

L 1 KR 50/03

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 16 KR 21/00

Datum

13.03.2003

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 50/03

Datum

21.03.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Leistungspflicht der Krankenkasse im Falle der stationären Qualifizierten Entgiftung eines Alkoholabhängigen in einem Plankrankenhaus.

Zur Abgrenzung der stationären Akutbehandlung von (medizinischen) Leistungen der beruflichen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 13. März 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten der Behandlungen des Beigeladenen zu 1 im Sächsischen Krankenhaus A für die Zeit vom 14.07.1998 bis 21.07.1998 sowie vom 17.12.1998 bis 02.01.1999.

Am 03.07.1998 verordnete Dipl. Med. T. dem Beigeladenen zu 1 eine Krankenhausbehandlung. Dieser sei alkoholabhängig und müsse entgiftet werden. Bereits 1997 hatte sich der Beigeladene zu 1 zwei Entgiftungsbehandlungen unterzogen, wurde jedoch kurz darauf wieder rückfällig. Mit Schreiben vom 08.07.1998 zeigte das Sächsische Krankenhaus A ... (SKH) der Beklagten an, dass sie den Beigeladenen zu 1 aufgenommen habe und bat um die Übermittlung einer Kostenübernahmeerklärung. Am 22.07.1998 teilte das SKH der Beklagten mit, sie habe die Behandlung des Beigeladenen zu 1 am 21.07.1998 aus sonstigen Gründen beendet. Dem Befundbericht an Dr. J. vom 22.01.1999 ist zu entnehmen, dass die Entlassung aufgrund fehlender Motivation des Beigeladenen zu 1 erfolgte. Am 24.07.1998 bat das SKH die Beklagte, die Behandlungskosten bis zum 21.07.1998 zu übernehmen, da der Beigeladene zu 1 über den 13.07.1998 hinaus der stationären Behandlung bedürftig habe. Die Beklagte holte daraufhin am 06.08.1998 eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für das Land Brandenburg ein und lehnte den Antrag des SKH auf Kostenübernahme bis zum 21.07.1998 ab. Es sei keine Verlängerung notwendig, da keine suchtspezifischen Komplikationen oder Begleiterscheinungen ersichtlich gewesen seien. Unter Bezugnahme auf den medizinischen Bericht vom 02.09.1998 bat das SKH um nochmalige Überprüfung. Zur Verhütung der Verschlimmerung und Progredienz suchtmittelbedingter somatischer Folgeschäden zur Abstinenzmotivation und Stabilisierung sei eine stationäre Behandlung im Sinne der psychiatrischen Regelbehandlung für Suchtkranke nach der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (PsychPV) über den 13.07.1998 hinaus erforderlich gewesen. Der von der Beklagten erneut beteiligte MDK für das Land Brandenburg hielt an seiner Ansicht fest, wonach für die Zeit ab dem 14.07.1998 die ausschließlich stationär mögliche Behandlung des Beigeladenen zu 1 nicht belegt sei. Daraufhin lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Zeit vom 14.07. bis 21.07.1998 nochmals ab (Schreiben vom 15.09.1998 und 26.01.1999).

Auf die Verordnung von Dr. J. vom 04.12.1998 wurde der Beigeladene zu 1 am 11.12.1998 nochmals in das SKH aufgenommen, um seine Alkoholabhängigkeit zu bekämpfen. Das SKH teilte der Beklagten mit, eine psychiatrische Regelbehandlung nach der PsychPV sei beabsichtigt. Die Beklagte erklärte sich am 14.12.1998 bereit, die Kosten für die Zeit vom 10.12. bis 16.12.1998 zu übernehmen. Für weitere Zeiträume könnten keine Kosten übernommen werden. Mit Schreiben vom 16.12.1998 bat das SKH um die Verlängerung der Kostenübernahme bis zum 30.12.1998. Die weitere stationäre Behandlung sei zur Verhütung der Verschlimmerung und Progredienz suchtmittelbedingter somatischer Folgeschäden zur Abstinenzmotivation und Stabilisierung im Sinne der psychiatrischen Regelbehandlung für Suchtkranke erforderlich. Schließlich wurde der Beigeladene zu 1 am 02.01.1999 regulär entlassen. Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme für die Zeit ab dem 17.12.1998 ab, nachdem der MDK für das Land Brandenburg die weitere Krankenhausbehandlung nicht für notwendig erachtet hatte. Der Kläger erläuterte der Beklagten daraufhin am 02.12.1999, dass der Beigeladene zu 1 nach den Kategorien der PsychPV behandelt worden sei. Bei der psychiatrischen Regelbehandlung eines Suchtkranken betrage die durchschnittliche Behandlungsdauer 21 Tage. Die Beklagte habe für die Behandlungszeiträume vom 13.07. bis 21.07.1998 sowie vom 16.12.1998 bis

02.01.1999 insgesamt 8.917,67 DM zu zahlen. Die Beklagte blieb bei ihrer ablehnenden Haltung (Antwort-schreiben vom 17.12.1999). Nach der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Suchtvereinbarung – SuchtVb) vom 20.11.1978 sei die Leistung der Krankenversicherung – die Entzugsbehandlung – darauf gerichtet, die akute Krankheit zu bekämpfen und zunächst den körperlichen Zustand des Patienten durch die aktive und fortdauernde behandelnde Einwirkung des Arztes zu verbessern. Für die anschließende Entwöhnungsbehandlung sei der Rentenversicherungsträger zuständig.

Der Kläger hat daraufhin am 24.01.2000 Klage auf Zahlung von 8.917,67 DM vor dem Sozialgericht Dresden (SG) erhoben. Die Krankenhausbehandlung des Beigeladenen zu 1 sei auch während der streitgegenständlichen Zeiträume erforderlich gewesen. Dieser Ansicht stehe SuchtVb nicht entgegen. Die beim Beigeladenen zu 1 erfolgte Regelbehandlung für Abhängigkeitskranke ziele gemäß § 4 PsychPV in Verbindung mit der Anlage 1 zur PsychPV auf das Erkennen der Abhängigkeit, die Entgiftung, die Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung sowie auf die soziale Stabilisierung ab. Gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 SuchtVb sei die Krankenkasse für die Gewährung der Entzugsbehandlung zuständig. Eine rehabilitative Behandlung zur Sicherung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit des Beigeladenen zu 1 sei nicht erfolgt.

Die Beklagte hat daraufhin erwidert, die stationären Behandlungen des Beigeladenen zu 1 seien während der streitgegenständlichen Zeiträume nicht notwendig gewesen. Denn diese hätten der Entwöhnung sowie der Abstinenzmotivation und Stabilisierung gedient, wofür die Krankenkasse nicht zuständig sei. Die PsychPV beziehe sich auf den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und könne nicht herangezogen werden, um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung festzustellen. Ferner sei der PsychPV nicht zu entnehmen, dass die Akutbehandlung eines Suchtkranken regelmäßig 21 Tage beanspruche. In der medizinischen Praxis habe sich eine sieben-tägige Behandlungsdauer durchgesetzt. Da sich die Medikamente verbessert hätten, könne die Entgiftung mittlerweile auch ambulant durchgeführt werden. Der Kläger habe während der streitgegenständlichen Zeiträume keine Akut-, sondern eine Rehabehandlung durchgeführt, für die er nicht zugelassen und wofür die Beklagte kein zuständiger Leistungserbringer sei.

