



KURATORIUM
DEUTSCHE
ALTERSHILFE

WILHELMINE LÖBKE
STIFTUNG E.V.

Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen

bearbeitet von:

Hans Anger, Manfred Bergener, Otto Blume, Viktor Böhlau, Ernst Bräutigam,
Kurt Brückel, Margret Dieck, Ingeborg Falck, Werner Heinrich Hauss,
Erwin Jahn, Wilfried Jansen, Hanns Kaiser, Siegfried Kanowski,
Rolf Langmann, Hans Leutiger, Hans Georg Mierzwiak, Wilhelm Oberwittler,
Anneliese Oel-Monat, René Schubert, Theo Thiemeyer, Wolfgang Weiss.

Das Gutachten umreißt die Aufgaben der Medizin bei einer umfassenden Behandlung kranker alter Menschen, stellt die Verantwortung der Träger für den Stand der verschiedenen Einrichtungen heraus und postuliert die Leistungspflicht der Sozialversicherung, die Anspruch und Leistung an Tatbeständen und nicht an Tradition zu messen hat.

An alle Verantwortlichen ergeht der Appell, alten Menschen, wenn sie krank sind, zu ihrem vollen Recht auf soziale Sicherung zu verhelfen. Sie haben das Recht auf Behandlung und Pflege und Versicherungsleistung wie andere Patienten auch, gleichgültig wo sie behandelt werden.

DIREKTOR ERWIN STAUSS
Vorsitzender des Kuratoriums
Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

PROFESSOR DR. OTTO BLUME
Vorsitzender
der Kommission

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Medizinische Grundlagen nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis	7
II. Anspruch und Verpflichtung nach der Reichsversicherungsordnung und der Rechtsprechung der Sozialgerichte	13
III. Art und Ausstattung der stationären Einrichtungen	23
IV. Zusammenfassung	25
Anhang A: Anmerkungen zu Teil II	27
Anhang B: Abkürzungsverzeichnis	30
Anhang C: Verzeichnis der Bearbeiter	31

Herausgeber:

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine Lübke Stiftung e.V.
5 Köln 1 · Sachsenring 39-41

Gesamtherstellung:

Graphische Werkstatt Druckerei Gebrüder Kopp oHG.
5 Köln 51 · Goltsteinstraße 28

Vorwort

Mit der allgemein gestiegenen Lebenserwartung hat auch die Zahl kranker alter Menschen außerordentlich zugenommen, die stationär behandelt werden müssen. Sie werden behandelt wie andere Patienten auch, vielleicht sogar noch besser sollte man meinen, denn immerhin gibt es schon einige Geriatrische Kliniken und Abteilungen sowie vorbildliche Pflege- und Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen. Doch so ist es nicht. Sie werden schlechter behandelt. Nicht aus böser Absicht, nach überkommenen Praktiken und Begriffen und Zufällen.

Ein 70jähriger Mann, Rentner, krankenversichert, erleidet einen Schlaganfall:

Er wird in eine nahe gelegene Universitätsklinik aufgenommen und dort nach modernsten Erkenntnissen der Medizin behandelt.

Die Krankenkasse zahlt alles. Er behält seine Rente. Sein Vermögen wird nicht angetastet. Seine Angehörigen bleiben unbehelligt.

Er wird in ein kleines, vielleicht ländliches Krankenhaus mit freier Bettenkapazität aufgenommen und dort behandelt.

Die Krankenkasse zahlt alles. Er behält seine Rente. Sein Vermögen wird nicht angetastet. Seine Angehörigen bleiben unbehelligt.

Er kommt in ein Pflege- oder Krankenhaus und bleibt dort für immer.

Die Krankenkasse zahlt nichts. Seine Rente reicht für die Heimkosten nicht aus. Er wird Sozialhilfeempfänger. Sein Vermögen wird verwertet. Seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen drohen Kostenbeiträge.

Ein einfaches Beispiel. Zu einfach? Keineswegs.

