBl 2004, A-3160](#); vgl auch [Nöthen/Rietschel/Propping/ Maier, DÄBl 2004, A-3343](#)). So hat zB der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Prof. Dr. Schmauß, in einem Kongress-Beitrag ausgeführt, dass kein anderes Fach der Medizin seither so tief greifende Reformen verwirklicht hat wie die Psychiatrie (zitiert nach [Bühning, DÄBl 2000, A-2669](#)). In Bezug auf die Schizophrenie hat der Sachverständige Prof. Dr. W. - unterstützt durch den Sachverständigen Dr. B. - die allgemeinen neuen Erkenntnisse in seinem Gutachten vom 30. August 2000 (übereinstimmend mit dem von ihm mitverfassten Beitrag "Psychiatrische und sozialrechtliche Anmerkungen zur Frage Behandlungs- versus Pflegefall in der allgemeinen Psychiatrie" in: [SGB 1996, 576, 577 f](#)) so umschrieben, dass sich als theoretisches Modell für Entstehung und Verlauf dieser Krankheit inzwischen das "Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenz-Modell" durchgesetzt hat. Danach führt ein Zusammentreffen genetischer Anlage und ungünstiger biologischer und psychosozialer Umwelteinflüsse zunächst zu einer erhöhten Verletzlichkeit, die bei Hinzutreten äußerer Belastungsfaktoren akute Krankheitssymptome bewirkt, welche wiederum unter ungünstigen Umständen eine Chronifizierung und weitgehend irreversible Residualsymptomatik zur Folge haben können. Der Krankheitsverlauf wird durch das Bewältigungsverhalten der betroffenen Person, Einflüsse der sozialen Umgebung und andere Faktoren bestimmt. Die Behandlungskonzepte reagieren auf diese Erkenntnisse und beziehen daher biologische (neuroleptische Arznei), psychologische (Psychotherapie, insbesondere Verfahren zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und -bewältigung) und sozialtherapeutische Verfahren (Milieugestaltung, lebenspraktisches Alltagstraining, Ergotherapie) mit ein. Der Senat legt diese, über den Einzelfall der Klägerin hinausgehenden Erkenntnisse seiner Entscheidung als generelle, auch in einem Revisionsverfahren rechtlich noch bedeutsame Tatsachen zu Grunde (vgl dazu allgemein [Dreher](#) in: [von Wullfen/Krasney, Festschrift 50 Jahre BSG, 2004, S 791, 793 ff mwN](#)). Die damit auf Grund neuer Erkenntnisse bestehenden Behandlungsmöglichkeiten bedingen, dass sich das Problemfeld auch bei schweren psychiatrischen Leiden im Rahmen von sozialgerichtlichen Rechtsstreitigkeiten zunehmend dahin verschoben hat zu klären, ob ein derart auf stationärem Wege angestrebter Behandlungserfolg nicht auch mit den Mitteln der ambulanz-ärztlichen Versorgung möglich gewesen ist.

c) Verstärkt wurde die beschriebene Tendenz einer notwendigen Neubestimmung des Umgangs mit psychiatrischen Leiden im stationären oder ambulanz-ärztlichen Bereich durch rechtspolitische Entwicklungen und gesetzliche Neuregelungen. So war der Gesetzgeber auf Grund der Ergebnisse des "Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" von 1975 (Psychiatrie-Enquete, [BT-Drucks 7/4200](#) mit Anhang in [BT-Drucks 7/4201](#)) davon ausgegangen, dass insbesondere psychisch Kranke und Behinderte mit schweren und chronischen Krankheitsbildern (zB schizophrenen Psychosen) oft medizinisch unzureichend versorgt wurden; 1988 gab die Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich weitere Empfehlungen ab (vgl [BT-Drucks 11/6380 S 122](#); zur Entwicklung der Psychiatrie-Reform allgemein vgl zB die Darstellung mit Stellungnahmen der Krankenkassen-Spitzenverbände in [BKK 1989, 527 ff](#); ferner zB: [Schmidt](#) in: [H. Peters, aaO, § 27 SGB V](#) RdNr 387 ff; [Lubecki, DOK 1990, 13](#); [Hofemann, KrV 1990, 66](#); [Wenig, KrV 1990, 68](#); [Schwarz, ASP 1990, 404](#); [Bühning, DÄBl 2001, A-301](#)). Um diesem Mangel - insbesondere im ambulanten Bereich - entgegenzuwirken, legte schon das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Dezember 1976 ([BGBl I 3871](#)) den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verpflichtung auf, mit psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern Verträge über die ambulanz-ärztliche Erbringung psychiatrischer und psychotherapeutischer Maßnahmen abzuschließen (§ 368n Abs 7 - später Abs 6 - RVO; vgl auch Gesetz zur Verbesserung der ambulanten