Nach dem im Auftrag des SG erstatteten Gutachten von Dr. F. vom 21.05.2001 ist die stationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 über den 13.07.1998 hinaus nicht notwendig gewesen. Dies werde durch die fehlende Motivation des Beigeladenen zu 1 bestätigt, welche schließlich zur Entlassung geführt habe. Ferner sei auch die über den 16.12.1998 hinausgehende Krankenhausbehandlung nicht erforderlich gewesen. Die Entgiftung des Beigeladenen zu 1 hätte vielmehr auch durch teilstationäre, nachstationäre oder ambulante Behandlungen erreicht werden können. Eine komplikationslose, allein körperliche Entgiftungsbehandlung sei in sieben Tagen ohne weiteres zu erreichen. Die von der Klägerin vorgenommene qualifizierte Entgiftung sei eine Behandlungsart, die Elemente der Reha-Behandlung umfasse. Diese Behandlungsmethode sei nicht nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) notwendig in einem Krankenhaus durchzuführen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass nicht jeder Patient – wie der Beigeladene zu 1 – eine qualifizierte Entgiftung benötige. Bei entsprechender psychosozialer Anbindung im professionellen Suchthilfenetz habe auch eine einfache körperliche Entgiftung ihre Berechtigung (ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. F. vom 15.09.2001).

Das SG hat der Klage stattgegeben (Urteil vom 13.03.2003). Die Beklagte sei verpflichtet, die Kosten für die Krankenhausbehandlung des Beigeladenen zu 1 während der streitgegenständlichen Zeiträume zu übernehmen. Dies folge aus der SuchtVb, die als brauchbare Grundlage zur Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung heranzuziehen sei. Beim Beigeladenen zu 1 sei auch während der streitgegenständlichen Zeiträume eine stationäre Entzugsbehandlung gemäß § 3 Abs. 1 SuchtVb erfolgt, für die gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 SuchtVb grundsätzlich die Krankenkasse zuständig sei. Die Entzugsbehandlung umfasse auch die notwendige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Die von der Beklagten geäußerte Ansicht, nach sieben Tagen überwögen regelmäßig die rehabilitativen Anteile der Behandlung, sei mit der Nahtlosigkeitsregelung des § 3 Abs. 2 SuchtVb nicht zu vereinbaren. Die Rechtsansicht des Sachverständigen Dr. F., wonach die stationäre Krankenhausbehandlung lediglich die körperliche Entgiftungsbehandlung umfassen dürfe, sei mit der heutigen Vorstellung von einer suchtmmedizinischen Entgiftungsbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie nicht zu vereinbaren.

Gegen das ihr am 03.04.2003 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 29.04.2003 Berufung zum Sächsischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Das SG habe sich nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine ambulante Behandlung des Beigeladenen zu 1 möglich gewesen wäre. Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Klägers lasse sich auch nicht aus den ärztlichen Stellungnahmen der behandelnden Ärzte des SKH ableiten. Stets sei zuvor zu prüfen gewesen, ob im Falle des Beigeladenen zu 1 eine qualifizierte Entgiftung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen sei. Diese Frage habe sich insbesondere beim ersten Aufenthalt des Beigeladenen zu 1 aufgedrängt, da dieser zweieinhalb Monate zuvor eine – mehrmonatige – Entwöhnungsbehandlung beendet habe, gleichwohl aber rückfällig geworden sei. Vor diesem Hintergrund sei zu bezweifeln, dass im Juli 1998 eine Motivationsbehandlung sinnvoll gewesen sei. Diesbezüglich hätte sich das SG mit der Aussage des Sachverständigen Dr. F. auseinandersetzen müssen, dass auch die reine Entgiftung ihre Berechtigung habe. Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb die qualifizierte Entzugsbehandlung auf die Motivationsbehandlung reduziert werden könne, welche gerade nicht zur Entzugsbehandlung zähle. Dies folge aus dem eindeutigen Wortlaut der SuchtVb. Darin würden Entzug und Motivation getrennt als Voraussetzung der Entwöhnungsbehandlung genannt. Darüber hinaus sei beim Beigeladenen zu 1 keine Entwöhnungstherapie vorgesehen gewesen. Deshalb sei es sehr fragwürdig, wie das SG in der Motivation für eine Entwöhnungstherapie einen Behandlungsgrund zu erkennen. Ferner sei den ärztlichen Dokumentationen zu entnehmen, dass im Juli 1998 eine Arbeitstherapie (Gärtnerei) durchgeführt worden sei, wobei Medikamente verabreicht und der Blutdruck gemessen worden sei. Psychologische und psychiatrische Gespräche seien hingegen nicht geführt worden. Im Dezember 1998 sei eine Bewegungstherapie durchgeführt worden; begleitend seien Medikamente verabreicht und der Blutdruck gemessen worden. Der Beigeladene zu 1 habe am 17.12.1998 und am 01.01.1999 eine Therapiegruppe besucht und am 31.12.1998 an einem Sozialtraining teilgenommen. Intensive medizinische oder psychotherapeutische Gespräche seien nicht dokumentiert.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 13. März 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das SKH sei ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#). Die Krankenkassen seien daher verpflichtet, die normativ festgelegten Entgelte für die notwendige Krankenhausbehandlung zu zahlen. Die diesbezügliche

Einschätzung des Krankenhausarztes begründe so lange die Kostenübernahme, bis die Krankenkasse die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung aufgrund substantiellen medizinischen Sachvortrags erschüttere. Dazu habe sie unverzüglich eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Nur auf dieser Grundlage könne die ärztliche Entscheidung über Krankenhausbehandlung den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht mehr begründen. Im Falle des Beigeladenen zu 1 sei die Krankenhausbehandlung auch während der streitgegenständlichen Zeiträume erforderlich gewesen. Im Juli 1998 sei die Motivationsbehandlung gerade deshalb notwendig gewesen, weil der Beigeladene zu 1 kurz zuvor rückfällig geworden sei. Ansonsten hätte dieser nach Ansicht des Klägers trotz zu erwartendem weiteren Alkoholmissbrauchs nach dem körperlichen Entzug entlassen werden müssen. Dabei habe der Beigeladene zu 1 auch stabilisiert werden sollen. Aufgrund des komplexen Krankheitsbildes und der instabilen sozialen Situation des Beigeladenen zu 1 sei eine ambulante Behandlung nicht in Betracht gekommen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens (Gutachten von Dr. W. vom 01.05.2005, ergänzende Stellungnahme vom 02.08.2005). Danach habe der Beigeladene zu 1 während der streitgegenständlichen Zeiträume an einer Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung gelitten, die der ärztlichen Behandlung bedurft habe. Auch sei die Aufnahme des Beigeladenen zu 1 in das SKH notwendig gewesen, um die Alkoholerkrankung zu heilen, Krankheitsbeschwerden zu lindern und eine Verschlimmerung zu verhüten. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass das Behandlungsziel durch teilstationäre oder ambulante Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege hätte erreicht werden können. Die reine Entzugsbehandlung zur Behandlung der körperlichen Folgeschäden hätte nach Ansicht des Gutachters etwa acht Tage gedauert. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Sinne des Fachgebietes der Psychiatrie und Psychotherapie umfasse jedoch nicht nur die so genannte Entgiftung. Das SKH habe zu keiner Zeit mit einer Entwöhnungsbehandlung begonnen. Die Krankenhausbehandlung sei zur Wiederherstellung der geistigen, seelischen und körperlichen Funktionen des Beigeladenen zu 1 erforderlich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet.

