

Bundessozialgericht

- 3 RK 53/74 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

Verkündet am
18. Mai 1976

U r t e i l

Reg.Hauptsekretär
als Urk.Beamter
d. Gesch.Stelle

in dem Rechtsstreit

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Das Bundessozialgericht, 3. Senat, hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Mai 1976 durch die Richter S c h r o e d e r - P r i n t z e n -Vorsitzender-, Dr. S c h m i t t und Dr. H e i n z e sowie die ehrenamtlichen Richter B l e n k e r s und N i t s c h e für Recht erkannt:

Die Sprungrevision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 20. Juni 1974 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

G r ü n d e :

I

Der 1934 geborene R. leidet seit etwa 1950 an Schizophrenie. Die beklagte Krankenkasse, bei der R. freiwillig versichert ist, trug die Kosten für die mit Unterbrechungen durchgeführte stationäre Behandlung in dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Sch. (PLK). Seit 1965, als die Mutter des Versicherten nach Sch. verzog, wird er jährlich nur einige Wochen stationär auf Kosten der Beklagten behandelt. In den übrigen Zeiten wird er von dem PLK in der Weise betreut, daß ihm an fünf Wochentagen halbtags Beschäftigungs- und Bewegungstherapie gewährt wird. Die Kosten für diese Betreuung wurden von dem klagenden Sozialhilfeträger übernommen.

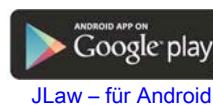
Im vorliegenden Verfahren verlangt der Kläger von der beklagten Krankenkasse den Ersatz der im Jahre 1973 entstandenen Kosten in Höhe von 445,50 DM nach § 1531 der Reichsversicherungsordnung (RVO), weil die Betreuung des Versicherten als sogenannte Tagklinik-Behandlung angesehen werden müsse. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen: Die dem Versicherten gewährte Behandlung habe, was sich aus den Stellungnahmen des PLK ergebe, nur eine entfernte Ähnlichkeit mit der sogenannten Tagklinik-Behandlung, die als Sonderform der Krankenhauspflege zu beurteilen gewesen wäre. Zu einer mit der Krankenhauspflege nicht vergleichbaren Leistung sei die Krankenkasse nicht verpflichtet. Die Berufung ist zugelassen worden.

Der Kläger hat mit Zustimmung der Beklagten Sprungrevision eingelegt. Er beantragt,

unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die
Beklagte zum Ersatz von 445,50 DM zu verurteilen,
hilfsweise,
einen der Satzung entsprechenden Zuschuß zu
zahlen.



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



- 3 -

Er ist der Auffassung, die dem Versicherten in dem Krankenhaus gewährte Therapie sei als Leistung nach § 184 RVO (halboffene Krankenhauspflege) zu beurteilen. Sie sei, wenn auch von Hilfspersonen erbracht, ärztliche Behandlung im Sinne des § 122 RVO. Wenn die Therapie nicht als ärztliche Behandlung aufgefaßt werden könne, sei sie jedenfalls ein größeres Heilmittel. Schließlich könnten die Therapie- maßnahmen als Ersatzleistungen für volle Krankenhauspflege behandelt werden, wofür die Kasse nach der neueren Rechts- sprechung des Senats aufzukommen habe.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

Die nach § 161 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) idF vor Inkrafttreten des Zweiten Änderungsgesetzes zum SGG vom 30. Juli 1974 (BGBl I 1625) zulässige Sprungrevision ist nicht begründet. Die beklagte Krankenkasse ist nicht verpflichtet, dem klagenden Sozialhilfeträger die Kosten der Beschäftigungs- und Bewegungstherapie zu ersetzen, die dem Versicherten R. in dem PLK Sch. gewährt worden ist.

Die tatsächlichen Feststellungen des SG, die der Kläger nicht gerügt hat, ergeben, daß die Therapie nicht in der Form gewährt worden ist, daß sie als Leistung der sozialen Krankenversicherung beurteilt werden könnte. Die Therapie stellt weder Krankenpflege dar, die als Sachleistung von der Krankenkasse hätte gewährt werden müssen (§ 182 RVO aF, d.h. idF vor Inkrafttreten des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation -RehaAnglG- vom 7. August 1974, BGBl I 1881), noch ist sie als größeres Heilmittel zu charakterisieren, für das die Krankenkasse nach ihrer Satzung einen Zuschuß leisten muß (§§ 182, 193 RVO aF).

