

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 8/93

Bezirk Schwaben - Sozialhilfeverwaltung -,
vertreten durch den Bezirkstagspräsidenten,
Augsburg, Hafnerberg 10,

Kläger und Revisionskläger,

g e g e n

Allgemeine Ortskrankenkasse Freising,
Freising, Wippenhauser Straße 6,

vertreten durch den AOK-Bundesverband,
Bonn, Kortrijker Straße 1,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 3. März 1994 durch die Richterin Dr. W o l f als Vorsitzende,
den Richter K u m m e r und die Richterin T ü t t e n b e r g sowie den ehrenamtlichen Richter D e k a r s k i und die ehrenamtliche Richterin G e p p e r t für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. Februar 1993 wird zurückgewiesen.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um die Kosten einer stationären Nachsorgemaßnahme für Drogenabhängige, der sich die (1986 verstorbene) Versicherte in der Zeit vom 1. August 1983 bis zum 2. April 1984 unterzogen hat.

Die damals bei der Beklagten Versicherte befand sich vom 19. bis 24. Mai 1982 zur Entgiftung im Bezirkskrankenhaus H. und vom 24. Mai 1982 bis zum 21. Juli 1983 zur Drogenentwöhnungsbehandlung in dem vom Verein "Con-Drobs" getragenen Langzeitzentrum für Drogenabhängige "Schloß Pichl". Die Kosten für diese Maßnahme wurden von der Beklagten getragen.

In der dritten Therapiephase, die in der Zeit vom 1. August 1983 bis zum 2. April 1984 in dem ebenfalls von dem Verein "Con-Drobs" getragenen Nachsorgehaus "Die Brücke" erfolgte, wurde das Ziel verfolgt, in einer aus etwa acht Patienten bestehenden Wohngemeinschaft unter Betreuung durch zwei Sozialpädagogen konkrete Schritte zur beruflichen und sozialen Reintegration zu unternehmen. Die Patienten lebten im wesentlichen eigenverantwortlich zusammen. Die Betreuung durch die Sozialpädagogen erfolgte im Schichtdienst werktags von 8.00 bis 22.00 Uhr; eine Betreuung durch Ärzte in Form einer Kontrolle oder Mitgestaltung des Zusammenlebens in der Wohngemeinschaft fand nicht statt. Nur die wöchentlichen Teambesprechungen zwischen den Mitarbeitern von "Schloß Pichl" und "Die Brücke" wurden von einem Arzt geleitet. Die ärztliche Versorgung der Wohngemeinschaft wurde im wesentlichen von niedergelassenen Ärzten übernommen.

Die vom Trägerverein zunächst beantragte Übernahme der Kosten der Nachsorgemaßnahme wurde vom Kläger unter Hinweis auf die Leistungspflicht der Beklagten abgelehnt. Der am 16. Mai 1984 vom Trägerverein bei der Beklagten gestellte Antrag wurde von dieser mit dem an die Versicherte gerichteten Bescheid vom 7. Juni 1984 abgelehnt. Der Kläger erhielt hiervon einen Abdruck. Ein Rechtsbehelf wurde nicht eingelegt. Der Kläger übernahm daraufhin zunächst die Kosten und machte mit Schreiben vom 27. Oktober 1984 bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch iHv 26.007,80 DM - erfolglos - geltend. Die daraufhin erhobene Leistungsklage, mit der der Kläger seinen Erstattungsanspruch auf 25.199,80 DM reduzierte, hatte keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts <SG> Augsburg vom 15. Juli 1988).

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen und ausgeführt, daß zwar der Anspruch aus § 104 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) nicht an dem bestandskräftigen Bescheid gegenüber der Ver-



sicherten scheitere, daß jedoch die Voraussetzungen der Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nach § 184a der Reichsversicherungsordnung (RVO) aF nicht vorlägen. Es fehle an der generell für das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung charakteristischen ärztlichen Betreuung und Überwachung der in der Einrichtung lebenden Rehabilitanden (Hinweis auf BSG SozR 3-2200 § 184a Nr 1). Dies widerspreche nicht der Rechtsprechung zur Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger bei vergleichbaren Maßnahmen, weil die Rehabilitationsleistungen beider Versicherungszweige unterschiedlichen Zwecksetzungen dienten. Das erscheine zwar im Hinblick auf das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) problematisch, sei jedoch aufgrund der unterschiedlichen Zwecksetzung der Rehabilitation in diesen Zweigen hinzunehmen.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 184a RVO aF und der §§ 1 Abs 1 sowie 5 Abs 6 Satz 1 Nr 2 RehaAnglG. Das RehaAnglG gebe den Rehabilitationsträgern auf, im Rahmen der vorgegebenen Regelungen darauf hinzuwirken, daß die Leistungen zur Rehabilitation dem Umfang nach einheitlich zu gewähren seien. Es sei daher unzulässig, medizinische Rehabilitationsleistungen in den verschiedenen Versicherungszweigen unterschiedlich zu definieren und auf die unterschiedliche Zielsetzung der Versicherungszweige abzustellen.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11. Februar 1993 und des Sozialgerichts Augsburg vom 15. Juli 1988 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Sozialhilfeaufwendungen in Höhe von 25.199,80 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt haben.

