

Bundessozialgericht
Az.: 5 RKn 113/63

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

In dem Rechtsstreit

Verkündet am
17. Dezember 1965

Kläger und Revisionskläger,

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte.

hat der 5. Senat des Bundessozialgerichts auf
die mündliche Verhandlung vom 17. Dezember 1965
durch

Senatspräsident	R i c h t e r ,
	- Vorsitzender -
Bundesrichter	Dr. D a p p r i c h ,
Bundesrichter	Dr. W i t t e
Bundessozialrichter	V o l p e r s und
Bundessozialrichter	F o x

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil
des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen
vom 12. September 1963 aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zu neuer Verhandlung und
Entscheidung an das Landessozialgericht zurück-
verwiesen.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

I

Der im Bergbau beschäftigte Kläger wurde im November 1957 in der Praxis des HNO-Facharztes Dr. Sch..... wegen neuralgischer Stirnkopfschmerzen und Nasennebenhöhlenkatarrhs behandelt; daneben bestand eine durch Nasenscheidewandverbiegung bedingte Nasenenge, die sich auf den Katarrh ungünstig auswirkte. Es wurde eine Operation der Nasenscheidewand im Marienhospital für den 29. November vorgesehen und der Kläger zur Aufnahme in das Krankenhaus bestellt. Als er die Operation verweigerte, wurde die seit dem 23. November bescheinigte Arbeitsunfähigkeit am 29. November als beendet angesehen. Der Kläger nahm daraufhin die Arbeit wieder auf; eine Nachuntersuchung in der Knappschaftsuntersuchungsstelle am 3. Dezember 1957 ergab keine Arbeitsunfähigkeit. Das Beschäftigungsverhältnis endete am 30. Dezember 1957 auf Kündigung durch die Zeche. Am 2. Januar 1958 begab sich der Kläger in die Behandlung des Knappschaftsarztes Dr. H....., der vom 3. bis zum 21. Januar 1958 Arbeitsunfähigkeit wegen Nackenfurunkels bescheinigte. Während dieser Krankheitszeit gewährte die beklagte Knappschaft nach § 214 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) Krankenhilfe. Am 20. Januar 1958 bescheinigte der HNO-Facharzt Dr. H..... (Nichtknappschaftsarzt) dem Kläger eine starke Nasenscheidewandverkrümmung, durch welche die Nasenatmung sehr behindert sei. Stationäre Behandlung zwecks Operation sei dringend erforderlich; bei dem Befund bestehe Gefahr einer Steinstaublunge.

Am 23. Januar 1958 wurde der Kläger durch seinen Knappschaftsarzt an den HNO-Facharzt Dr. M..... überwiesen, dessen Praxis er am 27. Januar aufsuchte. Der Vertreter von Dr. M..... stellte eine geringe Nasenscheidewandverbiegung

- 3 -



- 3 -

ohne wesentliche Behinderung der Nasenatmung fest und lehnte die Vornahme der vom Kläger gewünschten Operation und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ab. Auch der Knappschaftsarzt Dr. B., an den der Kläger zur Überprüfung überwiesen wurde, stellte keine Arbeitsunfähigkeit fest.

Inzwischen hatte der Kläger sich am 23. Januar 1958 beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet und Arbeitslosengeld beantragt. Nach den arbeitsamtsärztlichen Untersuchungen vom 6. Februar und 6. März 1958 bestand bei ihm jedoch kein ausreichendes Leistungsvermögen. Das Arbeitsamt lehnte daher die Gewährung von Arbeitslosengeld ab, weil er der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stehe.

Unter dem 8. März 1958 verlangte der Kläger mit einer beim Sozialgericht (SG) eingereichten Klage die Weiterzahlung des Krankengeldes über den 21. Januar 1958 hinaus; auf die Klage hin wurde in seinem Einverständnis das Vorverfahren durchgeführt, der Widerspruch jedoch zurückgewiesen.