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 4 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Sie ist schließlich auch nicht als eine Sonderform
- Teilzeit-Klinik - der Krankenhauspflege (§ 184 RVO aF)
einzustufen, noch als Ersatzform für eigentliche Kranken-
hauspflege zu beurteilen.

Nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO aF und § 193 RVO aF war die
Beklagte verpflichtet, als Krankenpflege ärztliche Behand-
lung und Versorgung mit kleineren Heilmitteln - und Zu-
schußzahlungen für größere Heilmittel - zu gewähren.
Unabhängig davon, ob und wie eine ärztliche Behandlung
in das System der kassenärztlichen Behandlung einzu-
gliedern wäre, scheitert die Annahme, es handele sich im
vorliegenden Fall um ärztliche Behandlung an der für sämt-
liche Versicherungszweige der RVO geltenden Definition
der ärztlichen Behandlung in § 122 Abs. 1 RVO. Diese Vor-
schrift geht in Satz 1 von dem Grundsatz aus, daß der Arzt
persönlich behandelt. § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO ermöglicht
es, der ärztlichen Behandlung Hilfeleistungen anderer
Personen zuzurechnen, wenn der Arzt sie anordnet. Die
Tatsache, daß die unmittelbare Betreuung des Versicherten
R. durch Nichtärzte - Heilpädagogen oder Krankengymnasten -
geschieht, steht zwar der Annahme einer ärztlichen Behand-
lung dann nicht entgegen, wenn die Nichtärzte auch im
Einzelfall in der Weise durch einen Arzt angeleitet, ge-
lenkt und überwacht werden, daß die Tätigkeit des Arztes
als verantwortliche Mitwirkung in den Vordergrund tritt
(ständige Rechtsprechung, vgl. BSG 23, 176; 29, 27 und zu-
letzt Urteil vom 6. Mai 1975 - 6 RKa 22/74 in NJW 1975,
2271). Aus der Stellungnahme des PLK, auf die das SG ver-
weist und die von den Beteiligten inhaltlich anerkannt
wird, ergibt sich, daß die ärztliche Überwachung nur lose
ist, weil die Beschäftigungswerkstätten mit hochqualifi-
ziertem Personal besetzt sind. Ob der Hinweis auf den
geringen Grad der Überwachung schon ausreicht, die ärztliche
Natur der Betreuung zu verneinen, mag mit dem Kläger be-
zweifelt werden. Der Hinweis darauf, daß die Betreuung durch
hochqualifiziertes Personal geschieht, macht es aber



hinreichend deutlich, daß die Tätigkeit dieses Personals nicht als Hilfeleistung, sondern als eigenverantwortliche Tätigkeit einzustufen ist.

Werden die Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe eigenverantwortlich gegenüber Versicherten tätig, so wird - jedenfalls bei Verordnung durch einen Kassenarzt (§ 368 Abs. 2 RVO) - die Leistungspflicht der Kasse regelmäßig dadurch begründet, daß diese Tätigkeit als Heilmittel angesehen wird, weil für "nichtärztliche Behandlung" keine Leistungspflicht besteht. Ob alle von Nichtärzten erbrachten Heilmaßnahmen als Heilmittel gekennzeichnet werden können, ist indes zweifelhaft. Der Begriff Heilmittel setzt voraus, daß bei einer Heilmaßnahme jedenfalls zusätzlich zu Dienstleistungen ein sächliches Mittel angewendet wird. Werden wie hier persönliche Dienstleistungen erbracht, die praktisch ausschließlich in dem Einsatz geistiger Fähigkeiten bestehen, so handelt es sich um Maßnahmen, die ihrer Art nach der Behandlung näher stehen als der Anwendung von Heilmitteln. Besonders wenn hohe berufliche Qualifikationen als Voraussetzung für die Berufsausübung verlangt werden, erscheint es nicht sachgerecht, diese Berufsausübung entweder als Hilfeleistung bei der ärztlichen Behandlung oder als Anwendung von Heilmitteln zu kennzeichnen.

