

Bundessozialgericht

- 8a/3 RK 60/78 -

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

U r t e i l
in dem Rechtsstreit

.....
Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 8a Senat des Bundessozialgerichts hat am
27. November 1980 ohne mündliche Verhandlung
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des
Bayerischen Landessozialgerichts vom 7. Juni 1978
und des Sozialgerichts Nürnberg vom 19. November 1976
aufgehoben.

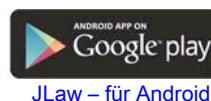
Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin
10.476,70 DM zu erstatten.

Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits haben
die Beteiligten einander 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

Die klagende Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) fordert von der Beklagten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 10.536,70 DM, die sie für die Unterbringung der sowohl bei der Klägerin als bei der beklagten Versicherten C G (G.) vom 3. April bis zum 1. Juli 1975 in der Psychosomatischen Klinik W aufgewendet hat.

G. war seit 1938 in der Rentenversicherung der Arbeiter und seit 1968 in der Rentenversicherung der Angestellten versichert und zuletzt als Krankenpflegehelferin bei der Neuro-chirurgischen Universitätsklinik E beschäftigt. 1974 wurde G. mehrere Wochen wegen Medikamentenmißbrauchs in der Universitäts-Nervenklinik E behandelt. Als sie danach wieder rückfällig wurde und ihr deshalb zum 31. März 1975 gekündigt wurde, unternahm sie am 4. März 1975 einen Suizidversuch mit Valium-Tabletten. Deswegen wurde sie zunächst vom 4. bis zum 6. März 1975 in der Medizinischen Universitätsklinik E und anschließend bis zum 20. März 1975 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Stadt N stationär behandelt. Am 25. März 1975 bescheinigte der die G. behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S -C, ihre Suchtkrankheit erfordere zwingend zur Durchführung einer Entziehungskur die umgehende Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik W, in der durch Vermittlung der Klinikfürsorge der Universität E ein Platz habe beschafft werden können. Vom 3. April bis zum 1. Juli 1975 befand sich G. in dieser Klinik.

Durch einen an G. gerichteten Bescheid vom 24. Juni 1975 lehnte es die Beklagte ab, die Kosten der Behandlung

in der Psychosomatischen Klinik W zu übernehmen, da mit dieser Klinik keine Belegungsvereinbarung bestehe. Der Klägerin gegenüber, die die Kosten der Behandlung vorerst übernommen und Ersatzanspruch angemeldet hatte, lehnte die Beklagte die Kostenerstattung mit der Begründung ab, der von der Klägerin angeführte § 184a der Reichsversicherungsordnung (RVO) habe nicht den Zweck, die sich aus § 184 RVO ergebende Zuständigkeit bei Krankenhausbehandlung zu ändern.

Die auf Erstattung von 10.476,70 DM gerichtete Klage hat das Sozialgericht (SG) Nürnberg durch Urteil vom 19. November 1976 abgewiesen. Es hat die Behandlung der G. in der Psychosomatischen Klinik W als Teil der in der Medizinischen Universitätsklinik begonnenen Krankenpflege beurteilt. Die Berufung der Klägerin hat das Bayerische Landessozialgericht (LSG) durch Urteil vom 7. Juni 1978 zurückgewiesen. Eine auf Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten abgestimmte Rehabilitationsmaßnahme der Beklagten könne erst dann in Betracht kommen, wenn der Heilungsprozeß abgeschlossen oder eine Verschlimmerung der Krankheit nicht mehr zu befürchten sei.

Mit der zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung der §§ 182, 184, 184a, 193 RVO, 12 ff Angestelltenversicherungsgesetz (AVG), 103 und 128 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Urteile der Vorinstanzen zu verurteilen, ihr 10.536,70 DM (richtig: 10.476,70 DM) zu zahlen; hilfsweise, die Sache unter Aufhebung des Urteils des Bayerischen LSG vom 7. Juni 1978 zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.



- 4 -

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beteiligten sind damit einverstanden, daß der Senat durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§ 124 Abs 2 SGG).