II

Die Revision des Klägers ist zulässig. Auch wenn weder die Revisionsschrift noch die Revisionsbegründungsschrift einen förmlichen Antrag enthalten, wird damit gleichwohl dem Erfordernis des § 164 Abs 2 Satz 3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) noch genügt, wonach die Begründung der Revision ua einen "bestimmten Antrag" enthalten muß. Diese Regelung erfordert keinen förmlichen Antrag (BSG SozR 1500 § 164 Nr 8; BVerwGE 1,



222). Es reicht vielmehr aus, wenn die Revisionsbegründung, ggf im Zusammenhang mit sonstigen, außerhalb von ihr liegenden Umständen erkennen läßt, welches prozessuale Ziel der Revisionskläger erreichen will (BSG SozR 1500 § 164 Nrn 8 und 10). Im hier zu entscheidenden Fall hat der Kläger mit hinreichender Deutlichkeit dargetan, daß er die Aufhebung des angefochtenen Berufungsurteils erstrebt. Er wendet sich nämlich in seiner Revisionsbegründung sowohl gegen das Ergebnis als auch gegen die Begründung des Urteils des LSG und vertritt nach wie vor die von diesem abgelehnte Auffassung, daß ihm der im Berufungsverfahren geltend gemachte Erstattungsanspruch zustehe. Das genügt den Anforderungen des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG.

In der Sache ist die Revision unbegründet. Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, daß sich der Erstattungsanspruch des Klägers nach § 104 Abs 1 Satz 1 SGB X richtet. Danach hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger einen Erstattungsanspruch, wenn er, ohne daß die Voraussetzungen des § 103 SGB X (nachträgliches Entfallen der Zuständigkeit) vorliegen, Sozialleistungen erbracht hat. Der Nachrang des Klägers als Sozialhilfeträger im Verhältnis zur beklagten Krankenkasse ergibt sich aus § 2 Abs 1 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG), der generell bestimmt, daß Leistungen der Sozialhilfe nicht erhält, wer die erforderliche Hilfe von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. Nachrangig verpflichtet ist der Kläger im Verhältnis zur Beklagten jedoch nur dann, wenn diese gegenüber der Versicherten zur Gewährung der streitigen Nachsorgemaßnahme verpflichtet gewesen wäre. Das ist hier nicht der Fall.

Der Senat kann offenlassen, ob dem Anspruch aus § 104 Abs 1 SGB X bereits die bindende Ablehnung des Leistungsanspruchs der Versicherten durch die Beklagte - hier durch den Bescheid vom 7. Juni 1984 - entgegensteht. Auch wenn dies wegen der Eigenständigkeit des Anspruchs aus § 104 SGB X zu verneinen und davon auszugehen wäre, daß der Erstattungsanspruch unabhängig davon begründet sein kann, ob in der Person des Berechtigten sämtliche sachlich-rechtlichen Voraussetzungen gegen den vorrangig verpflichteten Leistungsträger erfüllt waren (BSG SozR 1300 § 104 Nr 6), ergibt sich für den Kläger kein günstigeres Ergebnis.

Insbesondere ergibt sich eine Leistungsverpflichtung der Beklagten nicht aus § 184a RVO in seiner bis zum 31. Dezember 1988 geltenden, hier noch anwendbaren Fassung. Danach kann eine Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gewähren, wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Eine derartige Behandlung begründet eine Leistungspflicht der Krankenkasse nur dann, wenn sie unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung steht. Dies entspricht, wie der 3. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Urteil vom 27. November 1990 im einzelnen ausgeführt hat (BSGE 68, 17 = SozR 3-2200 § 184a Nr 1), der bisherigen Rechtsprechung zu § 184a RVO aF und steht im Einklang mit dem Grundsatz, daß im