Zu Recht hat das SG die Beklagte verurteilt, die Kosten für die Behandlung des Beigeladenen zu 1 während der streitgegenständlichen Zeiträume im SKH zu übernehmen. Die Behandlung des Beigeladenen zu 1 war in den streitgegenständlichen Zeiträumen als stationäre Behandlung im Krankenhaus zu erbringen. Hierauf hatte der Beigeladene zu 1 Anspruch nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#). Dementsprechend hat die Beklagte als Krankenkasse des Beigeladenen zu 1 dem Kläger als Träger des SKH, das die Sachleistung erbracht hat, die stationäre Behandlung zu bezahlen.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichtete Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn es geht um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 24.07.2003 – [B 3 KR 28/02 R](#) – [SozR 4-5565 § 14 Nr. 3](#) Rn. 5; Urteil vom 17.05.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#) – [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser ([§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Bundespflegesatzverordnung in der Pflegesatzvereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#) – [BSGE 90, 1, 2](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Der Kläger betreibt mit dem SKH, das in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen wurde, ein Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108 Nr. 2 SGB V](#). Der Abschluss eines Versorgungsvorganges wird deswegen gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) fingiert. Durch diesen fiktiven Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus nach [§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten zugelassen.

Der Vergütungsanspruch des Klägers, der abgesehen von der Dauer der Leistungspflicht ansonsten in der Höhe nicht streitig ist, ist dann gegeben, wenn der Beigeladene zu 1 Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus im Sinne der [§§ 39 Abs. 1, 108 SGB V](#) hatte. Insoweit kommt es einerseits darauf an, dass hier eine andere als die vollstationäre Behandlung nicht ausreichend war, weil die vollstationäre Behandlung gegenüber den anderen Leistungsarten grundsätzlich subsidiär ist. Andererseits ist auch bei Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung die Leistungspflicht der Beklagten nur gegeben, wenn die Behandlung des Beigeladenen zu 1 als Krankenhausbehandlung und nicht als stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 15](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) zu erbringen war.

Die Behandlung des Beigeladenen zu 1 war in den streitgegenständlichen Zeiträumen stationär im Krankenhaus zu erbringen.

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](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115b SGB V](#)) 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](#)). Die vorrangig zu gewährende ambulante Behandlung im Sinne des Satzes 2 des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) meint dabei nicht nur das von [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Bezug genommene ambulante Operieren nach [§ 115b SGB V](#), sondern auch die ambulante ärztliche Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) einschließlich der häuslichen Krankenpflege nach [§ 27 Abs. 1 Satz Nr. 4 SGB V](#). Allgemein ist bei der Krankenhausbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ([§ 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 medizinische Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

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 (BSG, Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) Rn. 16; zur älteren Rechtsprechung siehe BSG, Urteil vom 27.08.1968 – [3 RK 27/65](#) – [BSGE 28, 199](#), 202 = SozR Nr. 22 zu § 1531 RVO; Urteil vom 10.10.1978 – [3 RK 81/77](#) – [BSGE 47, 83](#), 85 = SozR 2200 § 216 Nr. 2; Urteil vom 25.01.1979 – [3 RK 83/78](#) – SozR 2200 § 184 Nr. 11 Seite 15f.; Urteil vom 12.12.1979 – [3 RK 13/79](#) – SozR 2200 § 184 Nr. 15 Seite 26). Maßnahmen dürfen daher zum Beispiel 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 (BSG, Urteil vom 16.02.2005 – [B 1 KR 18/03 R](#) – [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rn. 13). 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, Urteil vom 12.11.1985 – [3 RK 33/84](#) – [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#) Seite 41 ff.). Auch soziale oder humanitäre Gründe genügen nicht, um Krankenhauspflegebedürftigkeit zu bejahen; so schließen bloße (primär nicht ärztliche) Maßnahmen mit dem Ziel, eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen oder die Verwahrlosung des Betroffenen zu verhindern, eine Leistungsgewährung für stationäre Krankenhausbehandlung aus (BSG, Urteil vom 12.11.1985 – [3 RK 33/84](#) – a.a.O.; vgl. auch BGH, Urteil vom 09.05.2000 – [VI ZR 173/99](#) – [NJW 2000, 3429](#) = SGB 2001, 756).

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 (BSG, Urteil vom 13.05.2004 – [B 1 KR 18/03 R](#) – a.a.O. Rn. 14; Urteil vom 17.05.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#) – [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, Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – a.a.O.; Urteil vom 28.01.1999 – [B 3 KR 4/98 R](#) – [BSGE 83, 254](#), 259 = [SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); Urteil vom 11.04.2002 – [B 3 KR 24/01 R](#) – [SozR 3-2500 § 109 Nr. 9](#) Seite 61; Urteil vom 12.11.1985 – [3 RK 45/83](#) – [BSGE 59, 116](#), 117 = [SozR 2200 § 184 Nr. 28](#)). Der Anspruch auf Krankenhauspflege setzt allerdings schon nach herkömmlicher Rechtsprechung weder den Einsatz all dieser Mittel voraus, noch 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 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 und Möglichkeit einer ambulanten Behandlung ausschließen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (vgl. BSG, Urteil vom 12.11.1985 – [3 RK 45/83](#) – a.a.O.). Das Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit insbesondere bei psychiatrisch behandlungsbedürftigen Versicherten kann stets nur mit Blick auf die tatsächlich in Betracht kommenden (ambulanten oder pflegerischen 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 (BSG, Urteil vom 16.02.2005 – [B 1 KR 18/03 R](#) – [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rn. 15 und 25; Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#) Rn. 17 f.).

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 Behandlungen geschuldet wird, bestimmen somit die Regeln der ärztlichen Kunst und der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Diesbezüglich bringt die bundesrechtliche Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie vom 18. Dezember 1990 ([BGBl. I, Seite 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 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) 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 Satz 1](#) ausdrücklich das Ziel, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre oder teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) bedürfen. Sie hat damit nicht nur eine spezifisch krankenhausspezifische, sondern eine unmittelbar auch krankenversicherungsrechtliche 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 dezidiert BSG, Urteil vom 16.02.2005 – [B 1 KR 18/03 R](#) – [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rn. 23).

Im vorliegenden Zusammenhang kommt [§ 5 Abs. 1 PsychPV](#) besondere Bedeutung zu. Danach werden für den Bereich S 1 (Regelbehandlung von Abhängigkeitskranken) bestimmte Zeitwerte auch für Diplompsychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zu Grunde gelegt, die in die Pflegesätze mit eingehen. Das macht deutlich, dass der Verordnungsgeber davon ausgeht, dass auch bei der stationären Versorgung von psychiatrisch behandlungsbedürftigen, suchtkranken Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Krankenhauspflegebedürftigkeit nicht etwa nur deshalb verneint werden darf, weil schwerpunktmäßig Personal aus nichtmedizinischen Berufen, die ihre Leistungen auch außerhalb von stationären Einrichtungen anbieten und erbringen, zum Einsatz kommen.