und teilstationären Versorgung psychisch Kranker vom 26. Februar 1986, [BGBl I 324](#)). Das GRG vom 20. Dezember 1988 hat diesen Versorgungsauftrag in [§ 118 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) übernommen und fortgeführt (in Gestalt von Ermächtigungen an psychiatrische Institutsambulanzen; zum Ganzen vgl BSG - 6. Senat - [SozR 3-2500 § 118 Nr 1](#)). Mit dem GRG hob der Gesetzgeber ferner allgemein in [§ 27 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) die Verpflichtung hervor, bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Hiermit sollte der Gleichstellung körperlich und psychisch Kranker Ausdruck verliehen und so ein Beitrag zur Verbesserung der Situation psychisch Kranker geleistet werden (dazu Ausschussbericht, [BT-Drucks 11/3480 S 51](#) zu § 27). Der Regelung kommt damit im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zumindest eine Verdeutlichungsfunktion und der Charakter einer Auslegungsregel zu; sie bedingt, dass die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten auch bei psychisch Kranken voll ausgeschöpft werden und das für sie bestimmte Leistungsangebot nicht hinter demjenigen für somatisch Kranke zurückbleibt (so Schmidt in: Peters, aaO, [§ 27 SGB V](#) RdNr 396). Ausdruck dieses gesetzgeberischen Anliegens ist auch der durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) eingeführte [§ 37a SGB V](#), der allerdings zurzeit der streitigen Behandlung der Klägerin noch nicht galt. Mit dieser Regelung ist zur Stärkung der Selbständigkeit psychisch Kranker der Anspruch auf ambulante Soziotherapie eingeführt worden; dieser steht Versicherten zu, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, wenn dadurch zB Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die damit gewährten Betreuungsleistungen lassen zumindest erkennen, dass vor Inkrafttreten der Bestimmung oftmals Krankenhauspflege von den Krankenkassen gewährt werden musste, nur weil der Zugang zu erforderlicher ambulanter Behandlung für einen psychisch Kranken nicht gewährleistet war und dadurch immer wieder der sog "Drehtüreffekt" eintrat (vgl [BT-Drucks 14/1245 S 66](#) zu Nr 20 (§ 37a)). Nicht unerwähnt bleiben dürfen in diesem Zusammenhang schließlich die Neuregelungen des "Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" vom 16. Juni 1998 ([BGBl I 1311](#)), mit denen auch die nichtärztliche Psychotherapie Eingang in die ambulante Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden hat.

d) Wie dargestellt, sind seit den 1970er Jahren bis Mitte der 1990er Jahre wesentliche medizinische und rechtliche Änderungen bei der Versorgung psychiatrisch und psychisch Kranker eingetreten. Als Auswirkungen davon sind zB zu nennen die Reduzierung der Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten um 30%, die Absenkung der durchschnittlichen Verweildauer von 100-200 auf 20-30 Tage, die Versechsfachung der Zahl der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte, die Rückläufigkeit der Zwangseinweisungen sowie der Ausbau eines Netzes aus Institutsambulanzen, Tageskliniken, niedergelassenen Ärzten und sozialpsychiatrischen Diensten (vgl Bühring, DÄBl 2000, A-2669). Gleichwohl ist festzustellen, dass trotz der verfolgten Ziele einer Enthospitalisierung und Dezentralisierung nach wie vor nicht alle psychiatrischen Krankheiten ambulant mit den Mitteln einer qualifizierten vertragsärztlichen Versorgung therapiert werden können. Bisweilen geäußerte optimistische Erwartungen, man könne das Leid psychischer Erkrankungen beseitigen, indem man psychiatrische Fachkrankenhäuser und Krankenhausabteilungen völlig auflöse und sich ausschließlich auf kleine gemeindenahe Behandlungseinrichtungen stütze, erwiesen sich als unrealistisch. In den stationären Versorgungseinrichtungen verblieb vielmehr eine Gruppe von Patienten bzw kehrte nach misslungenen Integrationsversuchen dahin zurück, deren Situation durch besonders schwere und hartnäckige Krankheitssymptome und komplizierte Faktoren bestimmt ist (so: Weig/Gelhausen, SGB 1996, 577). Wie Prof. Dr. W. - wiederum ausdrücklich unterstützt durch den Gutachter Dr. B. - in seinem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten ausgeführt hat, sind insbesondere bei schwer und chronisch verlaufenden schizophrenen Psychosen teilweise lange Behandlungszeiten bis zu mehreren Jahren erforderlich, um den Krankheitsverlauf entsprechend zu beeinflussen und eine günstige Langzeitprognose zu erreichen, die die Vermeidung der Dauerhospitalisierung und der Ausbildung einer schweren Behinderung zum Ziel hat. Bei eben diesen Patienten - zu denen die Klägerin gehöre - entspricht es inzwischen dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass der geschilderte komplexe Behandlungsansatz des Zusammenwirkens eines multiprofessionalen Teams von Ärzten, Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten im Zusammenspiel mit fachlich besonders geschultem erfahrenem psychiatrischen Krankenpflegepersonal im Rahmen eines zu erstellenden Gesamtbehandlungsplans in einem Krankenhaus erfolgt (so die Gutachter Prof. Dr. W. und Dr. B. , ferner die Veröffentlichung in SGB 1996, 577 ff unter Hinweis auf einschlägige medizinische Fachliteratur).

