

Bundessozialgericht
- 3 RK 71/78 -

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

Verkündet am
11. Oktober 1979

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....,
Kläger und Revisionskläger,
vertreten durch:

.....,
g e g e n

.....,
Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung am 11. Oktober 1979 in Berlin
für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landes-
sozialgerichts Berlin vom 26. Juli 1978 aufgehoben.

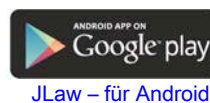
Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entschei-
dung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

- 2 -

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

G r ü n d e :

I

Streitig ist, ob die Beklagte die Kosten des Krankenhausaufenthaltes des Klägers vom 20. September 1974 bis 4. Juli 1975 und vom 3. September 1975 bis 9. Juli 1976 zu tragen hat.

Der 1931 geborene Kläger ist als Rentner Mitglied der beklagten Krankenkasse. Er leidet an einer chronischen Schizophrenie und einem Diabetes mellitus. Wegen dieser Erkrankungen wurde er am 27. Januar 1973 zum wiederholten Male in die Städt. I -

R -Nervenklinik in Berlin aufgenommen. Die Kosten des Aufenthalts übernahm der Sozialhilfeträger, dem die Beklagte für die Zeit bis 18. Juli 1974 Ersatz gewährte. Eine darüber hinausgehende Leistungspflicht lehnte die Beklagte dem Kläger gegenüber ab, weil die Voraussetzungen für die Gewährung von Krankenhauspflege nicht mehr gegeben seien. Der Widerspruch hatte keinen Erfolg.

Im anschließenden Klageverfahren haben die Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie Dr. R von der I -I Nervenklinik am 13. September 1975 einen Bericht und der Leitende Medizinaldirektor Dr. I, Berlin, am 3. März 1976 ein schriftliches Gutachten erstattet. Danach leidet der Kläger an einer Paraphrenie mit einem erheblichen psychischen Defekt, erheblicher Antriebsschwäche, Mutismus und Schwachbegabung sowie einem Diabetes mellitus. Dr. F hat die Auffassung vertreten, der Kläger bedürfe noch der in den L -Heilstätten zur Verfügung stehenden Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses und er sei voraussichtlich auf Dauer auf den Aufenthalt in dem jetzigen Haus angewiesen, die durchgeführte Therapie habe jedoch keine entscheidende Änderung der medizinischen Beurteilung ergeben. Das Sozialgericht (SG) hat daraufhin die Klage mit der Begründung abgewiesen, der Kläger sei seit Juli 1974 dauernd zur Pflege untergebracht, so

- 3 -



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



daß der Anspruch auf Krankenhilfe gemäß § 216 Abs 1 Nr 4 der Reichsversicherungsordnung (RVO) ruhe.

Im Berufungsverfahren haben zunächst der Vertreter des Chefarztes Dr. N und die Oberärztin Dr. R von der B -Nervenklinik am 1. Juni 1977 ergänzend berichtet, daß nach Aufgabe der Beschäftigung in den Berliner Werkstätten für Behinderte im Sommer 1975 wegen der labilen Stoffwechsellage eine berufliche Rehabilitation nicht mehr zu befürworten gewesen sei und man deshalb ab Herbst 1975 eine Heimverlegung angestrebt habe, diese jedoch erst im Sommer 1976 (9. Juli 1976) möglich geworden sei, weil geeignete Heimplätze für psychisch und geistig Behinderte, die gleichzeitig unter einer Stoffwechselstörung zu leiden hätten, schwer zu finden seien. Nach einer nochmaligen Untersuchung und Begutachtung des Klägers am 28. Juni 1977 durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. B hat die Beklagte noch für die Zeit vom 19. Juli 1974 bis 19. September 1974 einen Anspruch auf Krankenhauspflege anerkannt.