Der Umstand allein, dass bei der Behandlung eines psychisch Kranken in hohem Maße Angehörige nichtmedizinischer Berufe zum Einsatz kommen und der Einsatz koordiniert werden muss, ist vor diesem Hintergrund kein Gesichtspunkt, der gegen das Erfordernis stationärer Behandlung spricht. Vielmehr kommt es für den Leistungsanspruch entscheidend auf das Ausmaß der Schwere der Krankheit und auf die im 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 von Nöten war, dass keine wiederholt krisenhaften Zuspitzungen im

Krankheitsbild behandelt werden mussten oder dass die Umstellung der Medikation auch ein niedergelassener Arzt hätte vornehmen können (BSG, Urteil vom 16.02.2005 – [B 1 KR 18/03 R](#) – [BSGE 94, 161](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rn. 15; Urteil vom 20.01.2005 – [B 3 KR 9/03 R](#) – [BSGE 94, 139](#) = [SozR 4-2500 § 112 Nr. 4](#) Rn. 12).

Zwischen den zuständigen Senaten des BSG bestehen aber unterschiedliche Auffassungen darüber, nach welchen Maßstäben von einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auszu-gehen ist.

Der 1. Senat des BSG hat mit Beschluss vom 07.11.2006 ([B 1 KR 32/04 R](#) – juris) dem Großen Senat folgende Fragen vorgelegt:

1. Setzt der Anspruch erkrankter Versicherter auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus voraus, dass allein aus medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht erreicht werden kann?

2. Hat das Gericht die Voraussetzung gemäß Frage 1. voll zu überprüfen?

Hintergrund dieses Beschlusses sind die unterschiedlichen Auffassungen des 1. und des 3. Senats erstens zur Frage, wann überhaupt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt, zweitens zur Befugnis des behandelnden Krankenhausarztes, die Behandlungsbedürftigkeit zumindest zeitabschnittsweise grundsätzlich verbindlich festzustellen, insbesondere zum Maßstab für die Überprüfung der Richtigkeit dieser Feststellung. Der 1. Senat des BSG vertritt hierzu unter Berufung auf die Gesetzgebungsgeschichte zu [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Auffassung, die Prüfungspflicht des Krankenhauses knüpfe regelmäßig an die Einweisung des behandelnden Arztes an, ersetze aber nicht das alleinige Recht der Krankenkassen, über den Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Der 1. Senat des BSG ordnet die Entscheidungsgewalt darüber, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, der Krankenkasse zu (vgl. BSG, Urteil vom 09.08.1998 – [B 1 KR 18/96 R](#) – [BSGE 82, 158](#), 161 f = [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#) Seite 26 f. m.w.N.; 09.10.2001 – [B 1 KR 26/99 R](#) – [BSGE 89, 34](#), 39 = [SozR 3-2500 § 18 Nr. 8](#) Seite 34); er sieht deren Entscheidung als gerichtlich in vollem Umfang überprüfbar an. Maßgeblich ist danach, ob im Zeitpunkt der Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst objektiv Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestanden hat.

Der 3. Senat des BSG vertritt hingegen die Auffassung, die Entscheidung, ob ein Versicherter wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einem Krankenhaus versorgt werden müsse, könne ein die Einweisung in das Krankenhaus verordnender niedergelassener Arzt ([§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) i.V.m. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) oder die Aufnahme ins Krankenhaus anordnender Krankenhausarzt ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen treffen. Dies gelte in gleicher Weise bei der Entscheidung eines Krankenhausarztes, ob ein bereits stationär untergebrachter Patient bei fortdauernder Behandlungsbedürftigkeit weiterhin im Krankenhaus zu behandeln sei oder entlassen werden könne, weil die erforderliche medizinische Versorgung außerhalb des Krankenhauses sichergestellt sei. Das Ergebnis einer konkreten Betrachtungsweise bedeute, dass es nicht ausreiche, von theoretisch vorstellbaren, besonders günstigen Sachverhaltskonstellationen auszugehen, die den weiteren Krankenhausaufenthalt entbehrlich erscheinen ließen, sondern dass zu prüfen sei, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stünden, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung des Versicherten gewährleistet werden könne. Da die Krankenkasse dem Versicherten die notwendige medizinische Behandlung als Sachleistung schulde ([§ 2 Abs. 2, § 27 SGB V](#)) und sie gegenüber dem Versicherten nach [§ 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zur Beratung über seine Rechte und Pflichten aus dem Sozialversicherungsverhältnis verpflichtet sei, könne sich die Krankenkasse nicht allein damit entlasten, dass sie auf denkbare ambulante Behandlungsalternativen verweise, solange sie diese nicht in konkreter und nachprüfbarer Weise aufzeige. Wolle die Krankenkasse einen Antrag auf (erstmalige oder weitere) Kostenübernahme für stationäre Krankenhausbehandlung ablehnen, bestehe also Streit über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zwischen dem Versicherten und den Krankenhausärzten einerseits sowie der Krankenkasse und dem MDK andererseits, habe die Krankenkasse als Ausfluss ihrer Sachleistungs- und Beratungspflicht den Versicherten darüber zu unterrichten, welche konkrete ambulante Behandlungsalternative zur Verfügung stehe (so Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – [BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#), jeweils Rn. 19, konkretisiert durch den Antwort-Beschluss vom 03.08.2006 – [B 3 KR 1/06 S](#) – juris Rn. 8). Auch hinsichtlich der sozialgerichtlichen Überprüfbarkeit der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung vertritt der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 13.05.2004 eine vom 1. Senat des BSG abweichende Auffassung: Nach Auffassung des 3. Senats des BSG kommt es nach erfolgter tatsächlicher Krankenhausaufnahme lediglich auf die Einschätzung/Prognose des behandelnden Krankenhausarztes an. Nach den Ausführungen des 3. Senats des BSG in seinem Urteil vom 12.05.2005 ([B 3 KR 30/04 R](#) – [SozR 4-5565 § 14 Nr. 9](#) Rn. 8 m.w.N.) ist eine Krankenhausbehandlung stets dann notwendig, wenn sie aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände vertretbar ist, d.h. nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung steht oder medizinische Standards verletzt. In einem weiteren Urteil vom 07.07.2005 ([B 3 KR 40/04 R](#) – [GesR 2005, 558](#), 560 = USK 2005-66) hat der 3. Senat des BSG die Maßgeblichkeit des Einschätzungsspielraumes der Krankenhausärzte betont, wenn keine Gesichtspunkte aufgezeigt werden, die diese Einschätzung als ersichtlich verfehlt oder als Verstoß gegen ärztliche Standards erscheinen lassen (a.a.O., juris Rn. 20). Im Zweifel komme es auf die Prognose der behandelnden Krankenhausärzte an. Diese Rechtsprechung trage der Situation und Entscheidungsverantwortung des behandelnden Krankenhausarztes Rechnung, die dadurch geprägt sei, dass es eine eindeutig objektiv richtige Maßnahme im Bereich ärztlichen Handelns oft nicht gebe und ärztliches Handeln gerade bei der Behandlung schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen auf unterschiedliche, auch wechselnde therapeutische Ansätze angewiesen sei.