II

Die Revision ist begründet. Die Urteile der Vorinstanzen sind aufzuheben. Die Beklagte hat der Klägerin die Kosten zu erstatten, die ihr durch den Aufenthalt der G. in der Psychosomatischen Klinik W entstanden sind.

Als Rechtsgrundlage des Erstattungsanspruchs kann nicht § 43 Abs 3 des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB 1) - BGBI I S 3015 - herangezogen werden; denn diese Vorschrift ist gemäß Art II § 23 Abs 1 SGB 1 erst am 1. Januar 1976 in Kraft getreten. Sie ist - anders als etwa § 45 Abs 4 SGB 1 - auch nicht kraft einer Übergangsbestimmung vgl hierzu Art I § 17 SGB 1) auf vor dem Inkrafttreten des SGB 1 entstandene Ersatzansprüche erstreckt worden. Rechtsgrundlage des Erstattungsanspruchs der Klägerin ist § 6 Abs 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) vom 7. August 1974 (BGBI I S. 1881). Danach sind die von einem Rehabilitationsträger vorläufig erbrachten Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, von diesem zu erstatten. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Die Klägerin hat vorläufige Leistungen erbracht, für die die Beklagte zuständig war.

Aus dem Attest des die G. behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S -C vom 25. März 1975 ergibt sich, daß der Zustand der G.

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- Suchtkrankheit mit vielschichtiger soziopsychiatrischer Problematik - zwingend die umgehende Aufnahme in einer für eine Entziehungskur geeigneten Klinik erforderte und daß der Arzt die Psychosomatische Klinik W für eine geeignete Klinik hielt. Zur Erfüllung des Anspruchs der G. auf stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik W wäre die Klägerin gemäß § 184 Abs 1 RVO verpflichtet gewesen, wenn es sich dabei um Krankenhauspflege gehandelt hätte. Begrifflich erfordert die Krankenhauspflege eine im Vordergrund stehende intensive ärztliche Behandlung von Personen, die an einer akuten Krankheit leiden sowie deren anstaltsmäßige Pflege zur Wiederherstellung der Gesundheit (vgl BSG SozR Nr 19 zu § 184 RVO). Die Krankenhauspflege - gleichgültig, ob sie in einem allgemeinen oder speziellen Krankenhaus durchgeführt wird - unterscheidet sich mithin von anderen Formen der stationären Behandlung dadurch, daß hier die intensive ärztliche Behandlung deutlich im Vordergrund der Bemühungen um den Kranken steht. Damit ist die bloße pflegerische Betreuung in einem Krankenhaus vom Begriff der Krankenhauspflege abgegrenzt (vgl hierzu auch BSG SozR 2200 § 184 Nrn 11 und 15). Der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der von ihr vorgelegten Kosten für den Aufenthalt der G. in der Psychosomatischen Klinik W setzt mithin voraus, daß bei diesem Klinikaufenthalt nicht die intensive ärztliche Behandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund gestanden hat.

Die Patientin G. war nach der Bescheinigung der Psychosomatischen Klinik W vom 12. August 1975, auf die das LSG seine Entscheidung gestützt hat, in stationärer psychosomatischer Intensivbehandlung. Neben allgemein klinischer, elektrokardiographischer, neurologischer und laborchemischer sowie psychischer Befunderhebung bestand die psychosomatische Intensivbehandlung in psychotherapeutischer Behandlung durch intensive Einzel- und Gruppengespräche