e) Die Richtigkeit dieser - über den Einzelfall der Klägerin hinausgehenden - Sichtweise wird zum einen dadurch unterstrichen, dass das dargestellte stationäre Behandlungskonzept der "Behandlungsleitlinie Schizophrenie" der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaft "DGPPN" entspricht (veröffentlicht als Band 1 der "Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie", 1998). Die Behandlungsempfehlung geht von dem von auch von Prof. Dr. W. dargestellten "Vulnerabilitäts-Stress-Modell" aus (Abschnitt 1.4. aaO). Nach Abschnitt 3.2 der Leitlinie wird zwischen einer Woche bis Monate dauernden akuten Behandlungsphase, einer ca drei bis sechsmonatigen postakuten Stabilisierungsphase sowie einer Monate bis Jahre dauernden stabilen Remissionsphase mit jeweils spezifischen Behandlungszielen unterschieden (Abschnitt 3.3. aaO). Alle Behandlungsschritte sind in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren und unter Leitung eines Psychiaters zu koordinieren. Dabei ist die Therapie grundsätzlich mehrdimensional orientiert und schließt biologisch-somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutisch-rehabilitative Aspekte ein. Die Wahl stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Behandlungsformen ist dabei je nach Krankheitsphase, Verlaufsstadium und -charakteristik unterschiedlich indiziert. Dabei gilt die generelle Behandlungsleitlinie "ambulant vor stationär", sodass Patienten bereits in der Stabilisierungsphase aus stationärer Behandlung entlassen werden können (zum Ganzen vgl Abschnitt 3.4. ff aaO); andererseits wird auch in den Leitlinien davon ausgegangen, dass für eine kleinere Gruppe neuer chronischer Patienten oft auch heute eine stationäre Langzeitbehandlung nicht zu vermeiden ist (Abschnitt 1.2., aaO S 8 f). Die Behandlungsverfahren umfassen Pharmakotherapie, andere somatische Verfahren sowie eine psychosoziale Behandlung und Rehabilitation, die aus Psychoedukation, Familienintervention, dem Training sozialer Fähigkeiten, kognitiver Rehabilitation und sog Coping-Skills-Training besteht (Abschnitt 3.4.3.1. ff aaO); auch die letztgenannten Behandlungsformen sind bereits in der Akutphase bedeutsam, weil nur so potenzielle Stressoren identifiziert und vermindert werden (Abschnitt 3.4.3.3.1.). Dass bei einer derart ausgerichteten Behandlung, sofern sie wegen der Schwere der Erkrankung im stationären Bereich erfolgt - entsprechend den Ausführungen von Prof. Dr. W. und Dr. B. - dort auch der Einsatz von Hilfspersonen aus nichtmedizinischen Berufen erforderlich ist, liegt auf der Hand.