Demgegenüber meint der 1. Senat des BSG, begehre ein Versicherter Krankenhausaufnahme habe das Krankenhaus – auch bei Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung – in eigener Verantwortung die medizinischen Voraussetzungen zu überprüfen. Das entspricht seiner Sachkompetenz. Bejahen die Krankenhausärzte die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und nehme das Krankenhaus den versicherten Patienten auf, obwohl diese Voraussetzung nicht erfüllt sei, habe die – in der Regel zwecks Kostenübernahme eingeschaltete, sich auf den MDK stützende – Krankenkasse den Anspruch gegenüber dem Versicherten und dem Krankenhaus (nach näherer Maßgabe des Vertragsrechts gemäß [§ 112 SGB V](#)) unverzüglich abzulehnen. Der Versicherte genieße allerdings jedenfalls bis zu diesem Zeitpunkt Vertrauensschutz. Er sei von der Krankenkasse so zu stellen, als habe er auf Kosten der Krankenkasse stationäre Behandlung erhalten. Das Krankenhaus erlange dagegen keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse. Es habe nicht einen bestehenden Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse erfüllt, sondern bei seiner Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen auf medizinischem Gebiet versagt und müsse daraus die Konsequenzen zu tragen. Von dieser Verantwortung könne sich das Krankenhaus auch nicht zu Lasten des Versicherten freizeichnen, soweit nicht der Versicherte in voller Kenntnis seiner Rechte Behandlung auf eigene Kosten ohne Aussicht auf

Übernahme durch die Krankenkasse wünsche (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006 – [B 1 KR 9/05 R](#) – juris Rn. 13 m.w.N.).

Es kann im hier zu entscheidenden Rechtsstreit dahingestellt bleiben, ob und unter welchen Voraussetzungen der Kläger als Krankenhausträger einen Anspruch auf Vergütung der tatsächlich für den Beigeladenen zu 1 erbrachten Leistungen des Krankenhauses hat, wenn objektiv keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorzulegen hätte. Denn im vorliegenden Fall hat bei dem Beigeladenen zu 1 auch während der hier noch streitigen beiden Behandlungszeiträume objektiv Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorgelegen. Hiervon ist der Senat aufgrund der eingeholten Gutachten und der Stellungnahmen der den Beigeladenen zu 1 im SKH behandelnden Ärzte überzeugt. Es bedarf daher auch keiner Entscheidung zu der Frage, ob die Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) von der Krankenkasse voll inhaltlich überprüft werden kann oder ob insoweit eine Einschätzungsprärogative des den Versicherten im Krankenhaus behandelnden Arztes besteht.

Die Alkoholerkrankung des Beigeladenen zu 1 war in schwerem Maße ausgeprägt (zuletzt sieben bis neun Liter Bier pro Tag), was bereits die im Jahr 1997/98 erfolglos durchgeführten Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen belegen. Entgiftet wurde der Beigeladene zu 1 vom 25.11. bis 02.12.1997 in E und vom 17. bis 23.12.1997 in F ... Vom 23.12.1997 bis 23.04.1998 unterzog sich der Beigeladene zu 1 erfolglos einer stationären Entwöhnungstherapie in der Psychotherapeutischen Klinik Bad L ... (vgl. dazu den Reha-Entlassungsbericht vom 05.05.1998). Der Beigeladene zu 1 wurde rückfällig. Für die Schwere der Erkrankung spricht neben der Dauer der erfolglosen stationären Entwöhnungsbehandlung gerade die Tatsache, dass der alsbald nach der langen stationären Entwöhnungsbehandlung rückfällig gewordene Beigeladene zu 1 die im Juli 1998 erfolgte Krankenhausbehandlung wegen fehlender Motivation vorzeitig abgebrochen hat. Ein wesentlicher Teil der von Alkoholsucht betroffenen Personen verfügt, wie hier der Beigeladene zu 1, trotz erheblicher Leiden nicht über die Krankheitseinsicht und Motivation, die für eine adäquate Behandlung ihrer jeweiligen Gesundheitsstörung erforderlich sind; diese müssen erst in einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung hergestellt werden. Gerade diese erwiesene fehlende Krankheitseinsicht bei schwerer Abhängigkeit spricht maßgeblich dafür, dass auf den Beigeladenen zu 1 im zeitlichen Zusammenhang mit der im Juli 1998 durchgeführten Entgiftung umfassend ganztägig – und damit stationär – einzuwirken musste. Da das SKH den stationären Aufenthalt wegen mangelnder Mitwirkung und Krankheitseinsicht des Beigeladenen zu 1 abbrechen musste, bestand bei der erneuten Entgiftung im Dezember 1998 wiederum die Notwendigkeit umfassend ganztägig – und damit stationär – auf den Beigeladenen zu 1 einzuwirken.

Soweit die Beklagte vorgetragen hat, eine ambulante Behandlung des Beigeladenen zu 1 hätte während der streitgegenständlichen Zeiträume ausgereicht, überzeugt dies den Senat nicht. Die Beklagte hat schon nicht aufgezeigt, welche Behandlungsalternativen konkret zur Verfügung gestanden hätten, um eine umfassende intensive Versorgung des Beigeladenen zu 1 zu gewährleisten. Dazu genügt es nicht, in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Dr. F. ohne konkreten Bezug zum Beigeladenen zu 1 auf inzwischen verbesserte Medikamente oder auf eine womöglich ausreichende teilstationäre, nachstationäre oder ambulante Behandlung hinzuweisen. Besonders deutlich wird dies an der Formulierung von Dr. F., wonach bei entsprechender psychosozialer Anbindung auch eine einfache körperliche Entgiftung ihre Berechtigung habe. Dies mag zwar zutreffen; allerdings gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beigeladene zu 1 während der streitgegenständlichen Zeiträume über eine solche "entsprechende psychosoziale Anbindung" verfügt hat, die trotz der jeweils nach erfolgter Entgiftung mehrfach eingetretenen Rückfälle ausgereicht hätte, den Beigeladenen zu 1 nach erneuter körperlicher Entgiftung zu stabilisieren und für eine erneute Entwöhnungsbehandlung zu motivieren.