Vielen kranken alten Menschen geht es so. Und zu der Krankheit im Alter kommen Enttäuschung und Verzweiflung. Sie haben sich in einem langen Arbeitsleben durch hohe Beiträge gegen das Risiko »Krankheit im Alter« abgesichert. Eines Tages erleben sie, daß alles umsonst war. Durch Attest und Einweisung sind sie zum »Pflegefall« geworden. Und dafür zahlt keine Krankenkasse. Sie werden Sozialhilfeempfänger, mit Rechtsanspruch selbstverständlich. Aber auch mit all' den Bitternissen, die damit zwangsläufig verbunden sind.

So leisten wir uns noch immer die alte Praxis vom »Pflegefall«. Die Ärzte haben es so gelernt und die meisten von ihnen wissen es heute auch noch nicht anders. Dabei zeigen neue medizinische Erkenntnisse, daß Behandlung und Pflege nicht voneinander zu trennen sind, auch nicht bei alten Menschen. Die Rechtsprechung hat die Reichsversicherungsordnung längst weiter ausgelegt. Der Krankenhausaufenthalt ist weder vom Eingangsschild des Gebäudes noch von tradierten Merkmalen her zu bestimmen.

Gutachten

über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen

bearbeitet von:

Hans Anger, Manfred Bergener, Otto Blume, Viktor Böhlau, Ernst Bräutigam,
Kurt Brückel, Margret Dieck, Ingeborg Falck, Werner Heinrich Hauss,
Erwin Jahn, Wilfried Jansen, Hanns Kaiser, Siegfried Kanowski,
Rolf Langmann, Hans Leutiger, Hans Georg Mierzwiak, Wilhelm Oberwittler,
Anneliese Oel-Monat, René Schubert, Theo Thiemeyer, Wolfgang Weiss.

I. Medizinische Grundlagen nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis

1. Präambel

- 1.1 Krankheit hat stets Behandlungsbedürftigkeit unterschiedlichen Ausmaßes zur Folge. Die begriffliche Trennung von Behandlung und Pflege und die organisatorische Trennung von jeweiligen Versorgungsstrukturen kann nur willkürlich geschehen und ist der Sache nach nicht begründet.
 - 1.2 Verschiedene Krankheiten bedingen unterschiedliche Intensitäten der Behandlung und zwar dies auch *unabhängig vom Alter* (Beispiel: Blinddarmentzündung/Karzinom). Wenn trotzdem der Alternsprozesse bei bestimmten Krankheiten ein erhöhtes Maß an Behandlung und Pflegebedürftigkeit verursacht, so darf das unter dem Gesichtspunkt der gleichen sozialen Gerechtigkeit für alle nicht zu verschlechterten Behandlungsbedingungen für alte Kranke führen.
 - 1.3 Es gibt keine Pflegebedürftigkeit, die aus dem Alternsprozesse allein folgt. Werden alte Menschen pflegebedürftig, ist stets auch Krankheit im Spiele. Der »reine Alterstod« ist praktisch unbekannt. Niemand stirbt an seinem Alter, alle Alten sterben an irgendeiner Krankheit.
 - 1.4 Altwerden erhöht das Risiko für bestimmte Krankheiten. Je länger ein Mensch lebt, um so größer wird die Erwartungswahrscheinlichkeit, irgendeine Krankheit zu erleben. Es ist Sache der Medizin, die altersabhängigen Risikofaktoren für Erkrankungen zu erkennen und auszuschalten.
 - 1.5 Grundprozesse des Alterns sind weitgehend unbekannt. Daraus folgt, daß sich Altern bis heute nicht hinreichend an Hand gesetzmäßiger Vorgänge beschreiben läßt, woraus wiederum folgt, daß in vielen Bereichen keine erkennbare Grenze zwischen »normalem« und krankhaftem Altwerden besteht.
 - 1.6 Altwerden oder -sein ist nicht selbst schon mit Krankheit gleichzusetzen. Gesundheit im Alter bedeutet ebenso wie in anderen Lebensphasen optimale Intaktheit der geistig-seelischen und körperlichen Funktionen. Auch für alte Menschen hat die Definition des Gesundheitsbegriffes der WHO Gültigkeit, die besagt, Gesundheit ist ein »Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen«.
- Aufgabe der Altersmedizin ist es daher, das Auftreten neuer Erkrankungen im höheren Lebensalter nach Möglichkeit zu vermeiden, sie zu behandeln und die sich während des Lebens anhäufenden negativen Folgen vorausgegangener Erkrankungen durch geeignete Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu kompensieren.
- Dem widerspricht auch nicht, daß die Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen mit zunehmendem Lebensalter und zunehmenden Krankheitsprozessen am Einzelnen geringer wird. Dieser asymptotische Effizienzverlust medizinischer Maßnahmen ist es schließlich, der den Tod »zuläßt«.