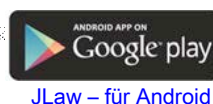
Inzwischen war am 17. März 1958 die Nasenoperation von Dr. H. vorgenommen worden; nach einem Attest von Dr. K. war der Kläger am 2. Mai 1958 wieder arbeitsfähig.

Im sozialgerichtlichen Verfahren beantragte der Kläger zuletzt, die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 21. Januar 1958 bis zum 1. Mai 1958 die gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren. Er hatte in beiden Rechtszügen keinen Erfolg. Das SG hat die Klage abgewiesen, weil der Kläger wegen des Nasenleidens nicht über den 21. Januar 1958 hinaus arbeitsunfähig krank gewesen sei und daher § 214 Abs. 1 RVO nicht zur Anwendung kommen könne. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers aus folgenden Gründen zurückgewiesen:

Der Krankenversicherungsschutz des Klägers bei der Beklagten



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

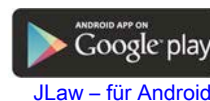
sei grundsätzlich mit dem Ausscheiden aus der Beschäftigung bei der Zeche beendet worden. Da er zu diesem Zeitpunkt nicht arbeitsunfähig gewesen sei, scheide eine Verlängerung der Mitgliedschaft nach § 311 RVO aus. Ein Leistungsanspruch als Nichtmitglied könne somit nur über § 214 Abs. 1 RVO in Betracht kommen. Auf Grund dieser Vorschrift habe er bis zum 21. Januar 1958 Leistungen wegen des am 2. Januar eingetretenen Versicherungsfalls (Nackenfurunkel) erhalten. Eine Weitergewährung von Leistungen setze die ununterbrochene Fortdauer eines Versicherungsfalls über den 21. Januar 1958 hin voraus. Bei der hierfür allein in Betracht kommenden Nasenscheidewandverbiegung handele es sich aber um eine angeborene Mißbildung, deren bloßes Vorhandensein noch keinen Versicherungsfall der gesetzlichen Krankenversicherung begründe; es müsse vielmehr noch Behandlungsbedürftigkeit hinzutreten. Eine solche könne aber für die entscheidende Zeit, nämlich die drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Beschäftigung, nicht angenommen werden. Allerdings gelte nach dem allgemeinen Sprachgebrauch ein Leiden auch dann als behandlungsbedürftig, wenn eine bestimmte Heilmaßnahme zwar letztlich geboten sei, aber noch hinausgeschoben werden könne und auch hinausgeschoben werde. Für die gesetzliche Krankenversicherung müsse aber - da sich hier Versicherungsfall und Leistungsfall gegenüberstünden - eine engere Auslegung gelten. Wo sich die Behandlungsbedürftigkeit auf eine bestimmte Heilmaßnahme konkretisiert habe und der Leistungsfall noch nicht eingetreten sei, könne auch kein den Versicherungsträger verpflichtender Versicherungsfall angenommen werden. Im Falle einer Nasenscheidewandverbiegung bei ärztlich angeratener Operation als einziger Heilmaßnahme trete daher der Versicherungsfall im Sinne des § 214 Abs. 1 RVO nur dann ein, wenn der Versicherte zum Zwecke der Operation in das Krankenhaus aufgenommen, ausnahmsweise auch schon dann, wenn die Operation in bestimmter Weise vorbereitet und alsbald danach auch ausgeführt würde. Das

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

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 5 -

sei aber im vorliegenden Fall innerhalb der Dreiwochenfrist des § 214 Abs. 1 RVO nicht geschehen. Die gesundheitliche Situation des Klägers im Hinblick auf sein Nasenleiden habe sich auch von November 1957 bis zum 21./22. Januar 1958 nicht wesentlich verändert. Schon damals sei das Nasenleiden festgestellt und zur Operation geraten worden. Die Beklagte sei für die Verzögerung der Operation nicht verantwortlich zu machen; daß der Vertreter von Dr. M==== am 27. Januar 1958 von einer Operation abgeraten habe, sei insoweit ohne Bedeutung, weil zu dieser Zeit die Dreiwochenfrist ohnehin schon abgelaufen war. Der Kläger habe zwar die Verweigerung der Operation im November 1957 mit einer Krankheit seiner Frau begründet, aber nie behauptet, daß zwingende Gründe hierfür bis Ende Dezember 1957 bestanden hätten; er habe auch zugegeben, vor der Operation Angst gehabt zu haben. Die Arbeitsamtsärzte hätten den Kläger erst im Februar 1958 untersucht, ihre Beurteilung betreffe daher erst die Zeit nach Ablauf der Dreiwochenfrist; außerdem gälten für die Arbeitslosenversicherung andere Beurteilungsgrundsätze, weil es dort auf die Verfügbarkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt ankomme.