Aufgrund der vom SKH erhobenen Suchtanamnese steht für den Senat unter Auswertung des Arztbriefs des SKH vom 30.07.1998 (Chefarzt Dr. med. Dipl.-Psych. H., Oberärztin Dr. N., Stationsärztin R.) für den streitigen Behandlungszeitraum vom 14.07. bis 21.07.1998 fest: Der Beigeladene zu 1 hatte schon nach seiner ersten Scheidung im Jahre 1990 angefangen zu trinken. 1996 heiratete der Beigeladene zu 1 wieder. Aus dieser Beziehung entstammte eine damals (1998) dreijährige Tochter. Zu einem Kontrollverlust kam es im Jahr 1997 mit einem sich anschließenden gescheiterten Entzug im Selbstversuch ohne ärztliche Hilfestellung. Trotz einer ärztlich begleiteten Entgiftung im Spätherbst 1997 erschien er im Dezember 1997, nachdem er zwischenzeitlich einen anderen Mann mit seiner Frau im ehelichen Schlafzimmer angetroffen hatte, dann zur vorgesehenen stationären Entwöhnungsbehandlung volltrunken in Bad L. und musste zuvor erneut entgiftet werden, bevor er überhaupt diese stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchführen konnte, die sich vom 23.12.1997 bis zum 23.04.1998, also über volle vier Monate, erstreckte. Die Ehefrau sah danach zunächst von einer Scheidung ab. Da die den Beigeladenen zu 1 belastenden Eheprobleme fortbestanden – während der stationären Rehabilitationsmaßnahme hatte die Ehefrau mit einem anderen Mann Verkehr und wurde schwanger –, begann er, nunmehr von seiner Ehefrau getrennt lebend, alsbald wieder mit der Folge zu trinken, dass er am 07.07.1998 zur Entgiftung in das SHK aufgenommen werden musste.

Nach physischer und psychischer Stabilisierung wurde der Beigeladene zu 1 in einem suchtspezifischen Behandlungsprogramm mit den körperbezogenen Therapieverfahren Progressive Muskelrelaxation und Kommunikative Bewegungstherapie, der Beschäftigungstherapie auf Station und später der externen Arbeitstherapie, der psychotherapeutisch orientierten Gesprächsgruppe und anderen Behandlungsmaßnahmen integriert. Trotz dieser konzentrierten Einwirkung auf den Beigeladenen zu 1 zeigte dieser so wenig Veränderungsbereitschaft, dass das SHK die Behandlung nach 14 Tagen abbrach und ihn mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit vom Gamma-Typ nach Jellinek in der kritischen Phase – ICD-9: 303; ICD-10: F 10.2 – aus der stationären Behandlung entließ. Es ist für den Senat nicht ersichtlich, warum eine weniger konzentrierte Einwirkung von geringerer zeitlicher Intensität, als dies in einer stationären Einrichtung möglich ist, hier ausreichend gewesen wäre, wenn nicht einmal die stationäre Maßnahme unter dem Eindruck der gerade erst durchgeführten belastenden Entgiftung geeignet war, eine Veränderungshaltung beim Beigeladenen zu 1 herbeizuführen. Dagegen spricht auch nicht die Tatsache, dass der Beigeladene zu 1 schließlich vorzeitig wegen fehlender Motivation entlassen werden musste, da sich eine "ex-post"-Betrachtung verbietet. Vielmehr belegt der Verlauf gerade im Sinne eines Erstrecht-Schlusses die Notwendigkeit einer intensiven Einwirkung auf den Beigeladenen zu 1. Wenn schon eine stationäre Maßnahme nicht ausreichend war, muss dies für eine ambulante Maßnahme erst recht gelten.

Ferner steht für den Senat unter Auswertung des Arztbriefs des SKH vom 22.01.1999 (Chefarzt Dr. med. Dipl.-Psych. H., Oberärztin Dr. N., Assistenzärztin S., Dipl.-Psych. M.) fest, dass der damals arbeitslose Beigeladene zu 1 trotz eines Kontakts zu einer Selbsthilfegruppe bei der erneuten stationären Aufnahme am 10.12.1998 im Aufnahmebefund einen Wert von 2,37 % Ausatemkonzentration aufwies. Die Entgiftung erfolgte bei erheblicher Entzugssymptomatik mit Alkoholabhängigkeit vom Gamma-Delta-Misch-Typ in der kritischen Phase (ICD-9: 303, ICD-10: F10.2), äthyltoxischer Polyneuropathie (ICD-9: 357.5), Steatosis hepatis und Hepatomegalie (ICD-9: 571.0), Nephropathie mit Proteinurie und Hyperurikämie (ICD-9: 274.7). Hinzu kam eine länger dauernde depressive Reaktion (ICD-9: 309.1). Im Rahmen der Entgiftungsbehandlung wurde nach ausreichender psychischer Stabilisierung, wie bereits im Juli 1998, erneut ein

interdisziplinäres sucht-spezifisches Therapieprogramm begonnen und dieses Mal auch bis zum Ende immerhin mit dem Erfolg durchgeführt, dass der Beigeladene zu 1 die Bereitschaft entwickelte, sich mit seiner Alkoholproblematik auseinanderzusetzen. Eine sechs- bis achtwöchige Entwöhnungsbehandlung in einer Suchtklinik wurde vom SKH empfohlen.

Angesichts dieser "Suchtkarriere" des Beigeladenen zu 1 teilt der Senat die Einschätzungen des Sachverständigen Dr. W., Chefarzt und Leitender Arzt im Klinikum M., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, in seinem Gutachten vom 01.05.2005, der dort ausgeführt hat, die Aufnahme des Beigeladenen zu 1 in das SKH sei notwendig gewesen, um dessen erhebliche Alkoholabhängigkeit, verstanden als eine Kombination aus rein körperlich-somatischen, seelisch-geistigen und sozialen Störungen, zu behandeln. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass das Behandlungsziel durch teilstationäre oder ambulante Maßnahmen hätte erreicht werden können. Der Sachverständige hat auch herausgearbeitet, dass die akute Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie keinesfalls nur die etwa acht Tage dauernde Entgiftung, den körperlichen Entzug, umfasse. Zudem hat der Sachverständige in diesem Zusammenhang eindeutig klargestellt, dass die vom SKH in den beiden streitigen Zeiträumen durchgeführte Therapie keine Entwöhnungsbehandlung darstellte. Dabei geht der Senat davon aus, dass es insbesondere an Sylvester 1998 sowie am Neujahrstag 1999 notwendig gewesen ist, den Kläger im SKH zu behandeln. Denn erfahrungsgemäß dürfte es alkoholkranken Menschen gerade an diesen beiden Feiertagen besonders schwer fallen, abstinenz zu bleiben, weshalb nicht ersichtlich ist, weshalb die therapeutische Einwirkung auf den Beigeladenen zu 1 an diesen Tagen überflüssig gewesen sein könnte; zumal davon auszugehen ist, dass an diesen Tagen ambulante Einrichtungen zumindest in der Sylvesternacht geschlossen gewesen sind.

Soweit die Beklagte einwendet, die Qualifizierte Entgiftungsbehandlung sei keine Akutbehandlung, sondern allenfalls Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen einer stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, die allenfalls vom Beigeladenen zu 2 zu übernehmen sei, folgt der Senat für den konkreten Fall dieser Einschätzung nicht. Entgegen der Auffassung des Klägers und der Beklagten ist nicht Gegenstand des Rechtsstreits die abstrakte-generelle Frage, ob allgemein eine Qualifizierte Entgiftungsbehandlung von der Krankenkasse oder von dem zuständigen Rehabilitationsträger zu übernehmen ist. Allerdings steht nach Auffassung des Senats aufgrund der Beweisaufnahme fest, dass die Qualifizierte Entgiftungsbehandlung bei abstrakt-genereller Betrachtung jedenfalls nicht zwingend immer dem Rehabilitationsbereich zuzuordnen ist.