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Beklagte verurteilt, die Kosten für den Aufenthalt des Klägers in der F -Nervenklinik auch für die Zeit vom 5. Juli 1975 bis 2. September 1975 zu tragen, und im übrigen die Berufung zurückgewiesen: Wie sich aus dem Bericht der Krankenhausärztin Dr. R ergebe, habe der Kläger ab 5. Juli 1975 zur Neueinstellung des Stoffwechsels und Behandlung einer diskreten Herzinsuffizienz in der inneren Abteilung des Krankenhauses stationär behandelt werden müssen. Am 2. September 1975 sei er in die Rehabilitationsabteilung zurückverlegt worden. Für die strittige Zeit vor und nach dieser stationären Behandlung habe die Beklagte die Unterbringungskosten nicht zu tragen, denn die Unterbringung zur Pflege habe bereits vor der Verlegung in das Alten- und Pflegeheim B am 9. Juli 1976 begonnen. Gemäß der Ruhensvorschrift des § 216 Abs 1 Nr 4 RVO sei die Krankenkasse nicht leistungspflichtig, wenn die medizinische Behandlung im Rahmen einer dauernden Pflege durchgeführt werde. Ein Kranken-



hausfall könne sich im Laufe der Behandlung in eine Dauerunterbringung wandeln, wenn ein Zustand eintrete, in dem die Pflege und die Bewahrung des Kranken in den Vordergrund rückten und die ärztliche Behandlung - auch mit den notwendigen Mitteln eines Krankenhauses - nicht mehr das Wesentliche sei. Die Fälle einer Krankenhauspflege und die sogenannten Dauerpflegefälle ließen sich danach abgrenzen, was im Vordergrund stehe, die bloße Pflege oder die medizinischen Leistungen im Sinne des § 184 RVO.

Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit der vom LSG zugelassenen Revision. Er rügt, das Berufungsgericht habe entschieden, ohne das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) in einem Rechtsstreit mit gleichem Rechtsproblem abzuwarten. Darin sieht er einen Verfahrensmangel. Außerdem macht er geltend: Aus dem inzwischen ergangenen Urteil des BSG vom 10. Oktober 1978 - 3 RK 81/77 - ergebe sich, daß § 216 Abs 1 Nr 4 RVO bisher nicht richtig angewendet worden sei. Unter Zugrundelegung dieser Entscheidung müsse auch in der vorliegenden Streitsache ein Behandlungsfall angenommen werden. Die ärztlichen Gutachter seien mehr oder weniger zu dem Ergebnis gelangt, daß während seines Aufenthaltes in der F -Nervenklinik ärztliche Überwachungen etc notwendig gewesen seien. Die Ruhensbestimmung des § 216 Abs 1 Nr 4 RVO dürfe daher nicht zur Anwendung kommen. Eine gegenteilige Ansicht sei auch nicht deshalb gerechtfertigt, weil er inzwischen in ein Alten- und Pflegeheim mit minimaler ärztlicher Ausstattung verlegt worden sei. Zwischen der Überlegung, ob eine derartige Verlegung durchgeführt werden könne, und der tatsächlichen Verlegung habe immerhin ein erheblicher Zeitraum gelegen, in dem er behandelt worden sei. In dieser Zeit sei er aufgrund seiner geistigen Krankheit nicht in der Lage gewesen, von sich aus das zur Behandlung der Krankheit und zur Linderung der Krankheitsbeschwerden Erforderliche zu tun. Erst mit der Verlegung in das Alten- und Pflegeheim (am 9. Juli 1976) sei die stationäre Behandlung abgeschlossen worden.

Der Kläger beantragt,



die Urteile des Landessozialgerichts vom 26. Juli 1978 und des Sozialgerichts vom 9. Juli 1976 sowie die zugrunde liegenden Verwaltungsentscheidungen aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den 18. Juli 1974 hinaus die Kosten für den Krankenhaus-aufenthalt in der I. -E -Nervenklinik zu übernehmen, soweit der Klageanspruch nicht bereits anerkannt ist, hilfsweise,

das Urteil des LSG aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die Revisionsrügen für nicht gerechtfertigt. Der Vorwurf, das LSG hätte den Rechtsstreit bis zur Entscheidung des BSG in der Streitsache 3 RK 81/77 aussetzen müssen, finde im Gesetz keine Stütze. Das angefochtene Urteil stehe im übrigen im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG.

II

Die Revision des Klägers ist insofern begründet, als das angefochtene Urteil aufzuheben und der Rechtsstreit an die Vorinstanz zurückzuverweisen ist. Die Entscheidung des Berufungsgerichts beruht auf einer Verletzung der §§ 184, 216 Abs 1 Nr 4 RVO. Der erkennende Senat kann in der Sache selbst nicht abschließend entscheiden, weil dazu die Tatsachenfeststellungen des LSG nicht ausreichen.