- 6 -

sowie durch Bewegungs- und Beschäftigungstherapie. Die intensiven therapeutischen Bemühungen waren darauf gerichtet, die Patientin dazu zu bringen, die Fehler der Vergangenheit vorwiegend bei sich selbst zu suchen und eine Änderung ihres Verhaltens herbeizuführen. Die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik W war also eine psychotherapeutische Behandlung, bei der zwar eine orientierende ärztliche Untersuchung erfolgte und ärztliche Hilfe im Bedarfsfall verfügbar war; eine intensive ärztliche Behandlung stand dagegen nicht im Vordergrund der Maßnahmen innerhalb dieser Anstalt. Nicht der leitende Arzt der Anstalt, ein Facharzt für innere Krankheiten, verfügte über das für die psychotherapeutischen intensive Behandlung erforderliche Fachwissen. Nicht er behandelte deshalb die G. Dies war vielmehr Sache des in der Anstalt tätigen Psychotherapeuten. Dieser bestimmte selbständig Behandlungsmethoden, Behandlungsdauer und Ausrichtung der Behandlung. Anders als bei der Verwendung medizinischen Hilfspersonals durch Ärzte lag hier eine selbständige psychotherapeutische Behandlung mit ärztlicher Hilfeleistung vor. Diese Behandlung kann dem Begriff der Krankenhauspflege nicht untergeordnet werden. Eine Leistungspflicht der Klägerin gegenüber der Patientin G. aus § 184 Abs 1 RVO bestand somit nicht. Die Behandlung war vielmehr eine solche mit Unterkunft und Verpflegung in einer Spezial-einrichtung zur Heilung oder Besserung einer Krankheit iS von § 184a RVO.

Auch in § 184a RVO ist zwar durch den Begriff "Behandlung", den das Gesetz vor dem Begriff "Unterkunft und Verpflegung" verwendet, die Gewährung bloßer stationärer Krankenpflege ausgeschlossen. Gleichwohl deckt sich die Behandlung nach § 184a RVO nicht mit der im Rahmen der Krankenhauspflege erforderlichen und im Vordergrund stehenden intensiven ärztlichen Behandlung. Wäre dies der Fall, ließen sich nämlich diese Regelungen nicht miteinander vereinbaren: Die alleinige Verpflichtung der Krankenkasse aus § 184 Abs 1 RVO wäre mit

- 7 -



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



ihrer nur subsidiären Verpflichtung aus § 184a RVO unvereinbar. Diese Verpflichtungen müssen sich deshalb auf verschiedene Gegenstände beziehen. Nur soweit noch keine Verpflichtung und damit auch noch keine rechtliche Möglichkeit für die Krankenkasse bestand, stationäre Behandlungen nach § 184 RVO auch in Kur- oder Spezialeinrichtungen zu gewähren, bestand Anlaß, hierzu eine bislang nicht vorhandene Möglichkeit durch § 184a RVO zusätzlich zu eröffnen. Nur in bezug auf diese zusätzlich eröffnete Behandlungsmöglichkeit, zu deren Gewährung die Krankenkassen nicht schon nach § 184 RVO verpflichtet waren, konnte im Verhältnis zur Befugnis anderer Träger der Sozialversicherung zur Gewährung solcher Leistungen festgelegt werden, daß die Krankenkassen sie nur dann gewähren können, wenn dies andere Träger der Sozialversicherung nicht können.

Im Ergebnis deckt sich diese Beurteilung des erkennenden Senats mit derjenigen des 3. Senats im Urteil vom 15. Februar 1978 (BSGE 46, 41, 45). Danach handelt es sich um Krankenhauspflege iS von § 184 RVO, wenn die pflegerische Tätigkeit der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, während Maßnahmen iS von § 184a RVO anzunehmen sind, wenn die Maßnahme - zwar ebenfalls unter ärztlicher Leitung, auch in stationärer Weise und gleichfalls unter Beteiligung besonders ausgebildeten Personals - vorwiegend darauf gerichtet ist, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben, wenn also die Veränderung des körperlichen Zustands des Patienten eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung hat und die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Betreuung eher nebengeordnet ist. Wie dieser eingehenden Definition zu entnehmen ist, muß die Abgrenzung im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der jeweiligen besonderen Umstände erfolgen. Das mag gelegentlich zu Abgrenzungsschwierigkeiten führen. In dem vom erkennenden Senat zu beurteilenden Sachverhalt einer



psychotherapeutischen Intensivbehandlung mit ärztlicher Hilfestellung kann aber auch nach der Definition des 3. Senats keine Krankenhauspflege iS von § 184 RVO, sondern nur eine Maßnahme nach § 184a RVO gesehen werden, für die primär die Rentenversicherung zuständig ist.

