

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 4/91

.....,

vertreten durch,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Hamburg 1, Steindamm 98 - 106,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. Februar 1992 durch den Präsidenten Prof. Dr. R e i t e r, die Richter Dr. W o l f f und den Richter K u m m e r sowie die ehrenamtliche Richterin B l ä t t e l und den ehrenamtlichen Richter B a r t s c h für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 29. November 1990 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, die Kosten der Behandlung des Klägers im Landeskrankenhaus Bedburg-Hau über den 30. April 1985 für alle noch nicht anerkannten Zeiten zu übernehmen.

Der 1935 geborene Kläger befindet sich seit dem 1. August 1984 in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau. Er leidet an einem apallischen bzw chronisch-vegetativen Syndrom, das durch eine schwere, in ihren Auswirkungen einem Koma vergleichbare Bewußtseinsstörung mit dem vollständigen Verlust kognitiver Fähigkeiten bei Erhalt der wesentlichen Vitalfunktionen gekennzeichnet ist. Die Beklagte teilte dem Vater des Klägers am 17. September 1984 schriftlich mit, daß sie nicht bereit sei, Kosten über den 21. September 1984 hinaus zu übernehmen, da ab diesem Zeitpunkt die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung verneint werden müsse. Der hiergegen erhobene Widerspruch wurde durch Bescheid vom 3. Dezember 1984 zurückgewiesen.

Die vom Kläger - vertreten durch seinen am 4. Dezember 1984 bestellten Pfleger - erhobene Klage hatte in den Vorinstanzen keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts <SG> Duisburg vom 2. November 1988 und Urteil des Landessozialgerichts <LSG> für das Land Nordrhein-Westfalen vom 29. November 1990). In den Entscheidungsgründen des Berufungsgerichts wird ua ausgeführt: Soweit der geltend gemachte Anspruch auf Krankenhausbehandlung nicht bereits durch den am 6. September 1990 geschlossenen Teilvergleich anerkannt sei, bestehe keine Verpflichtung, daß die Beklagte dem Kläger Krankenhausbehandlung gewähre. Denn sowohl nach der bis zum 31. Dezember 1988 anzuwendenden Vorschrift des § 184 der Reichsversicherungsordnung (RVO) als auch nach der seit dem 1. Januar 1989 geltenden Vorschrift des 5. Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) hänge der Anspruch auf Krankenhausbehandlung davon ab, daß gerade die besonderen Mittel des Krankenhauses benötigt würden, um die Krankheit zu heilen, zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Diese Voraussetzung sei für die noch streitbefangenen Zeiten der Unterbringung des Klägers in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau nicht erfüllt. Denn nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe zur Überzeugung des Gerichts fest, daß der im Hinblick auf das Grundleiden (Hirnschaden) stabile Gesundheitszustand des Klägers - vorbehaltlich einer zukünftigen wesentlichen Änderung und/oder des Hinzutretens von Sekundärkomplikationen - eine medizinische Behandlung nur in einem auch ambulant durchzuführenden Umfang erfordere. Der Kläger sei seit Mai 1985 außerhalb der vom Vergleich erfaßten Zeitabschnitte nur insoweit behandlungsbedürftig, als es gelte, eine Verschlimmerung infolge des Auftretens von Sekundärkomplikationen zu verhüten. Der festgestellte Hirnschaden könne nach menschlichem Ermessen nicht