Der mit der Nasenscheidewandverbiegung zusammenhängende Versicherungsfall sei hiernach erst nach dem 22. Januar 1958 eingetreten, so daß § 214 Abs. 1 RVO nicht zur Anwendung komme und die Beklagte nicht leistungspflichtig sei.

Die Revision wurde zugelassen.

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung der §§ 214; 165 und 182 RVO. Das LSG habe den Begriff der Behandlungsbedürftigkeit unnötig eingeengt. Leistungsansprüche seien bei angeborenen Leiden begründet, wenn eine dringlich gebotene, nach außen wahrnehmbar in Erscheinung getretene Behandlungsbedürftigkeit vorliege. Der Versicherungsfall im Sinne von

- 6 -



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



- 6 -

§ 214 RVO liege nicht erst vor, wenn der Versicherungsträger geleistet habe, sondern schon dann, wenn er hätte leisten müssen. Diese Vorschrift solle den Erwerbslosen schützen, bis er neuen Versicherungsschutz erhalte. Ein dringend behandlungsbedürftiger Erwerbsloser könne jedoch mangels "Verfügbarkeit" nicht damit rechnen, Arbeitslosengeld und damit neuen Versicherungsschutz zu erhalten. Der Kläger sei nach der Bescheinigung von Dr. H. von 20. Januar 1958 zu einem Zeitpunkt, an dem die Dreiwochenfrist noch nicht abgelaufen war, dringend behandlungsbedürftig gewesen. Er habe auch seine Ansprüche nicht etwa dadurch verwirkt, daß er im November 1957 die Operation ablehnte. Er habe der Versichertengemeinschaft dadurch, daß er damals gearbeitet und kein Krankengeld bezogen habe, nicht geschadet. Selbst wenn aber sein Anspruch damals entfallen sein sollte, so sei er wieder entstanden, als die Dringlichkeit der Behandlung durch ein neues Attest erwiesen worden sei.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und des Urteils des Sozialgerichts Münster vom 12. August 1960 sowie des Widerspruchsbescheides vom 28. Juli 1958 die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 21. Januar bis zum 1. Mai 1958 die gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie macht geltend, der Kläger sei im unmittelbaren Anschluß an das Furunkelleiden wegen des Nasenleidens weder arbeitsunfähig noch behandlungsbedürftig gewesen. Der Versicherungsfall der Krankheit sei daher nicht binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eingetreten. Eine Krankheit

- 7 -



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



- 7 -

im versicherungsrechtlichen Sinne sei bei Leiden der hier vorliegenden Art erst gegeben, wenn die Behandlung auf das Leiden insoweit einwirke, daß hiermit eine günstige Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit erzielt werde (BSG 13, 134). Da die ärztlich vorgesehene Operation im vorliegenden Falle die einzige Heilmaßnahme darstelle, hätten die Voraussetzungen für die Behandlungsbedürftigkeit erst mit dem Beginn der stationären Behandlung am 17. März 1958 vorgelegen.

II.

Die Revision ist zulässig und auch begründet.