Eine notwendige Heilmaßnahme, die von einer dafür ausgebildeten nichtärztlichen Fachkraft erbracht werden muß, kann aber nicht deshalb versagt werden, weil diese Heilmaßnahme keinen wesentlichen auf sächliche Mittel bezogenen Gehalt hat (hinsichtlich Massagen vgl. BSG 28, 158, 160; 33, 30). Wenn solche Heilmaßnahmen nicht als Heilmittel gekennzeichnet werden können, müssen sie jedenfalls wie solche beurteilt werden. Dies insbesondere in den Fällen, in denen sie auf den Körper überwiegend äußerlich einwirken (BSG 28, 158, 159; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Stand März 1976, Bd. II S. 386 h).

Im vorliegenden Fall kann aber nach den tatsächlichen Gegebenheiten nicht davon ausgegangen werden, daß Beschäftigungs- und Bewegungstherapie als Heilmaßnahmen i.S. der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden.

Dem steht nicht entgegen, daß keine kassenärztliche Verordnung vorliegt. Denn der Streit geht nur um die Frage, ob die streitigen Therapieformen als Heilmaßnahmen anerkannt werden können. Die Leistungspflicht der Kasse scheitert auch nicht daran, daß die Krankheit nicht im engeren Sinne "geheilt" werden kann. Die mit Aussicht auf Erfolg angestrebte Linderung und die Verzögerung von Verschlimmerungen würde ausreichen (BSG 30, 151, 153). Die Leistungspflicht ist schließlich auch nicht deshalb zu verneinen, weil Beschäftigungs- und Bewegungstherapie als solche nicht als Heilmaßnahmen anerkannt werden könnten. Die grundsätzliche Eignung dieser Therapieformen als Heilmaßnahmen zeigen die Aufnahme von Arbeitstherapie als - subsidiäre - Leistung in dem Katalog der Krankenpflegemaßnahmen (§§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. e und 182 d RVO nF) und die Ermächtigung, unter bestimmten Voraussetzungen auch Sport als ergänzende Leistung zu gewähren (§ 193 RVO nF; siehe auch § 1237 Nr. 3 RVO nF).

Was der Charakterisierung von Beschäftigungs- und Bewegungstherapie als Heilmaßnahme entgegensteht, ist die Tatsache, daß diese Therapieformen im vorliegenden Fall nicht als medizinische Maßnahmen gezielt zur Bekämpfung der Krankheit - Schizophrenie - eingesetzt werden. Die Beschäftigungen, zu denen der Versicherte in zahlenmäßig nicht festgelegten Gruppen mit anderen Kranken angeregt wird, bestehen in Malen, Flechten und Zeitungsbesprechungen. Hinsichtlich der Bewegungstherapie ist nicht dargetan, daß sie über das hinausgeht, was üblicherweise als Gymnastik oder Sport bezeichnet wird. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß die Maßnahme in erster Linie darauf abstellt, den allgemeinen - körperlichen und geistigen - Zustand des Versicherten zu beeinflussen; in diesem Sinne mag sie für



den Versicherten sogar notwendig sein. Sie zielt jedoch - wie bereits hervorgehoben - nicht primär auf die medizinische Bekämpfung der Krankheit ab und wird auch nicht dadurch zur Heilmaßnahme, daß sie hier wegen der Krankheit des Versicherten mit Hilfe von geschulten Fachkräften erbracht wird.