System der gesetzlichen Krankenversicherung die Behandlung eines Kranken primär den Ärzten zugewiesen ist. Zwar ist die Behandlung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung in Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung darauf ausgerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, während die pflegerische Betreuung eher nebengeordnet ist. Ist deshalb eine intensive ärztliche Behandlung nicht erforderlich (BSGE 51, 44, 47 = SozR 2200 § 184a Nr 4), muß dennoch nach ärztlicher Anweisung mit den Mitteln der Spezialeinrichtung auf den Krankheitszustand des Patienten eingewirkt werden (BSG, Urteil vom 12. August 1987 - 8 RK 22/86 - USK 87130). Das bedeutet, daß zwar nicht die Einrichtung selbst ärztlich geleitet sein muß, daß jedoch eine ärztliche Überwachung und Betreuung der in der Einrichtung lebenden Rehabilitanden erforderlich ist. Dabei können auf ärztliche Verordnung auch Nichtärzte tätig werden, deren Leistungen zwar nicht im einzelnen, aber doch allgemein ihrer Art nach vom Arzt zu bestimmen sind.

Diese Rechtsprechung steht nicht im Widerspruch zu Entscheidungen des BSG in Fällen, in denen ein Rentenversicherungsträger zur Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung nach § 184a RVO aF in Anspruch genommen worden ist (BSGE 54, 54 = SozR 2200 § 1237 Nr 18; SozR aaO Nr 21; BSGE 66, 84, 86 = SozR aaO Nr 22). Dort wird zwar die Auffassung vertreten, daß medizinische Leistungen zur Rehabilitation iS des Rentenversicherungsrechts die Mitwirkung eines Arztes nicht voraussetzen. Dies beruht indessen auf den Besonderheiten des Rentenversicherungsrechts und ist auf das Krankenversicherungsrecht, um das es hier geht, nicht übertragbar. Denn schon der Wortlaut des § 1237 RVO aF (= § 14 des Angestelltenversicherungsgesetzes <AVG> aF), wonach die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation "vor allem" in Kur- und Spezialeinrichtungen zu erbringen sind, läßt erkennen, daß die Leistungen der Rentenversicherung (zB Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, aaO Nr 3) auch in anderer Weise erbracht werden können (BSG SozR 3-2200 § 184a Nr 1). Dort muß eine Einrichtung nicht unbedingt den Anforderungen des § 184a RVO aF entsprechen, mithin die Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers nicht zwingend von einer ärztlichen Aufsicht und Betreuung der Rehabilitanden abhängen. Darüber hinaus ergibt sich die unterschiedliche Ausgestaltung des Leistungsinhalts in der Kranken- und Rentenversicherung nicht nur aus dem Wortlaut der vorgenannten Regelungen, sondern ist auch durch die unterschiedliche Zwecksetzung der Rehabilitationsleistungen begründet. Während die Rehabilitation in der Rentenversicherung auf die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die Abwendung von Erwerbs- und Berufsunfähigkeit gerichtet ist (§ 1236 RVO aF, § 13 AVG aF), ist es Aufgabe der Krankenversicherung, die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl § 1 Satz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches <SGB V>). An der Maßgeblichkeit der ärztlichen Verantwortung und der damit verbundenen ärztlichen Einflußnahme hat im übrigen auch das SGB V festgehalten (BSGE 68, 17, 19).