Das LSG hält den Anspruch des Klägers auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung gegen die Beklagte schon deshalb für unbegründet, weil der Versicherungsfall der Krankheit nicht mehr innerhalb der Dreiwochenfrist des § 214 Abs. 1 RVO eingetreten sei. Hierbei ist zunächst zu beachten, daß durch diese Vorschrift nur der Versicherungsschutz über das Ausscheiden aus der Versicherung hinaus verlängert wird, daß § 214 Abs. 1 RVO also gar nicht zum Zuge kommt, wenn der Versicherungsfall bereits während der Mitgliedschaft eingetreten ist. Darauf hat schon das Reichsversicherungsamt (RVA) in der Grundsätzlichen Entscheidung (GE) 5545 - AN 1944, 38 - hingewiesen. Die Feststellung des LSG, die gesundheitliche Situation des Klägers im Hinblick auf sein Nasenleiden sei am Ende der Dreiwochenfrist nicht wesentlich anders gewesen als im November 1957, könnte also seine ablehnende Entscheidung nur dann rechtfertigen, wenn auch im November 1957 keine Behandlungsbedürftigkeit - als maßgebliches Kriterium der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung - bestanden hätte. Dagegen spricht allerdings, daß die Beklagte dem Kläger damals stationäre Behandlung angeboten, also doch wohl eine Leistungsverpflichtung angenommen

- 8 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 8 -

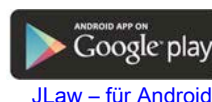
hat. Das LSG geht aber anscheinend davon aus, daß die Behandlungsbedürftigkeit nach Ablehnung der Operation durch den Kläger weggefallen und bis zum Ablauf der Dreiwochenfrist nach dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht wieder eingetreten sei. Es will bei Leiden dieser Art eine Behandlungsbedürftigkeit erst dann anerkennen, wenn der Versicherte bereits zum Zwecke der Operation - also der praktisch allein möglichen Behandlung - in das Krankenhaus aufgenommen oder dort zumindest die "Operation vorbereitet" worden ist. Dieser Auffassung vermag sich der Senat jedoch nicht anzuschließen. Unter Behandlungsbedürftigkeit ist ein schicksalhaft bedingter objektiver Zustand anzusehen, der nicht davon abhängen kann, ob und wann der Versicherte die Behandlung dulden und der Versicherungsträger sie durchführen lassen will. Die Übernahme einer solchen Behandlung, d.h. praktisch die Einweisung in das Krankenhaus durch den Versicherungsträger, setzt doch bereits einen zur Leistung verpflichtenden Versicherungsfall voraus, dieser kann also nicht erst durch diese Einweisung begründet werden. Der Zustand der Behandlungsbedürftigkeit als maßgebliches Kriterium der Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt demnach auch nicht dadurch, daß die einzig mögliche Behandlung, nämlich die Operation, von dem Versicherten aus privaten oder von der Kasse oder dem Krankenhaus aus technischen Gründen hinausgeschoben wird. Die Bedenken des LSG dagegen, daß auf diese Weise der Zustand der Behandlungsbedürftigkeit über lange Zeiträume hinweg aufrechterhalten bleiben kann, erscheinen dem Senat nicht durchgreifend. Das Risiko der Kasse wird hierdurch praktisch nicht oder doch nicht wesentlich erhöht. Eine gewisse Manipulierbarkeit kann sich für sie im Ergebnis sogar günstig auswirken, so z.B., wenn ein Saisonarbeiter eine solche Behandlung in die arbeitsstille Zeit verlegt. Schließlich endet die Krankenpflege auf jeden Fall späte-

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

- 9 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 9 -

ster 26 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Versicherung (§ 183 Abs. 1 RVO aF).