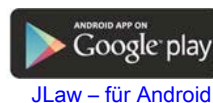
Entgegen der Ansicht des Klägers kann zwar darin, daß das LSG die inzwischen am 10. Oktober 1978 ergangene Entscheidung des erkennenden Senats in der Sache 3 RK 81/77 (SozR 2200



§ 216 RVO Nr 2) nicht abgewartet hat, kein Verfahrensmangel erblickt werden. Das Berufungsgericht wendet jedoch die hier in Betracht kommenden materiell-rechtlichen Bestimmungen unrichtig an. Unter Bezugnahme auf § 216 Abs 1 Nr 4 RVO verneint es eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Krankenhauspflege bereits dann, wenn die medizinische Behandlung im Rahmen einer dauernden Pflege durchgeführt wird, die Pflege und Bewahrung des Kranken in den Vordergrund rückt und die ärztliche Behandlung - auch mit den notwendigen Mitteln eines Krankenhauses - nicht mehr das Wesentliche ist. Die der Krankenkasse obliegende Krankenhauspflege und die nicht zu ihren Aufgaben gehörende Anstaltspflege lassen sich jedoch nicht danach abgrenzen, was im Vordergrund steht: die bloße Pflege oder die medizinischen Leistungen iSd § 184 RVO. Ein Anspruch auf Krankenhauspflege ist vielmehr stets dann gegeben, wenn diese aus medizinischen Gründen notwendig ist. Ist das der Fall, dann steht der Leistungspflicht der Krankenkasse die Ruhensbestimmung des § 216 Abs 1 Nr 4 RVO grundsätzlich nicht entgegen.

Nach § 184 RVO in der hier anzuwendenden Fassung des am 1. Januar 1974 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz -KLVG-) vom 19. Dezember 1973 - BGBl I 1925 - ist Krankenhauspflege zu gewähren, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenkasse ist dagegen nicht leistungspflichtig, wenn die Anstaltspflege nur noch um ihrer selbst willen durchgeführt wird. Bei der Abgrenzung der Anstaltspflege in diesem Sinne von der Krankenhauspflege iSd § 184 RVO wird, wie der Senat in seinem Urteil vom 10. Oktober 1978 aaO dargelegt hat, im allgemeinen darauf abzustellen sein, ob die erforderlichen Pflegemaßnahmen lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen, oder ob sie Teil einer ärztlichen Behandlung sind.

Der Anspruch auf eine aus medizinischen Gründen notwendige stationäre Behandlung wird grundsätzlich auch nicht durch die



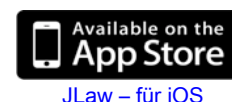
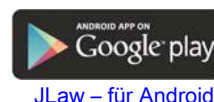
Ruhensvorschrift des § 216 Abs 1 Nr 4 RVO beeinträchtigt. Nach dem Wortlaut der Vorschrift ruht der Anspruch auf Krankenhilfe für die in § 165 Abs 1 Nr 3 RVO bezeichneten Versicherten und deren anspruchsberechtigte Familienangehörige nur, solange sie in einer Anstalt, in der sie im Rahmen ihrer Gesamtbetreuung Krankenpflege erhalten, dauernd zur Pflege untergebracht sind. Nach der Entscheidung des Senats vom 10. Oktober 1978 aaO (siehe auch das zur Veröffentlichung bestimmte Urteil des Senats vom 25. Januar 1979 - 3 RK 83/78) schließen alle medizinischen Gründe, die die Krankenkasse zur Krankenhauspflege verpflichten - also auch Verhütung einer Verschlimmerung, Verlängerung des Lebens und Linderung der Beschwerden - das Vorliegen eines "Pflegefalles" auch in diesem Zusammenhang aus. § 216 Abs 1 Nr 4 RVO ist durch das Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juli 1956 - BGBl I 500 - in die RVO eingefügt worden. In der amtlichen Begründung dazu heißt es: "Diese Vorschrift ändert das bisher geltende Recht mit dem Ziele einer Besserstellung des Rentners insoweit ab, als das Ruhen der Krankenhilfe während des Aufenthalts in einer Heil- und Pflegeanstalt oder eines nicht nur vorübergehenden Krankenhausaufenthaltes beseitigt wird, wenn der Rentner nicht nur zur Pflege in der Anstalt untergebracht ist" (BT-Drucks Nr 1234/2. Wahlperiode S 11). Die Ruhensbestimmung des § 216 Abs 1 Nr 4 RVO findet daher nur auf einen Rentner bzw seinen Angehörigen Anwendung, der dauernd zur Pflege untergebracht ist. Soweit die Einweisung in das Krankenhaus und die Fortdauer des stationären Aufenthaltes auch aus medizinischen Gründen erforderlich ist, kann sich der Krankenversicherungsträger nicht unter Berufung auf diese Ruhensbestimmung seiner Verpflichtung zur Krankenhauspflege nach § 184 RVO entziehen.