- 1.7 Wartung und Pflege, soweit sie sich ausschließlich auf die Sicherung minimaler vitaler Existenzbedingungen erstrecken, sind bei dem heutigen Stande medizinischen Wissens als alleinige Pflegemaßnahmen im Krankheitsfall nicht mehr zu vertreten.

Deshalb darf es den bisher sogenannten »Fall der reinen Pflege« nach ärztlichem Gewissen nicht mehr geben. Hinzu kommt, daß sich in solchen minimalen Pflegebereichen Personal akkumuliert, das zu gering ausgebildet ist, was wiederum bedeutet, daß die am schwersten Kranken und Gestörten am schlechtesten versorgt werden. Blieben die Bedingungen in diesem Bereich so wie sie bisher oft anzutreffen sind, so würde sich der Pflegekräftemangel mit Sicherheit weiter verstärken, da auch Krankenpflegepersonal sich heute zunehmend weniger als Pflegepersonal und immer mehr als Therapievermittler versteht und dies durchaus zu Recht. Therapievermittlung setzt aber wiederum ärztliche Mitarbeit und Verantwortung voraus.

- 1.8 Das Problem der Behandlung Alterskranker ist ganz wesentlich ein Problem der institutionellen Planung und Finanzierung. Aus medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive ist zu fordern, daß jede Behandlung und Pflege von Kranken ärztlich überwacht wird. Um dies zu verwirklichen, ist auch weiterhin der Aufbau differenzierter institutioneller Versorgungsstrukturen notwendig, die sich allerdings in einigen wesentlichen Punkten — vor allem im Bereich der jetzigen Pflegeheime — ganz erheblich modernisieren müssen. Differenzierte Versorgungsstrukturen können aber nur funktionieren, wenn das Prinzip der gegenseitigen Durchlässigkeit verwirklicht wird und seine Realisierung nicht wie bisher durch administrative Zuständigkeiten und finanzielle Regelungen verhindert wird.

2. Begriff der »Behandlung und Pflege«

- 2.1 Was Krankheit ist, wird in dem hier gegebenen Sinnzusammenhang nicht allein aufgrund bestimmter patho-physiologischer Gegebenheiten definiert, sondern nach der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlungsmöglichkeit. Krankheit und Behandlung gehören zusammen. Wenn körperliches oder seelisches Leiden nach den Erkenntnissen der modernen Medizin einer Behandlung zugeführt werden kann, so hat dies unabhängig vom Alter zu geschehen. Selbst wenn man annehmen könnte, daß die Prognose bei einem bestimmten Krankheitsbild mit hoher Wahrscheinlichkeit als ungünstig anzusehen ist und der Krankheitsverlauf zu irreversiblen Siechtum führen wird, so kann dies in keiner Lebensphase die Verneinung des Behandlungsbedarfs zur Folge haben. Auch chronische Erkrankungen sind behandlungsbedürftig.

Die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Heilung darf nicht Maßstab für die Entscheidung zugunsten von Behandlung auf der einen und zur ausschließlichen Durchführung von Wartung und Pflege auf der anderen Seite sein. Auch wenn

Therapie nur dazu beiträgt, den Status quo zu erhalten, d.h. Progression des Leidens zu verhindern oder eine gewisse Linderung subjektiven Leidens zu ermöglichen, so ist sie auch damit gerechtfertigt.