mehr geheilt oder gebessert werden. Genausowenig sei eine Verschlimmerung dieses Krankheitsgeschehens in der Vergangenheit zu erwarten gewesen. Die ärztliche und pflegerische Betreuung werde dadurch bestimmt, daß ansonsten zu erwartende Begleiterscheinungen wie etwa Infektionen des Magen-Darm-Traktes des harnableitenden Systems und der Atemwege sowie Gelenkkontrakturen und Druckgeschwüre therapeutisch und in der Prophylaxe zu beeinflussen seien. Die insoweit notwendigen Maßnahmen könnten nicht nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses, sondern auch ambulant erbracht werden. Denn regelmäßig sei die Hinzuziehung eines Arztes nur zur Überwachung des Wechsels der Trachealkanüle und der Magensonde, im übrigen zur Vorgabe und Kontrolle der Dauermedikation erforderlich. Da sämtliche anderen Maßnahmen (Wechsel des Urinals, Umlagerung, Säuberung der Trachealinnenkanüle und Absaugen der Atemwege) einschließlich der Grundpflege im übrigen von den Pflegekräften in eigener Verantwortung durchgeführt würden, sei eine engmaschige ärztliche Kontrolle nicht erforderlich, sondern die Notwendigkeit von Arztbesuchen auf zwei bis höchstens drei in der Woche beschränkt. Außerdem werde die Hinzuziehung eines Arztes - nach einem entsprechenden Hinweis des Pflegepersonals - alle ein bis zwei Wochen notwendig. Einer ärztlichen Bereitschaft im Sinne einer ständigen Präsenz bedürfe es aber nicht. Plötzlich auftretende lebensbedrohliche Situationen - etwa infolge Verstopfens der Atemwege durch Erbrechen oder eine akute Verschleimung - seien zwar nicht völlig auszuschließen. Der Umstand, daß es beim Kläger nur einmal zu einem solchen Zwischenfall gekommen sei, der nach sofort veranlaßter ärztlicher Kontrolle durch die Gabe eines Zäpfchens und der Einleitung einer antibiotischen Grundbehandlung habe beherrscht werden können, mache deutlich, daß der jederzeit rufbereite Arzt, der zu den sog besonderen Mitteln des Krankenhauses gehöre, nicht im Rahmen der laufenden Behandlung benötigt werde.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision rügt der Kläger eine Verletzung der §§ 184 RVO, 39 SGB V und 103 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Aus den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils lasse sich nicht entnehmen, weshalb die erforderliche ärztliche Behandlung nur ambulant zu erfolgen habe. Das LSG habe zu Unrecht eine ärztliche Bereitschaft im Sinne einer ständigen Präsenz für nicht erforderlich gehalten. Die Notwendigkeit hierzu hätte sich dem Gericht geradezu aufdrängen müssen, weil es die Möglichkeit einer plötzlich auftretenden lebensbedrohlichen Situation nicht ausschließe. Das Berufungsgericht habe offensichtlich verkannt, daß zwar der jederzeit rufbereite Arzt, der zu den sog besonderen Mitteln des Krankenhauses gehöre, dann nicht erforderlich sei, wenn die sofortige Zuziehung eines Arztes nur ausnahmsweise in einem Notfall erforderlich werde. Damit seien allerdings nur die Fälle gemeint, die außerhalb jeder vernünftigen Erwartung zu einem Notfall führten. So lägen die Verhältnisse hier aber nicht. Wegen der besonderen Pflegebedürftigkeit und der völligen Hilflosigkeit könne es jederzeit zu einer lebensbedrohenden Verstopfung der Atemwege durch Erbrechen oder zu einer akuten Verschleimung der Atemwege kommen. Pflegeheime oder



Pflegestationen seien nicht in der Lage, den erforderlichen Betreuungsaufwand in vollem Umfang zu leisten.

Im übrigen habe das Berufungsgericht den Sachverhalt nicht ausreichend aufgeklärt. So hätte es - wie beantragt - von Prof. Dr. G. gemäß § 109 SGG ein Gutachten einholen müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 2. November 1988 und das Urteil des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 29. November 1990 sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. September 1984 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 1984 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger unter Berücksichtigung des Teilvergleichs vom 6. September 1990 die Kosten der Behandlung im Landeskrankenhaus Bedburg-Hau über den 30. April 1985 hinaus für alle noch nicht von der Beklagten anerkannten Zeiten zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

Die Revision ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, daß die beklagte Krankenkasse die Kosten für seine Behandlung in den noch streitigen Zeiten übernimmt.