Zu einer ähnlichen, wenn auch weitaus konkreteren und im Einzelfall leichter festzustellenden Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Rentenversicherung führt auch die auf den vorliegenden Fall noch nicht anwendbare sogenannte Sucht-Vereinbarung der Bundesverbände der Krankenkassen mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger vom 20. November 1978 (DOK 1979 S. 489). Hier wird zwischen Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung unterschieden. Die Entzugsbehandlung kommt bei toxisch bedingten Versagenszuständen im somatischen oder psychischen Bereich in Betracht, zB bei drohenden komatösen Zuständen, Delirgefahr und psychiatrischen Komplikationen (Depressionen, Suizidgefahr, akuten metalkoholischen Psychosen). Für diese Behandlung, deren Notwendigkeit von einem Arzt festzustellen ist, sieht die Vereinbarung die grundsätzliche Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger vor. Nahtlos an die Entzugsbehandlung soll sich nach der Vereinbarung die Entwöhnungsbehandlung anschließen, die stationär gewährt wird, wenn eine Entzugsbehandlung nicht erforderlich oder bereits durchgeführt ist, der Abhängigkeitskranke motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen, die Abhängigkeit ambulant nicht erfolgreich behandelt werden kann und der Abhängigkeitskranke voraussichtlich auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert werden kann. Für die Entwöhnungsbehandlung ist nach der Suchtvereinbarung grundsätzlich der Rentenversicherungsträger zuständig; der Krankenversicherungsträger ist dann zuständig, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht erfüllt sind oder wenn wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht



und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist. Auch nach dieser Vereinbarung fällt mithin der überwiegend medizinische Bereich der Behandlung des Suchtkranken in die Zuständigkeit der Krankenversicherung, während der Teil der Behandlung, welcher dazu dient, die psychische Abkehr von der Sucht zu erreichen, als Rehabilitation der Rentenversicherung zugeordnet wird. Auch hier ist für die Zuständigkeit eine vorausschauende Betrachtungsweise, nicht aber, wie die Beklagte meint, eine am Erfolg oder Mißerfolg der einzelnen Maßnahmen orientierte rückblickende Betrachtungsweise vorgesehen.

Auch die letzte Voraussetzung des Erstattungsanspruchs, daß die nicht endgültig leistungspflichtige Klägerin vorläufig einem berechtigten Dritten anstelle des verpflichteten Beklagten geleistet hat, ist erfüllt. Nach § 13 Abs 1 AVG ist die Beklagte befugt, Leistungen zur Rehabilitation in dem in den §§ 14 bis 14b AVG bestimmten Umfang zu gewähren, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge von Krankheit gefährdet oder gemindert ist und voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Innerhalb der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation besitzt die Beklagte nach § 14 AVG, der weitgehend mit § 182 Abs 1 Nr 1 RVO übereinstimmt, eine durch die beispielhafte Aufzählung der Maßnahmen von Nr 1 bis Nr 5 zwar umschriebene, aber nicht begrenzte Befugnis zur Behandlung vor allem auch in Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung. Anders als die Träger der Krankenversicherung, deren Befugnis zur Gewährung von Krankenhauspflege - wie dargelegt - eine im Vordergrund stehende intensive ärztliche Behandlung voraussetzt, vermag die Beklagte im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch eine Behandlung in einer Spezial Einrichtung zu gewähren, die nicht in erster Linie und intensiv durch einen Arzt erfolgt.