Die Beschränkung der Leistungspflicht der Kassen auf Maßnahmen medizinischer Natur, die gezielt der Krankheitsbekämpfung dienen, ergibt sich aus dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung, im Krankheitsfall die Mittel und Maßnahmen zur Heilung oder Linderung der Krankheit sowie auch zum Ausgleich von ausgefallenen geistigen oder körperlichen Funktionen (Hilfsmittel) zur Verfügung zu stellen (vgl. BSG 37, 138, 141). Sie hat hingegen - von besonders geregelten Ausnahmefällen abgesehen (vgl. § 185 b RVO nF - Haushaltshilfe -) nicht die Aufgabe, sonstige wegen einer Krankheit notwendig werdende Hilfe im Bereich der Lebensführung zu bieten. Daraus folgt, daß bei Maßnahmen, deren medizinische Natur - wie hier - nicht ohne weiteres erkennbar ist, im Einzelfall ausdrücklich festgestellt wird, daß sie zur Krankheitsbekämpfung eingesetzt werden. Dieses Erfordernis wird verdeutlicht im Bereich der Verordnung von Arzneimitteln. Hier wird bei der Verordnung von Krankenkost eine besondere Begründung verlangt (Nr. 17 der Arzneimittel-Richtlinien idF vom 16. Dezember 1974 Beil. Nr. 12/75 zum Bundesanzeiger 1975 Nr. 59). Allein der Hinweis darauf, daß die streitigen Therapieformen sich günstig auf die Krankheit auswirken, reicht nicht aus darzutun, daß sie sich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung halten. Auch das kann durch den Hinweis auf die Arzneimittel-Richtlinien verdeutlicht werden, wonach die Verordnung von Genuß- und Hygienemitteln jedenfalls dem Grundsatz nach (vgl. dazu BSG 38, 35, 39) ausgeschlossen ist (Nr. 18 der Richtlinien). Feststellungen in dieser Richtung scheiden im vorliegenden Fall aus.

Wenn man berücksichtigt, daß R. nur von den Fachärzten des PLK behandelt wird und jährlich regelmäßig einige Wochen



im PLK verbringen muß, damit die geeignete Betreuung, Behandlung und medikamentöse Versorgung festgelegt werden kann, ist zu prüfen, ob die Betreuung, die in den übrigen Zeiten halbtags auf Empfehlung der Krankenhausärzte durchgeführt wird, als Teil einer Krankenhauspflege im Sinne des § 184 Abs. 1 RVO aF einzuordnen ist. Da die Krankenhauspflege nicht nur medizinische Maßnahmen umfaßt, wäre es unschädlich, daß die hier umstrittenen Maßnahmen nicht der Krankheitsbehandlung, sondern lediglich der Gesunderhaltung dienen. Pflege in diesem umfassenden Sinn kann aber als Versicherungsleistung nur dann gewährt werden, wenn und solange erforderliche medizinische Maßnahmen aus berechtigten Gründen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes angewendet werden (Urteil des erkennenden Senats vom 18. November 1969 - 3 RK 24/68 in DOK 1970, 173). In der Zeit zwischen zwei - unstreitigen - Krankenhauspflegezeiten sind keine medizinischen Maßnahmen erforderlich, die im Krankenhaus durchgeführt werden müßten. Selbst wenn man davon ausgeht, daß Beschäftigungs- und Bewegungstherapie für den Versicherten nur im Krankenhaus erreichbar sind, handelt es sich nicht um Maßnahmen medizinischer Art. Das folgt aus der oben begründeten Erkenntnis, daß sie nicht als Heilmaßnahmen, sondern als Mittel der Gesunderhaltung eingesetzt werden.

Aus der Stellungnahme des PLK ergibt sich allerdings, daß sich der Versicherte ständig im PLK aufhalten müßte, wenn er nicht im Haushalt der Mutter gepflegt und vormittags mit den streitigen Therapieformen betreut werden könnte. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß die räumliche Nähe der Wohnung des Versicherten und seiner Mutter und die dadurch gegebenen engen Beziehungen zum PLK den stationären Aufenthalt "ersetzen". Dieser Aufenthalt wäre aber keine Krankenhauspflege im Sinne des § 184 RVO aF, wie dies in dem im BSG 37, 130 entschiedenen Fall angenommen werden mußte. Denn - wie festgestellt - sind jährlich nur einige Wochen bestimmte stationäre Maßnahmen erforderlich, um den Kläger auf neue Medikamente einzustellen. In der Zwischenzeit sind nur Pflege, Medikamenteneinnahme und Maßnahmen der



- 9 -

relativen Gesunderhaltung erforderlich. Da die Krankenkasse somit für einen ganztägigen Krankenhausaufenthalt in der streitigen Zeit nicht aufzukommen hätte, ist sie auch nicht verpflichtet, für einen Teilzeitaufenthalt Leistungen zu erbringen.

Die Sprungrevision gegen das somit zutreffende Urteil des SG war zurückzuweisen (§ 170 Abs. 1 SGG).

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus § 193 Abs. 4 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87 a ff. UrhG geschützt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)