1. Der Senat ist nicht dadurch an einer Entscheidung in der Sache gehindert, daß die Vorinstanz den Träger des Landeskrankenhauses Bedburg-Hau nicht zum Verfahren beigelegt hat. Zwar ist in dem Urteil des 8. Senats des BSG vom 19. März 1986 (BSG SozR 1500 § 75 Nr 59) angenommen worden, der Krankenhausträger müsse notwendig beigelegt (§ 75 Abs 2 SGG) werden, wenn zwischen einer Krankenkasse und einem Patienten, der in einem Krankenhaus gepflegt und behandelt werde, streitig sei, ob dieser einen Krankenhauspflegeanspruch habe. Diese Rechtsprechung hat der später allein zuständige 3. Senat des BSG aber wieder aufgegeben (BSG SozR 1500 § 75 Nr 71).

2. Der geltend gemachte Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet sich für die Zeit bis zum 31. Dezember 1988 nach § 184 Abs 1 Satz 1 RVO in der ab 1. Januar 1974 gültig gewesenen Fassung des § 1 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz <KLVG>) vom 19. Dezember 1973 (BGBl I, 1925). Danach wurde Krankenhauspflege zeitlich unbegrenzt



gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich war, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Mit dem Anspruch auf Krankenhausbehandlung hat sich die Rechtsprechung in der Vergangenheit in zahlreichen Entscheidungen befassen müssen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat dabei neben den seit 1974 im Gesetz genannten Voraussetzungen den Anspruch auch dann bejaht, wenn - bei nicht mehr besserungsfähigem Leiden - die Krankenhausbehandlung allein dazu erforderlich ist, die Beschwerden zu lindern (BSGE 26, 288, 289), das Leben für eine begrenzte Zeit zu verlängern (BSGE 28, 199, 201 = SozR Nr 22 zu § 1531 RVO; BSGE 47, 83, 85; BSG SozR 2200 § 184 Nr 11) oder eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes zu verhüten (BSG SozR 2200 § 184 Nr 11). Ferner hat das BSG hervorgehoben, daß sich die Pflicht der Krankenkassen, die Kosten einer Krankenhausbehandlung zu tragen, auf die Fälle beschränke, in denen die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden könne (BSGE 49, 216, 217 = SozR 2200 § 184 Nr 15; BSGE 59, 116, 117 = SozR 2200 § 184 Nr 27; BSG SozR 2200 § 184 Nr 11). Soweit die ambulante ärztliche Versorgung ausreiche, sei der Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu verneinen (vgl dazu BSGE 49, 216, 217 = SozR 2200 § 184 Nr 15; BSGE 59, 116, 117 = SozR 2200 § 184 Nr 27).

Nach den von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätzen kann der Kläger aufgrund der Regelung des § 184 RVO für die hier strittigen Zeiten bis zum 31. Dezember 1988 nicht die Übernahme der durch seine Behandlung in dem Landeskrankenhaus Bedburg-Hau entstandenen Kosten verlangen. Denn es lag nach den Tatsachenfeststellungen des LSG in den strittigen Zeiten keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vor.

Entgegen der Auffassung des Klägers darf der Senat den vom Berufungsgericht ermittelten Sachverhalt seiner Entscheidung zugrunde legen. Zwar rügt die Revision eine Verletzung des § 103 SGG und vertritt die Ansicht, das LSG hätte den Sachverhalt durch Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. G. weiter aufklären müssen. Diese Rüge ist indessen - weil es an einer hinreichenden Substantiierung fehlt - nicht zulässig. Bei der Rüge von Verfahrensmängeln im Rahmen einer zugelassenen Revision müssen gemäß § 164 Abs 2 Satz 3 SGG die Tatsachen bezeichnet werden, die den Mangel ergeben (vgl dazu BSG SozR 1500 § 164 Nr 3; Peters/ Sautter/ Wolff § 164 RdNr 176). Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt. In der Revisionsbegründung hat der Kläger lediglich vorgetragen, daß ein von ihm gestellter Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens gemäß § 109 SGG zu Unrecht abgelehnt worden sei und daß er vor dem LSG besondere Umstände im einzelnen dargelegt habe, die zur Anhörung des benannten Arztes geeignet gewesen seien. Der Kläger geht aber in der Revisionschrift weder darauf ein, daß auf seinen Antrag im vorliegenden Verfahren bereits ein Gutachten nach § 109 SGG eingeholt worden war und ob die besonderen