f) Bei alledem ist die rechtliche Bedeutung der vorgenannten Leitlinien hervorzuheben. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses "alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind" ([§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Nach [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) gilt dabei generell, dass die Leistungen der Krankenversicherung nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Was danach im Einzelnen an Behandlung geschuldet wird, bestimmen somit die Regeln der ärztlichen Kunst und der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Für den stationären Bereich sahen erstmals [§§ 137a](#) und [138b SGB V](#) (eingefügt durch das 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997, [BGBl I 1520](#)) Empfehlungen (der Bundesärztekammer, der Spitzenverbände der Krankenkassen

und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenträger) zur Sicherung der Qualität der Behandlung vor, ferner zur Abstimmung dieser Fragen die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft; erst zum 1. Januar 2000 wurden dann durch das GKVRefG 2000 vom 22. Dezember 1999 (aaO) [§ 137c SGB V](#) dem "Ausschuss Krankenhaus" Konkretisierungsbefugnisse übertragen (vgl insoweit die inzwischen durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 - [BGBl I 2190](#) - begründete Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses). Wie das BSG bereits entschieden hat, musste die Feststellung, was dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts jeweils entsprach, bis zum Wirksamwerden der neuen gesetzlichen Instrumentarien zur Bestimmung von Inhalt, Umfang und Qualität der Krankenhausbehandlung nach anderen Kriterien getroffen werden; in diesem Zusammenhang kam vor allem den Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften Bedeutung zu, die sich zB in Leitlinien niedergeschlagen hatten und auf diese Weise geeignet waren, "Standards" zu definieren (so [BSGE 81, 182](#), 187 f = [SozR 3-2500 § 109 Nr 5](#) S 39 f (3. Senat) - Hyperthermie; vgl auch aus der Rechtsprechung des 1. Senats BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr 12](#) S 71 - Colon-Hydro-Therapie; [BSGE 90, 289](#), 292, 294 f = [SozR 4-2500 § 137c Nr 1](#) RdNr 7, 15 - Magenband). Auch wenn es inzwischen neuere Erkenntnisse gibt, die eine differenziertere Betrachtung der von ärztlicher Seite selbstregulativ geschaffenen Regelwerke im Rahmen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung gebieten dürften (vgl zB Mengel, Sozialrechtliche Rezeption ärztlicher Leitlinien, 2004, S 92 ff, sowie die Fachbeiträge in: Hart, Klinische Leitlinien und Recht, 2005; kritisch gegenüber einer Konkretisierung des Leistungsrechts durch die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften zB auch: [BSGE 88, 126](#), 136 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 155 f (6. Senat)), bestehen jedenfalls keine Bedenken, die Leitlinien im vorliegenden Fall heranzuziehen, in dem es noch um die Rechtslage in den Jahren 1993/1994 geht. Wenn aber seinerzeit eine stationäre Behandlung der Klägerin im Sinne dieser Standards erfolgte, kann deren krankensicherungsrechtliche Notwendigkeit nicht mit dem LSG allein unter Hinweis auf einen vermeintlich gleichwohl im Vordergrund stehenden rehabilitativen Charakter der Behandlung verneint werden.

g) Schließlich kommt in Übereinstimmung mit den vorgenannten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaft DGPPN auch in der bundesrechtlichen "Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie" (vom 18. Dezember 1990, [BGBl I 2930](#) - PsychPV) zum Ausdruck, dass eine entsprechende komplexe Behandlung von Psychiatriepatienten auch im stationären Bereich erforderlich sein kann und dass der Patient in einem solchen Fall nicht darauf verwiesen werden darf, der multiprofessionale Einsatz nicht typisch medizinischer Heilhilfsberufe müsse in ambulanten Versorgungsformen erfolgen. Diese auf § 16 Satz 1 iVm § 19 Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz beruhende Verordnung regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal, aber auch für sonstiges therapeutisches Fachpersonal in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Die PsychPV verfolgt nach ihrem § 1 Abs 1 ausdrücklich das Ziel, "eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre oder teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung iS des [§ 39 Abs 1 SGB V](#) bedürfen". Sie hat damit nicht nur eine spezifisch krankenhausesfinanzierungsrechtliche, sondern eine unmittelbar auch krankensicherungsrechtliche Funktion; denn sie macht durch die Beschreibung von Tätigkeitsprofilen im Krankenhaus zugleich inhaltliche Vorgaben zur Behandlung psychisch Kranker, indem sie dabei die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Behandlung berücksichtigt (so Bartels, *ErsK* 1991, 483, 485; Wöhrmann, *ErsK* 1997, 448, 449). Im vorliegenden Zusammenhang kommt insbesondere dem § 5 Abs 1 PsychPV besondere Bedeutung zu. Danach werden den einschlägigen von insgesamt 18 Behandlungsbereichen (ua auch für die Intensivbehandlung) bestimmte Zeitwerte auch für Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zu Grunde gelegt, die in die Pflegesätze mit eingehen. Das macht deutlich, dass der Ordnungsgeber in Übereinstimmung mit den og Leitlinien davon ausgeht, dass auch bei der stationären Versorgung von psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Krankenhauspflegebedürftigkeit nicht etwa nur deshalb verneint werden darf, weil schwerpunktmäßig Personal aus nichtmedizinischen Berufen zum Einsatz gekommen sind, die ihre Leistungen auch außerhalb von stationären Einrichtungen anbieten und erbringen.