Die Feststellung des LSG, nach dem 19. September 1974 habe die ärztliche Krankenhausbehandlung nur in der Zeit der Behandlung auf der inneren Abteilung der Nervenkllinik im Vordergrund gestanden, schließt daher einen Anspruch des Klägers auf Krankenhauspflege in den geltend gemachten Zeiträumen nicht aus.



Auch für Zeiten, in denen die ärztliche Behandlung im Krankenhaus gegenüber der - gegen einen Zustand der Hilflosigkeit gerichteten - Pflege in den Hintergrund getreten war, bedarf es der Tatsachenfeststellung, ob und ggf in welchen Zeiträumen Krankenhauspflege aus medizinischen Gründen notwendig war. Es erscheint nicht von vornherein ausgeschlossen, daß der Kläger in weiteren Zeitabschnitten während seines Aufenthaltes in der I - Nervenklinik der Krankenhauspflege bedurfte. Vorliegende ärztliche Berichte und Gutachten weisen insbesondere auf die Schwierigkeiten bei der Einstellung des Diabetes mellitus hin. In diesem Zusammenhang verdient vor allem der Umstand Beachtung, daß trotz der stationären Unterbringung des Klägers die Stoffwechselentgleisung Ende Juni/Anfang Juli 1975 nicht verhindert werden konnte. Zu berücksichtigen ist auch das Zusammentreffen der geistigen und der Stoffwechsel-Erkrankung. Diesem Zusammentreffen wird ärztlicherseits besonderes Gewicht beigemessen (vgl ua Gutachten des Leitenden Medizinaldirektors Dr. H vom 3. März 1976). Soweit jedoch der Kläger nur deshalb in der Nervenklinik behalten wurde, weil für ihn ein Platz in einem geeigneten Pflegeheim noch nicht gefunden werden konnte, bestand kein Anspruch auf Krankenhauspflege. In diesem Falle wäre die Unterbringung nicht aus medizinischen Gründen notwendig gewesen. Andere Gründe verpflichten die Krankenkasse nicht zur Krankenhauspflege. Es bedarf daher der genauen Klärung, ob in der hier noch strittigen Zeit und ggf in welchen Zeiträumen eine Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses zur Besserung des Leidenszustandes, Verhütung einer Verschlimmerung und Linderung von Krankheitsbeschwerden notwendig war.

Zu klären ist schließlich noch, welche Leistung oder Feststellung der Kläger begehrt. Da eine Verpflichtung der Krankenkasse für eine zurückliegende Zeit Gegenstand des Verfahrens ist, kommt als Leistung nur ein Kostenersatz in Betracht. Nach den Feststellungen im angefochtenen Urteil sollen die Kosten der Unterbringung des Klägers in der B - Nervenklinik vom Sozialhilfeträger übernommen worden sein. Es ist jedoch nicht ausreichend festgestellt, ob auch der Kläger - ggf für welche Zeit



und in welcher Höhe - zur Kostentragung herangezogen worden ist. Offen ist daher, wem die Beklagte im Falle einer Leistungspflicht Kostenersatz zu gewähren hat.

Da es dem Senat verwehrt ist, die fehlenden Tatsachenfeststellungen selbst nachzuholen, muß von der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit der Zurückverweisung Gebrauch gemacht werden.

Die Kostenentscheidung bleibt dem den Rechtsstreit beendenden Urteil vorbehalten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)