Für den Senat kommt es allein darauf an, ob dieser insoweit unstreitig vom SKH angewendet und vom Sachverständigen Dr. W. bestätigte Therapieansatz wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls hier dem Bereich der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Akutbehandlung zuzuordnen ist, auch wenn gewichtige Umstände dafür sprechen, dass dann, wenn die stationäre Qualifizierte Entgiftungsbehandlung notwendig ist, im Regelfall die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben sein dürfte. Denn die so genannte Regelbehandlung bei Abhängigkeitskranken hat die Behandlungsziele: Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung – im Hinblick darauf, dass ein Abhängigkeitskranker nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nahezu immer einen sehr langen Weg zurücklegen muss, um die Auswirkungen der Abhängigkeit zu beherrschen und ohne Rückfall zu leben. Dies steht in einem engen zeitlichen und therapeutischen Kontext zur Entgiftung als Ausdruck der akuten krisenhaften Zuspitzung einer Suchtkrankheit. Den Senat überzeugend weist Dr. W. in diesem Zusammenhang darauf hin, dass neben der initialen Motivationsarbeit im Hinblick auf spätere langfristig angelegte Therapien es im Rahmen der dafür geeigneten stationären Behandlung auch darum geht, psychiatrische Komorbiditäten zu erkennen, um die Abhängigkeitserkrankung nicht nur symptomatisch, sondern kausal behandeln zu können. Hierauf weist auch Dr. H., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am SKH, in seiner Stellungnahme vom 03.04.2002 hin, was besonders auf die zweite Entzugsbehandlung zutraf, als der Beigeladene zu 1 unter einer länger dauernden depressiven Reaktion gelitten hat.

War demnach eine stationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 während der streitgegenständlichen Zeiträume erforderlich, kommt zwar als weiterer Leistungsträger der Beigeladene zu 2 grundsätzlich und losgelöst von der Behandlung im SKH in Betracht. Entgegen der Auffassung der Beklagten handelte es im konkreten Falle des Beigeladenen zu 1 jedoch bei der stationär erbrachten Qualifizierten Entgiftungsbehandlung um eine Krankenhausbehandlung. Daher kamen Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger gemäß [§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#) nicht in Betracht (vgl. BSG, Urteil vom 06.05.1998 – [B 13 RJ 69/97 R – SozR 3-1500 § 144 Nr. 14](#)).

Dagegen spricht auch nicht die – im hier streitgegenständlichen Zeitraum noch geltende – SuchtVb. Nach § 3 SuchtVb sollen ausschließlich die Krankenkassen Kostenträger für die Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlung sein, während die Rentenversicherungsträger gemäß § 4 SuchtVb die Kosten für die anschließende Entwöhnungsbehandlung übernehmen sollen. Hierbei lässt der erkennende Senat offen, ob und gegebenenfalls inwieweit Ansprüche der Leistungserbringer gegen Krankenkassen dadurch verbindlich konkretisiert werden können. Die Klägerin hat jedenfalls beim Beigeladenen zu 1 überhaupt keine, auch keine – wegen der Kürze des stationären Aufenthaltes – atypische Entwöhnungsbehandlung durchgeführt.

Die Beklagte hat lediglich allgemein unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen und Gutachten des MDK darauf hingewiesen, dass ihrer Ansicht nach eine Rehabilitationsmaßnahme für den Beigeladenen zu 1 angezeigt gewesen sei. Eine Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung lässt sich indes nicht begründen. Dem Gutachten von Dr. W. ist zu entnehmen, dass es sachgerecht gewesen ist, den Beigeladenen zu 1 aufgrund des komplexen Krankheitsbildes der psychiatrischen Regelbehandlung in einem Krankenhaus zu unterziehen. Die bloße Entgiftung, die nach Ansicht des vom SG beauftragten Gutachters Dr. F. ebenfalls ihre Berechtigung habe, hätte nach der – den Senat wie bereits oben ausgeführt überzeugenden – Ansicht von Dr. W. nicht ausgereicht, um den als seinerzeit anzustrebenden Behandlungserfolg zu erzielen, der neben der Entgiftung der Stabilisierung des Beigeladenen zu 1 und dem Aufbau seiner Motivation für eine an die psychiatrische Regelbehandlung anschließende Entwöhnungsbehandlung dienen sollte. Eine sofortige mehrwöchige stationäre Intervention war jeweils notwendig, um überhaupt die Grundlagen für eine erneute, mit Aussicht auf Erfolg durchzuführende Entwöhnungsbehandlung zu schaffen.

Dass dieses Ziel der Regelbehandlung von Abhängigkeitskranken auch normativ der Krankenhausbehandlung, wenn nicht zugeordnet muss, so doch in geeigneten Fällen zugeordnet werden kann, folgt schon aus § 5 Abs. 1 PsychPV. Insoweit wird nochmals auf die Ausführungen des BSG vom 16.02.2005 ([B 1 KR 18/03 R – BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4](#) Rn. 23) zum normativen Gehalt der PsychPV verwiesen. Hinzu kommt der enge zeitliche Zusammenhang zwischen der Entgiftung und des sich dabei kurzzeitig öffnenden zeitlichen

Fensters, der es erlaubt, auf Abhängigkeitskranke unter der Einwirkung der Entgiftung nachhaltiger und mit größerem Erfolg bei notwendiger nachfolgender Entwöhnungsbehandlung einzuwirken, als dies im Rahmen einer insoweit isolierten späteren Entwöhnungsbehandlung möglich ist. Es kommt mithin nicht allein auf die eingesetzten therapeutischen Mittel als solche an, sondern auch und gerade darauf, dass sich der Abhängigkeitskranke in einem akuten Stadium seiner Erkrankung befindet, das für eine Intervention besonders empfänglich ist und – bei entsprechender Schwere der Abhängigkeitserkrankung wie hier – aufgrund der sich daraus ergebenden Einheit von Zeit, Ort und ineinander übergehender somatischer und psychiatrischer Entgiftungsbehandlung nur im Krankenhaus erbracht werden kann. Rein begriffliche Erwägungen zur Abgrenzung von Entgiftung und Entwöhnung führen hier nicht weiter und folgen dem – unter Berücksichtigung der gutachtlichen Stellungnahmen – überholten Denkmuster, dass bei Abhängigkeitserkrankungen die sprechende Medizin nebst den sie unterstützenden Hilfspersonen aus dem Heilmittelbereich grundsätzlich nur als Rehabilitation zu begreifen sei. Schon Dr. L. (MDK) hat in einer von der Beklagten vorgelegten grundsätzlichen, nicht mit dem vorliegenden Rechtsstreit in Zusammenhang stehenden gutachtlichen Stellungnahme vom 04.12.1997 ausgeführt, dass viele Alkoholranke unmittelbar nach dem Abklingen der akuten Entzugssymptomatik unter dem Eindruck überwältigender Empfindungen und Gefühle besonders intensiv für eine Motivationsbehandlung zugänglich seien. Werde dieser Zeitpunkt verpasst und trete eine allgemeine Erholung ein, sinke massiv das Interesse an der Motivationsarbeit und der Abstinenz. Die Motivationsarbeit beginne bereits am zweiten oder dritten Tag der Entzugsbehandlung, wenn der Alkoholranke wieder ansprechbar sei. Sie verlaufe dann zunächst parallel zur Entzugserkrankung, danach isoliert oder parallel zur Behandlung von Folgekrankheiten des Alkohols. Sodann führt er wörtlich aus:

"Die qualifizierte motivierende Entzugsbehandlung kann als erfolgreiche Standardtherapie zur Behandlung Abhängigkeitskranker gesehen werden. Dabei sind die Entzugsbehandlung und die parallel verlaufende Motivationstherapie untrennbar ineinander verzahnt. Während die Intensität der Entzugsbehandlung abnimmt, nimmt der Umfang der Motivationstherapie zu, schließlich mit einem Überwiegen der rehabilitativen Anteile. Die gewährte Befristung für die somatische Entzugsbehandlung kann als Schnittpunkt gedeutet werden, der willkürlich festgelegt wurde. Es handelt sich weniger um eine medizinische, mehr um eine organisatorische Zuordnung".