Die Beklagte war demnach befugt, der G. aufgrund des Attestes des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie die vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Klinik W zu gewähren. Ihre Befugnis hing auch nicht davon ab, daß sie mit dieser Klinik keine Belegungsvereinbarung abgeschlossen hatte. Denn eine solche Voraussetzung stellt das Gesetz nicht auf. Hielt einerseits der die G. behandelnde Facharzt deren Aufnahme in einer zur Durchführung einer Entziehungskur geeigneten Klinik für zwingend notwendig und bezeichnete er die Psychosomatische Klinik W als hierfür geeignet und bereit, indem er mit der Bitte um Kostenübernahme auf einen dort beschafften Platz hinwies, und hatte andererseits die Beklagte gemäß § 14 AVG die Möglichkeit, die vorgeschlagene Behandlung als Leistung zur Rehabilitation zu erbringen, so durfte sie bei Beachtung der ihr nach § 6 Abs 2 Nr 1 RehaAnglG obliegenden Verpflichtung die vorgeschlagene Behandlung nicht mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit der Klägerin verweigern. Bei pflichtgemäßer Ausübung des ihr in der Auswahl der Rehabilitationsmaßnahmen zustehenden Ermessens hätte sie die vorgesehene Behandlung vielmehr nur dann ablehnen können, wenn sie darzulegen vermocht hätte, diese Maßnahme sei entgegen der Auffassung des behandelnden Facharztes an sich oder wegen unzulänglichen Vermögens der vorgeschlagenen Klinik nicht zur Rehabilitation geeignet. Da die Beklagte in dieser Richtung weder der G. gegenüber noch gegenüber der Klägerin Gründe vorgetragen hat, muß sie als durch die §§ 13 und 14 AVG zur Gewährung der fachärztlich vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahme verpflichtet angesehen werden.

Die bindende Wirkung des der G. unter dem 24. Juni 1975 erteilten Bescheides, in dem die Übernahme der Kosten für die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik W mangels einer Belegungsvereinbarung mit dieser Klinik abgelehnt worden war, kann den Erstattungsanspruch der



Klägerin gegen die Beklagte nicht beeinträchtigen. Dieser Bescheid ist weder der Klägerin gegenüber ergangen noch ihr jemals zugestellt worden. Sie hatte schon deshalb keine Möglichkeit, auf seine Änderung hinzuwirken. Der Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte entfällt nicht deshalb, weil ein bindender Bescheid des verpflichteten Rechtsträgers vorliegt, in dem er die inzwischen von einem anderen - nicht verpflichteten - Rechtsträger erbrachte Leistung gegenüber dem Leistungsempfänger abgelehnt hat. Es genügt hierzu nach § 6 Abs 3 RehaAnglG die unabhängig von einem solchen Bescheid zu beurteilende Leistungszuständigkeit (= Leistungspflicht) des auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträgers. Denn andernfalls würden berechnete Erstattungsansprüche und damit auch die grundsätzliche Bereitschaft der Rehabilitationsträger zur Vorleistung in Frage gestellt.

Unter Aufhebung der Urteile der Vorinstanzen muß die Beklagte nach alledem verurteilt werden, der Klägerin die ihr aus der Behandlung der G. in der Psychosomatischen Klinik W entstandenen Aufwendungen zu erstatten. Diese Aufwendungen sind in der Klage zunächst mit 6.583,50 DM Unterbringungskosten zuzüglich 154,-- DM Reisekosten, also mit 6.737,50 DM beziffert worden. Sie sind dann zur Niederschrift des SG Nürnberg in der mündlichen Verhandlung um den Betrag von 3.739,20 DM (Krankengeldzahlung) auf insgesamt 10.476,70 DM erweitert worden. Im Berufungsschriftsatz erscheint anstelle des zuerst genannten Betrages von 6.737,50 DM der Betrag von 6.797,50 DM ohne den Hinweis, daß und inwiefern sich die ursprüngliche Berechnung als unzutreffend erwiesen habe. In der Auswechslung der in der Zehnerposition des Betrages ursprünglich genannten Zahl 3 durch die Zahl 9 handelt es sich somit offensichtlich um einen Tippfehler und damit um eine offenbare Unrichtigkeit, die von Amts wegen zu berichtigen ist. Deshalb muß der Revisionsantrag dahin verstanden werden, die Beklagte zur



Erstattung von 10.476,70 DM, nicht 10.536,70 DM, zu verurteilen. Dem ist stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 4 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)