- 2.2 Sämtliche medizinischen Maßnahmen sind Bestandteil der Behandlung. Hierzu gehören auch die durch das medizinische Hilfs- und Pflegepersonal durchgeführten Tätigkeiten wie das Verabreichen von Medikamenten oder Übung des Patienten im Rahmen von Reaktivierungs- und Rehabilitationsprogrammen. Zur Behandlung gehört die ärztliche Anordnung und Überwachung von Pflegemaßnahmen. Behandlung in diesem Sinne setzt früher ein und reicht weiter, ist also umfassender als ein veralteter Behandlungsbegriff, der sich an Institutionen orientiert, die als Reservate von »Behandlung« in diesem Sinne gelten. Alle pflegerischen Maßnahmen, die der Versorgung eines Kranken dienen, sind Bestandteil der Behandlung. Zwischen der Grundpflege im Krankenhaus und Grundpflege in anderen Institutionen oder zu Hause besteht ebensowenig ein grundsätzlicher Unterschied wie zwischen Behandlung im Krankenhaus, in einer anderen Institution oder in ambulanter Form. Pflege als eine Hilfeleistung zur Befriedigung vitaler Grundbedürfnisse muß beispielsweise einem Magenoperierten oder Unfallkranken in gleicher Weise gewährt werden wie einem halbseitig Gelähmten oder aufgrund mehrfacher Erkrankungen hilfsbedürftigen älteren Menschen.

- 2.3 Infolge des Fortschritts der medizinischen Wissenschaft muß deshalb *eine Unterscheidung zwischen Pflege im Krankenhaus als unterstützende Maßnahme der Behandlung und der reinen Pflege im Pflegeheim als unhaltbar gelten.*

Diese unbegründete Unterscheidung wird unterstützt durch überholte Traditionen der Medizin.

Der sog. Pflegefall wird negativ als der Fall umrissen, der nicht mehr als Krankenhaus- und somit auch nicht als Behandlungsfall gelten kann. Vielen Medizinern erscheint auch heute die Altersmedizin als frustrierendes Tätigkeitsfeld. Dafür besteht aber — wie sich anhand der erfolgreichen Arbeit geriatrischer Kliniken nachweisen läßt — keine hinreichende Begründung. Zweiteilung zwischen Behandlung und Pflege, wobei mit Behandlung Krankheit und Krankenhaus assoziiert werden und mit Pflege ein irreparabler Zustand, der in einem Pflegeheim nur erhaltend und verwahrend zu versorgen ist, kann heute nicht mehr hingenommen werden. Reine Wartung und Pflege kann nach den heutigen Kriterien medizinischer Möglichkeiten auch bei jenen Patienten, die bisher als »reine Pflegefälle« bezeichnet worden sind, nicht mehr genügen.

Neben medikamentöser Versorgung sind auch hier aktivierende, ärztlich zu überwachende Therapieverfahren bis hin zur Rehabilitation möglich. In jener Zweiteilung liegt, darauf sei schon hier hingewiesen, eine wesentliche Wurzel für die große Schwierigkeit, ausreichendes und adäquates Pflege-

personal für diesen Therapiesektor zu interessieren, denn ohne Frage spielen Fortbildungsmöglichkeiten, erfolversprechende und günstige Arbeitsbedingungen für die Personalgewinnung heute eine größere Rolle als früher.

Unter den derzeitigen Bedingungen kann eine Arbeit in Pflegeheimen aber häufig nicht befriedigen.

2.4 Die Deklaration als »Behandlungsfall« oder »Pflegefall« ist in der Praxis von Zufälligkeiten abhängig.

Patienten, die im Rahmen wissenschaftlicher Projekte von einer Universitätsklinik aufgenommen werden, sind fast selbstverständlich automatisch »Behandlungsfälle«. Die gleichen Patienten können unter anderen Umständen von einem üblichen Krankenhaus sofort oder nach kurzer Frist zum »Pflegefall« erklärt und in ein Pflegeheim weiterverlegt werden. Inwieweit Rehabilitationsmaßnahmen und aktivierende Pflege eingesetzt werden können oder nicht, hängt gleichfalls von den Zufälligkeiten der Institutionalisierung im Einzelfalle ab.