Wenig überzeugend ist dann, aber aus seiner Funktion heraus nachvollziehbar, dass Dr. L. in dieser Stellungnahme gleichwohl nur die ersten sieben Tage der Entzugsbehandlung dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse zuweist, wenn nach dem körperlichen Entzug "nur noch" die Abhängigkeitserkrankung fortbesteht.

Den Senat dagegen überzeugend führt Dr. H., der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am SKH, in seinem Schreiben vom 15.03.2000 dazu aus:

"Moderne stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auch bei Suchtkranken ist stets mehrdimensional angelegt und berücksichtigt entsprechend dem heutigen wissenschaftlichen Verständnis von der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens biologische, psychologische und soziale Aspekte. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist deshalb stets mehrdimensionale Behandlung, die mit dem Begriff "Entgiftung" allein nicht angemessen beschrieben wird. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zeichnet sich nicht nur durch ihre mehrdimensionale Zielrichtung aus, sondern auch durch ihre Multiprofessionalität. Entsprechend den Maßgaben der PsychPV sind bei der Behandlung Suchtkranker Ärzte, Diplom-Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Bewegungstherapeuten und Ergotherapeuten beteiligt."

Dieser Ansatz ist von den Sachverständigen Dr. F. und Dr. W. aus medizinischer Sicht vollumfänglich bestätigt worden. Das Gutachten von Dr. F., das – anders als Dr. W. in seinem Gutachten – im Ergebnis die Annahme einer Krankenhausbehandlung verneint, ist aber insoweit nicht überzeugend, weil Dr. F. einerseits ausführt, die vom SKH im Falle des Beigeladenen zu 1 angewandte Therapie entspreche der heutigen Vorstellung und Vorgehensweise einer suchtmmedizinischen "Entgiftungsbehandlung" (!) in Psychiatrie und Psychotherapie, um dann – außerhalb seines Fachgebietes und damit in Überschreitung seiner fachlichen Kompetenz – aufgrund nicht näher dargelegter rechtlicher Erwägungen zu dem Ergebnis zu kommen, die qualifizierte Entgiftungsbehandlung werde nicht von [§ 39 SGB V](#) erfasst (ergänzende Stellungnahme vom 15.09.2001).

Die Durchführung der Behandlung des Beigeladenen zu 1 im SKH lässt nicht erkennen, dass sie nicht fachgerecht erfolgt ist. Darüber hinaus hat die Beklagte zwar zutreffend darauf hingewiesen, dass das Krankenhaus verpflichtet ist, eine aussagefähige Dokumentation über die Krankenhausbehandlung zu führen (BSG, Urteil vom 17.05.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#) – a.a.O.). In diesem Fall spricht jedoch nichts dafür, dass die über den Beigeladenen zu 1 geführten Krankenakten lückenhaft sein könnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Umkehr der Beweislast – dem Arzthaftungsrecht vergleichbar – allenfalls dann erfolgt, wenn der Kläger durch sein Verhalten die Sachaufklärung der entscheidungserheblichen Fragen vereitelt hätte. Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Die Frage nach der Art der durchgeführten Behandlung lässt sich anhand der vorliegenden Dokumentation unschwer nachvollziehen. Ferner wird auf die Schreiben des SKH vom 26.05.2003 und vom 21.11.2005, und insbesondere dort auf deren Anlagen verwiesen.

Die Notwendigkeit der zweimaligen akutmedizinischen stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Einwirkung auf den Beigeladenen zu 1 sieht der Senat aufgrund der oben schon mitgeteilten Erwägungen unter Berücksichtigung der engen Verzahnung von körperlicher und psychiatrisch-psychotherapeutischer Entgiftungsbehandlung sowie der Schwere der Alkoholerkrankung des Beigeladenen zu 1 hier als gegeben an.

Die Nichtzulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die im Vorlagebeschluss des 1. Senats des BSG vom 07.11.2006 (Az.: [B 1 KR 32/04 R](#)) dem Großen Senat des BSG unterbreiteten Fragen (siehe oben) wirken sich auf diesen Rechtsstreit nicht aus. Denn der erkennende Senat hat – wie dargestellt – die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung voll überprüft und ist anhand der beigezogenen Krankenunterlagen sowie des überzeugenden Gutachtens von Dr. W. zu der Auffassung gelangt, dass eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung des Beigeladenen zu 1 einschließlich häuslicher Krankenpflege nicht ausgereicht hätte, um dessen schwere Alkoholerkrankung in den streitgegenständlichen Zeiträumen zu therapieren. Da der erkennende Senat nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG zur Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hier erst recht zu dem Ergebnis kommen musste, dass den den Beigeladenen zu 1 im SKH aufnehmenden und behandelnden Ärzten kein Einschätzungsfehler bei der Annahme der – im Sinne der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG objektiv bestehenden – Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, unterlaufen ist, besteht auch diesbezüglich keine Divergenz (vgl. BSG, Beschluss

vom 03.08.2006 – [B 3 KR 1/06 S](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des Sechsten SGG-Änderungsgesetzes vom 17.08.2001 ([BGBl. I, Seite 2144](#)) am 02.01.2002 maßgeblichen Fassung, die in allen Streitigkeiten, die vor dem 02.01.2002 rechtshängig geworden sind, fortgilt (Art. 17 Abs. 1 des Sechsten SGG-Änderungsgesetzes, vgl. BSG, Urteil vom 30.01.2002 – [B 6 KA 12/01 R](#)). In diesem Zusammenhang räumt der Senat ein, dass der Tenor zu II dahingehend hätte lauten müssen, dass die Beklagte die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch für das Berufungsverfahren zu erstatten habe. [§ 193 Abs. 4 SGG](#) in der – hier anzuwendenden – Fassung des Art. 15 Nr. 2 des Gesetzes vom 21.12.1992 ([BGBl. I, 2266](#)) mit Wirkung vom 01.01.1993 sah zwar in seinem Satz 1 vor, dass die Aufwendungen der Behörden, der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts nicht erstattungsfähig seien. Dies galt jedoch nicht für als Kläger oder Beklagte Beteiligte in den – hier einschlägig – in § 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte genannten Verfahren, soweit es sich um Streitigkeiten nach dem SGB V handelte. Eine nachträgliche Korrektur der Kostenentscheidung ist dem Senat jedoch verwehrt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2007-09-24