5. Das LSG hat mit der von ihm gegebenen Begründung nach alledem zu Unrecht von vornherein Leistungsansprüche der Klägerin gegen die Beklagte für die stationäre Behandlung über den 27. November 1993 hinaus verneint. Die vom Berufungsgericht als entscheidungserheblich herangezogenen Rechtssätze werden zum einen den Besonderheiten der Behandlung von Patienten mit schweren psychiatrischen Leiden entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und zum anderen den besonderen Umständen des Falles der Klägerin nicht gerecht. Das Urteil lässt die Zusammenhänge unerörtert, in denen der Anspruch von Versicherten mit schweren psychiatrischen Leiden auf bedarfsgerechte Krankenbehandlung und auf Krankenhausbehandlung steht, und geht auf die entscheidenden rechtlichen wie medizinischen Gesichtspunkte für die Inhaltsbestimmung des Anspruchs nicht ein. Die Auffassung, dass die der Klägerin in der streitigen Zeit zuteil gewordene komplexe stationäre Behandlung psychotherapeutisch-rehabilitativen Charakter besessen habe, der leistungsrechtlich auf ambulantem Wege bzw außerhalb der gesetzlichen Regelungen über die Akut-Krankenbehandlung erfasst werde, geht fehl, unabhängig davon, ob sich das LSG insoweit zu Recht auf entsprechende im Verfahren geäußerte wissenschaftlich untermauerte gutachterliche Aussagen stützen könnte. Das LSG verkürzt bei einer schwer kranken Versicherten wie der Klägerin, die von 1978 bis 1994 immer wieder in stationäre psychiatrische Behandlung aufgenommen werden musste und bei der sich der oben beschriebene "Drehtür-Effekt" geradezu typisch niedergeschlagen hat, zum einen den Blick auf die hier unter psychiatrisch-ärztlicher Koordination und Verantwortung in Betracht kommenden Behandlungsziele und -möglichkeiten. Zum anderen würdigt das Urteil [§ 39 SGB V](#) unzureichend, der im Lichte von [§ 2 Abs 1 Satz 3](#) und [§ 27 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) ausgelegt werden muss. Ob Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht, ist - wie ausgeführt - schon nach herkömmlicher Rechtsprechung ohnehin in einer "Gesamtbetrachtung" aller dafür maßgeblichen Umstände festzustellen (vgl erneut zB BSG [SozR 2200 § 184 Nr 28](#) S 42); in diese Betrachtung müssen auch die allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Behandlung schwerer psychischer Leiden entscheidend mit eingehen. Der Umstand allein, dass bei der Behandlung der Klägerin in hohem Maße Angehörige nichtmedizinischer Berufe zum Einsatz kamen und der Einsatz ärztlich koordiniert werden musste, ist vor diesem Hintergrund kein Gesichtspunkt, der per se gegen das Erfordernis stationärer Behandlung spricht; vielmehr kommt es für den Leistungsanspruch - wie dargestellt - in Fällen der vorliegenden Art entscheidend auf das Ausmaß der Schwere der Krankheit und auf die in Bezug darauf verfolgten, mit dem Gesamtbehandlungsplan verfolgten Behandlungsziele an. Dagegen verbietet sich bei den genannten Leiden eine Betrachtung, die vornehmlich darauf abstellt, dass eine apparative Mindestausstattung eines Krankenhauses nicht erforderlich war bzw nicht zum Einsatz kam, dass ein jederzeit rufbereiter Arzt nicht vonnöten war, dass keine wiederholt krisenhafte Zuspitzungen im Krankheitsbild behandelt werden mussten oder dass die Umstellung der Medikation auch ein niedergelassener Arzt hätte vornehmen können.