Voraussetzungen für die Einholung eines weiteren Gutachtens nach § 109 SGG vorgelegen haben (vgl. dazu BSG SozR 1500 § 109 Nr 1), noch setzt er sich damit auseinander, daß das Berufungsgericht die Einholung des Gutachtens durch Beschluß vom 29. Juni 1990 mit der Begründung abgelehnt hat, es handele sich bei dem benannten Sachverständigen um einen im Ausland lebenden Ausländer. Außerdem fehlen in der Revisionsbegründung Ausführungen dazu, weshalb sich das LSG aufgrund seiner Rechtsauffassung gedrängt fühlen mußte, den Sachverhalt weiter aufzuklären, nachdem das SG und das LSG zusammen drei medizinische Gutachten eingeholt hatten.

Aus den somit gemäß § 163 SGG für den Senat bindenden Tatsachenfeststellungen des Berufungsgerichts ergibt sich im einzelnen: Das Grundleiden des Klägers, das appalische bzw. chronisch-vegetative Syndrom, ist durch die derzeit verfügbaren medizinischen Mittel nicht zu beeinflussen. Ziel der Behandlung kann deshalb nur sein, eine Leidensverschlimmerung zu verhüten, insbesondere das Eintreten von Sekundärkomplikationen zu verhindern. Derartige Komplikationen könnten beispielsweise darin bestehen, daß die Trachealkanüle etwa infolge Verschleimung oder Erbrechen verstopft, es zu Gelenkkontrakturen und Druckgeschwüren kommt oder Infektionen des Magen-Darm-Traktes bzw. des harnableitenden Systems auftreten. Um dies zu vermeiden, bedarf es einer sachgerechten Pflege und einer regelmäßigen Kontrolle durch einen Arzt. Nur gut geschultes und sorgfältig arbeitendes Pflegepersonal vermag die bei der Pflege des Klägers anfallenden schwierigen Aufgaben zufriedenstellend zu bewältigen.

Der Senat verkennt nicht, daß der Eintritt einer der genannten Sekundärkomplikationen das Leben des Klägers ernstlich bedrohen kann und daß nach den Feststellungen des LSG die Möglichkeit des Eintritts einer Sekundärkomplikation nicht auszuschließen ist. Das LSG hat indessen auch festgestellt, daß sich bisher erst einmal ein solcher Zwischenfall ereignet hat. Dieser konnte nach sofort veranlaßter ärztlicher Kontrolle durch die Gabe eines Zäpfchens und einer antibiotischen Grundbehandlung beherrscht werden. Daraus läßt sich aber mit dem Berufungsgericht schließen: Es ist nicht erforderlich, daß der Kläger sich ständig im Krankenhaus aufhält, um eine plötzlich eintretende Komplikation mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses, zu denen der jederzeit rufbereite Arzt gehört (BSGE 47, 83, 85 = SozR 2200 § 216 Nr 2; vgl. auch BSG SozR Nr 30 zu § 184 RVO), sofort beheben zu können. Auch bei anderen schweren Erkrankungen, zB bei einem Herzleiden, besteht die Möglichkeit, daß plötzlich eine lebensbedrohende Situation eintritt. Diese Gefahr rechtfertigt es jedenfalls dann nicht, der Krankenkasse die hohen Kosten einer ständigen Krankenhausbehandlung aufzubürden, wenn bei sorgfältiger, ärztlich regelmäßig kontrollierter Pflege - wie im vorliegenden Falle - mit gravierenden Komplikationen nur ausnahmsweise, dh in größeren Zeitabständen, zu rechnen ist. Die Notwendigkeit, gelegentlich einen Notfallarzt in Anspruch nehmen zu müssen, oder die Tatsache, daß gelegentlich eine kurzfristige Krankenhauseinweisung



notwendig wird, reicht - wie das BSG bereits entschieden hat (vgl BSGE 59, 116, 118 = SozR 2200 § 184 Nr 27) - nicht aus, auf Dauer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit annehmen zu können.