Für die Frage, ob die Beklagte überhaupt im vorliegenden Fall - wenigstens dem Grunde nach - leistungspflichtig ist, kommt es daher entscheidend darauf an, ob eine "objektive" Behandlungsbedürftigkeit wegen des Nasenleidens entweder bereits während der Mitgliedschaft des Klägers oder doch spätestens bis zum Ablauf der Dreiwochenfrist des § 214 Abs. 1 RVO vorgelegen hat. Das RVA hat die Notwendigkeit einer Heilbehandlung bei einem angeborenen Dauerzustand nur für den Fall bejaht, daß sich besondere Beschwerden oder Schmerzen einstellen oder daß die Gefahr einer wesentlichen Verschlimmerung des Zustandes droht; es hat es dabei auf die "augentlickliche Behandlungsbedürftigkeit" abgestellt (vgl. Urteil vom 24. Januar 1940 - EuM 46, 149). Demgegenüber hat aber der 5. Senat des BSG in seinem Urteil vom 28. Oktober 1960 (BSG 13, 136) mit Recht betont, es liege im wohlverstandenen Interesse der Versichertengemeinschaft, Behandlungsbedürftigkeit und damit Krankheit im Sinne der Sozialversicherung auch schon dann anzunehmen, wenn der gegenwärtige Zustand zwar noch keine Schmerzen oder Beschwerden bereitet, durch ärztliche Behandlung im Frühstadium aber eine wesentliche Besserung oder gar Beseitigung des Leidens und damit eine günstige Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann. Bezog sich diese Entscheidung auf die Behandlung eines Kleinkindes, so muß Entsprechendes erst recht für die Behandlung eines Erwerbstätigen gelten. Da das LSG - nach Ansicht des Senats zu Unrecht - von einem in anderer Weise eingeschränkten Begriff der Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen ist, hat es die Frage, ob Behandlungsbedürftigkeit in diesem Sinne beim Kläger vorgelegen hat, nicht eindeutig beurteilt. Die von ihm getroffenen

- 10 -



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

[JLaw - für Android](#)[JLaw - für iOS](#)

- 10 -

tatsächlichen Feststellungen reichen auch für den Senat nicht aus, diese Frage selbst zu entscheiden.

Sollte hiernach Behandlungsbedürftigkeit wegen des Nasenleidens schon während der Mitgliedschaft - hierfür spricht die Bereitschaft der Beklagten, die Operation im November 1957 durchführen zu lassen - oder zumindest der anschließenden Dreiwochenfrist vorgelegen haben, so muß die Beklagte für die auf diesem Versicherungsfall etwa beruhenden besonderen Leistungsansprüche auf Krankengeld und Krankenhausbehandlung im Rahmen ihrer gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungspflicht eintreten (s. GE 5545 aaO; GE 5582 - AN 1944, 286 -; vgl. auch BSG 22, 116 und 16, 179, 180). Da Ansprüche über den 1. Mai 1958 hinaus nicht geltend gemacht werden, wird der zeitlichen Beschränkung, daß die besonderen Leistungsvoraussetzungen noch während des Anspruchs auf Krankenpflege eingetreten sein müssen (s. GE 5545 aaO), hier keine Bedeutung zukommen. Es ist jedenfalls nicht erforderlich, daß die besonderen Leistungsvoraussetzungen - Arbeitsunfähigkeit oder stationäre Behandlung - bereits während der Mitgliedschaft oder der anschließenden Dreiwochenfrist eingetreten sind.

Sollte hiernach das LSG zu der Feststellung kommen, daß die Behandlungsbedürftigkeit wegen des Nasenleidens bereits in dem geschützten Zeitraum vorgelegen hat, so wird es weiter zu prüfen haben, ob und in welchem Umfang für den Kläger auch noch nach seinem Ausscheiden und nach Ablauf der Dreiwochenfrist wegen dieses Leidens Leistungsansprüche im Rahmen des Gesetzes und der Satzung der Beklagten entstanden sind. Gegebenenfalls wird auch zu prüfen sein, ob und inwieweit solche Ansprüche etwa dadurch, daß die entsprechenden Leistungen von anderer Seite (Sozial-

- 11 -



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

- 11 -

hilfe) gewährt wurden, entfallen sind (s. BSG 14, 229).
Da in den vorhergehenden Rechtszügen ein Anspruch des
Klägers bereits dem Grunde nach abgelehnt worden ist,
fehlen zur Beurteilung dieser Fragen die erforderlichen
tatsächlichen Feststellungen. Der Rechtsstreit ist daher
an das Berufungsgericht zurückzuverweisen, das auch über
die Kosten zu entscheiden hat.

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](#)