Soweit das LSG offen gelassen hat, ob eine komplexe Behandlung, wie sie die Klägerin im Landeskrankenhaus erfahren habe, nur im Rahmen der Organisationsstruktur eines Krankenhauses möglich oder auch von einem geschützten Wohnbereich aus organisierbar und durchführbar gewesen wäre, wird es sich - sofern seine Zweifel bzw Zweifel der Beklagten am Ausmaß der Krankheit der Klägerin im

konkreten Fall fortbestehen sollten - vor dem Hintergrund der vorstehenden Darlegungen mit sachverständiger Hilfe genauer mit den dieser Sichtweise entgegen stehenden Ausführungen der im Berufungsverfahren tätig gewordenen Gutachter auseinander setzen müssen. Prof. Dr. W. hat wiederholt die Schwere der Krankheit der Klägerin betont und darauf hingewiesen, dass die notwendige Akut-Behandlung hier aus medizinischen Gründen nur im Rahmen eines Krankenhauses durchgeführt werden konnte, während an eine primär rehabilitative Behandlungsausrichtung überhaupt erst nach Abschluss der Akutbehandlung zu denken gewesen wäre. Gleiches hat der Sachverständige Dr. B. ausgeführt, wenn es in seinem Gutachten heißt, eine ambulante Behandlung habe nicht ausgereicht und man müsse realistischerweise davon ausgehen, dass der Klägerin bei einer vorzeitigen Entlassung die ihr zugekommene notwendige Behandlung zur Verbesserung ihres psychischen Zustandsbildes vorenthalten worden wäre. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass - entsprechend der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG - Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten nicht schon bei einer rein theoretischen Möglichkeit ambulant-ärztlicher Versorgung (zB mit in Frage kommendem Aufenthalt in einer betreuten Wohn- oder Pflegeeinrichtung) zu verneinen ist; erforderlich wäre vielmehr der Nachweis einer tatsächlich vorhanden gewesenen und der Klägerin nachgewiesenen bedarfsgerechten Behandlungsalternative in der zu beurteilenden Zeit (BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) RdNr 17 f; dazu auch: Biersack/Groenewald/Ossege, BKK 2004, 502). In diesem Zusammenhang kann von Bedeutung sein, ob es zutrifft, dass - wie die Klägerin vorträgt - der im April 1994 zunächst vorgenommene Umzug aus stationärer Behandlung in eine eigene Wohnung aus gesundheitlichen Gründen gerade nicht erfolgreich durchgeführt werden konnte.

Wenn das LSG schließlich - was unklar ist, weil es entsprechende von ihm aufgeworfene Fragestellungen in seinem Urteil ausdrücklich offen gelassen hat - (weiter) entscheidungserhebliche Zweifel daran haben sollte, dass die Klägerin tatsächlich von Mitte Oktober 1993 an im Krankenhaus an der Arbeitstherapie und den flankierenden Maßnahmen im Sinne einer komplexen stationären Therapie durchgehend und über den 29. April 1994 hinaus teilgenommen hat, folgt auch daraus möglicherweise noch Ermittlungsbedarf. In den Ausführungen des LSG kommt der Einwand zum Ausdruck, dass die Prognose der Krankenhausärzte über die weitere Notwendigkeit der komplexen stationären Therapie nach dem Therapieverlauf von einem bestimmten Zeitpunkt an evident fehlerhaft gewesen sein könnte, wenn die Klägerin daran erkennbar gar nicht (mehr) teilnahm. Dieser Gesichtspunkt könnte rechtlich erheblich sein, weil auch dann, wenn man mit dem 3. Senat des BSG ([SozR 4-2500 § 39 Nr 2](#) RdNr 22) für einen krankensicherungsrechtlichen Leistungsanspruch auf die medizinische Vertretbarkeit der Entscheidung der Krankenhausärzte zur Notwendigkeit weiterer Krankenhausbehandlung abstellt, es jedenfalls unabdingbar ist, dass sich diese Einschätzung im Rahmen der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse und des sonstigen den Leistungsanspruch des Versicherten konkretisierenden Krankensicherungsrechts (zB Wirtschaftlichkeitsgebot) bewegt. Beständen aus damaliger Sicht begründete Zweifel an der Richtigkeit der Einschätzung der Krankenhausärzte, müsste diesen Zweifeln nachgegangen werden. Dazu wären ggf von der Klägerin schon im Berufungsverfahren ausdrücklich beantragte Ermittlungsmaßnahmen notwendig und vorzunehmen; der bloße Hinweis auf eine unzureichende Dokumentation des Krankenhauses dürfte ihrem Leistungsanspruch insoweit nicht schon entgegengehalten werden (zu den Ermittlungspflichten und zum Risiko der Nichtfeststellbarkeit der notwendigen Verweildauer in einem Krankenhaus bereits BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr 1](#) S 5).

Bei seiner neuerlichen Entscheidung muss das LSG ferner über die Kosten des Revisionsverfahrens mit befinden.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2005-07-06