Daß bei dem Kläger eine ständige Bewußtseinsstörung vorliegt und er deshalb völlig hilflos ist, gibt - entgegen der Auffassung der Revision - keinen Anlaß, insoweit eine Ausnahme zu machen.

Es ist Sache des Pflegepersonals, auf mögliche Veränderungen im Befinden des Patienten zu achten und - wenn irgend möglich - rechtzeitig einen Notfallarzt herbeizurufen. Auch in einem Krankenhaus sind hilflose Personen auf die besondere Aufmerksamkeit des Pflegepersonals angewiesen. Sie ist das Entscheidende, nicht aber, ob sich der Patient in einem Haus mit rufbereitem Arzt befindet oder ob ein Notfallarzt herbeigerufen werden muß. Allerdings wird nicht jedes Pflegeheim über ein so geschultes Pflegepersonal verfügen, daß es die besonders schwierige Pflege des Klägers bewältigen könnte. Es mag sogar sein, daß hierzu nur wenige Pflegestationen in der Lage sind oder in der hier streitigen Zeit in der Lage waren. Aber auch das vermag den geltend gemachten Anspruch nicht zu begründen. Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit beurteilt sich nur nach den aufgezeigten medizinischen Gesichtspunkten, nicht aber nach dem Fehlen im Einzelfalle notwendiger Pflegeplätze (vgl dazu BSGE 47, 83, 86 = SozR 2200 § 216 Nr 2; 49, 216, 217 f = SozR 2200 § 184 Nr 15).

3. Auch soweit es um den Anspruch auf Krankenhausbehandlung für die Zeit ab 1. Januar 1989 geht, kann die Revision keinen Erfolg haben. Von diesem Zeitpunkt an richtet sich der Anspruch nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V. Versicherte haben danach Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Mögliche Behandlungsziele sind - wie sich aus § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V ergibt -: Eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Inhaltlich entspricht die Regelung dem Recht, das bis zum 31. Dezember 1988 gegolten hat. Gegenüber der Fassung des § 184 Abs 1 RVO verdeutlicht § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V jedoch den Vorrang der preisgünstigeren ambulanten Behandlung auch durch den Hinweis auf die häusliche Krankenpflege (BT-Drucks 11/2237, S 177 zu § 38 Abs 1 des Entwurfs - später § 39 Abs 1 -). Daß sich der Anspruch auf Behandlung in einem Krankenhaus - soweit es um die medizinischen Voraussetzungen geht - geändert hätte, wird auch in der Kommentarliteratur zu Recht nicht angenommen, sondern ohne Einschränkung auf die bisherige Rechtsprechung des BSG zu § 184 RVO verwiesen (vgl dazu Höfler in Kasseler Komm, § 39 SGB V RdNr 15 ff; Zipperer in Maaßen/ Schermer/ Wiegand/ Zipperer, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Komm, § 39 RdNr 3 ff; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, SGB V, Komm, § 39 SGB V RdNr 6 ff). Sind die Voraussetzungen des Krankenhausbehandlungsanspruchs aber die gleichen wie im



alten Recht, so kann der Kläger auch nach § 39 SGB V nicht die Übernahme der durch seine Behandlung in dem Landeskrankenhaus Bedburg-Hau in der Zeit ab 1. Januar 1989 entstandenen Kosten verlangen. Denn in seinem Zustand hat sich seit Inkrafttreten des SGB V nach den Tatsachenfeststellungen des LSG nichts geändert.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)