Die von der Rentenversicherung abweichende Begrenzung der Leistungspflicht in der Krankenversicherung auf Maßnahmen unter ärztlicher Betreuung steht entgegen der Ansicht der Revision auch nicht im Widerspruch zum RehaAnglG. Dieses Gesetz soll zwar die Unterschiede in der Leistungsgewährung der verschiedenen Leistungsträger mindern und sicherstellen, daß künftig bei gleichem Tatbestand gleiche Leistungen gewährt werden (BT-Drucks 7/1237 S 50 zur Zielsetzung des Gesetzentwurfs; vgl auch den Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drucks 7/2256 S 2). Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein neues, einheitliches Rehabilitationsgesetz. Vielmehr sollte das gegliederte System beibehalten werden. Das RehaAnglG läßt deshalb die für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Gesetze bestehen und beschränkt sich auf die Normierung allgemeingültiger Verfahrensvorschriften (§§ 1 bis 8) sowie auf die Schaffung eines Leistungsrahmens, der in die Einzelgesetze zu transformieren war. Dementsprechend enthält der Zweite Abschnitt (§§ 9 bis 20) allgemeine Grundsätze für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen, die im Dritten Abschnitt (§§ 21 bis 35) für die einzelnen Träger des gegliederten Systems konkretisiert und verbindlich gestaltet worden sind (BT-Drucks 7/2256 S 3). Bei den §§ 9 bis 20 RehaAnglG handelt es sich mithin nicht um Vorschriften, aus denen der Behinderte konkrete Ansprüche ableiten kann (Wenig, Die Krankenversicherung 1974, 260). Die Rechtsgrundlagen für die Leistungsgewährung des einzelnen Rehabilitationsträgers ergeben sich vielmehr aus den für ihn geltenden besonderen Rechtsvorschriften, also für die Leistungsgewährung der Krankenkassen aus dem Zweiten Buch der RVO aF (heute SGB V), in das die allgemeinen Rechtsgrundsätze der §§ 10 bis 20 RehaAnglG transformiert worden sind. Dieses Programm des Gesetzes wird in § 9 Abs 1 RehaAnglG deutlich erkennbar; denn dort heißt es, daß sich Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen eines Rehabilitationsträgers und deren Sicherstellung entsprechend den Grundsätzen der §§ 10 bis 20 dieses Gesetzes nach den für den Rehabilitationsträger geltenden besonderen Rechtsvorschriften richten. Dabei war wegen der in den einzelnen Leistungsbereichen historisch entstandenen Strukturen in Kauf genommen worden, daß eine Angleichung der Leistungen nicht vollständig erreicht werden kann (BT-Drucks 7/2256 S 2). Ausdruck dieser beschränkten Einwirkung des RehaAnglG in die einzelnen Leistungsgesetze war im Bereich des Krankenversicherungsrechts ua die Einfügung des § 184a RVO aF, der die Leistungspflicht der - erstmals als Rehabilitationsträger herangezogenen - Krankenkassen auf die wegen Krankheit erforderlichen medizinischen Leistungen beschränkt und aus diesem Grund die Leistungen der Krankenkasse gegenüber denjenigen der anderen Träger subsidiär ausgestaltet hat (BT-Drucks 7/1237 S 64). Dem entspricht es auch, daß der Gesetzgeber bei der Änderung der RVO durch das RehaAnglG unter Berücksichtigung des für den Leistungsumfang geltenden Finalprinzips (BT-Drucks 7/2256 S 2) für § 184a RVO aF einerseits und § 1237 RVO aF andererseits unterschiedliche Formulierungen gewählt hat, um der unterschiedlichen Zwecksetzung der Leistungen Rechnung zu tragen. Daß im übrigen die ärztliche Verantwortung und die



damit verbundene ärztliche Einflußnahme auf die Behandlung für das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich und schon immer charakteristisch gewesen ist, ergibt sich nicht zuletzt aus der primären Zuordnung der Behandlung an die Ärzte (§ 122 RVO aF; vgl BSGE 54, 54, 60).

Nach allem sind die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation iS von § 184a RVO aF im vorliegenden Fall nicht erfüllt gewesen. Denn es fehlte die für die Krankenversicherung erforderliche ärztliche Betreuung und Verantwortung der Maßnahme. Vielmehr erfolgte die Betreuung der Wohngemeinschaft - wie sich den unangegriffenen und damit für den Senat bindenden Feststellungen des LSG entnehmen läßt - durch Sozialpädagogen, ohne daß diese Betreuung durch Ärzte mitgestaltet oder kontrolliert worden wäre bzw die Sozialpädagogen auf ärztliche Verordnung und Anweisung tätig geworden wären.

Weitere Rechtsgrundlagen für eine Leistungspflicht der Beklagten sind nicht ersichtlich. Insbesondere scheidet § 182 Abs 1 Nr 1 Buchstabe b RVO aF als Rechtsgrundlage aus, weil die erfolgte "Behandlung" kein Heilmittel iS dieser Vorschrift ist (vgl BSGE 68, 17, 20).

Eine unterlassene Beiladung der Erben der 1986 verstorbenen Versicherten, die in Erstattungsstreitigkeiten der vorliegenden Art gem § 75 Abs 2 SGG für notwendig gehalten wird (BSG SozR 1500 § 75 Nrn 60 und 80), steht einer Sachentscheidung des Revisionsgerichts nicht entgegen, weil die Erben durch diese Entscheidung nicht benachteiligt werden können (vgl BSG SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr 6). Denn Kostenersatzansprüche des klagenden Sozialhilfeträgers, die im Falle der Klageabweisung nach § 92c BSHG gegen die Erben geltend gemacht werden könnten, bestehen nicht. Der Kläger hat solche Ansprüche gegen die Erben nicht geltend gemacht; sie sind daher nach § 92c Abs 4 BSHG drei Jahre nach dem Tod der Versicherten erloschen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 4 SGG.