3. Institutioneller Bezug

3.1 Die verfügbaren Institutionen dürfen nicht Leitpunkte einer Entscheidung über die Behandlungsmöglichkeiten älterer Menschen sein, vielmehr sind sie nur als verschiedene Gehäuse zu betrachten, in denen Behandlung unter verschiedenen Bedingungen stattfinden kann.

3.2 Behandlung muß ambulant, teil-stationär und auch stationär erfolgen können. Die notwendigen abgestuften Einrichtungen sind bereits vorhanden, wenn auch in unzureichendem Maße. Infolge der geringen Durchlässigkeit werden sie weder sozial- und gesundheitspolitisch noch ökonomisch optimal genutzt. Patienten, die besser in einer anderen Einrichtung versorgt und behandelt werden könnten, blockieren die Plätze in Krankenhäusern. Dort wiederum können andere deshalb nicht aufgenommen werden. Krankheitsbild der Patienten und Behandlungsziel der belegten Einrichtungen klaffen auseinander. Und immer wieder wird sichtbar, daß es an der Kenntnis von verschiedenen abgestuften Behandlungszielen und an der Zusammenarbeit zwischen den hierauf ausgerichteten Einrichtungen fehlt.

Es kommt also entscheidend auf eine institutionelle Koordinierung, Planung und Finanzierung aller medizinisch indizierten und überwachten Behandlung an. Dies setzt zwingend ein Höchstmaß an Durchlässigkeit voraus.

3.3 Sowohl bei jungen als auch bei alten Menschen ist eine *Abhängigkeit des institutionellen Betreuungsbedarfs vom sozialen Hintergrund* gegeben. Können Angehörige die Versorgung übernehmen, so wird eine ambulante Behandlung unter Umständen möglich sein. Im anderen Falle muß der Patient

in einem Krankenhaus oder Krankenhaus behandelt werden, wenn eben die sozialen Gegebenheiten häusliche Pflege nicht zulassen. Es ist selbstverständlich, daß das Maß der realisierten Behandlungsmöglichkeiten nicht von sozialen Konstellationen abhängen darf.

3.4 Behandlung im oben beschriebenen Sinne erfolgt schon heute in Altenheimen und Altenpflegeheimen. Es ist aber nicht zu verkennen, daß in vielen Einrichtungen durch eine Verstärkung des dort verfügbaren ärztlichen Dienstes und durch eine weiter ausgebauten Konsiliartätigkeit von Ärzten eine Verbesserung der Behandlungsbedingungen und Behandlungsintensität wahrscheinlich ohne größeren Aufwand erreicht werden könnte. Eine durch bessere ärztliche Überwachung gesicherte, den objektiven Gegebenheiten entsprechende Verteilungssteuerung der Patienten wird auch dazu führen — geeignete abgestufte Institutionsketten vorausgesetzt —, daß die vorhandenen Einrichtungen ökonomischer genutzt und das vorhandene Personal sinnvoller eingesetzt wird. Dies alles kommt letztlich dem Patienten zugute.

4. Charakteristika des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufs

4.1 *Krankheiten im Alter sind nicht ohne weiteres deshalb auch Krankheiten des Alters.* Vielfach liegen nebeneinander verschiedene Veränderungen und Störungen des Gesundheitszustandes bei älteren Menschen vor — ein Tatbestand, der als »Multimorbidität« gekennzeichnet wird. Oftmals sind mehrere Erkrankungen verschiedener Organsysteme zur gleichen Zeit latent vorhanden. Sie werden erst bei einer akut auftretenden zusätzlichen körperlichen oder seelischen Belastung aktiviert und überschreiten die Manifestationsschwelle. Dadurch komplizieren sich Krankheitsverläufe in höherem Alter häufig gegenseitig, woraus ohne Frage genaue ärztliche Diagnostik und überwachte Therapie besonders dringlich abzuleiten sind. Die relative *Unsicherheit der Prognose* ist ein weiteres Charakteristikum des Krankheitsverlaufs im höheren Alter.

4.2 Was die *Therapie von Alterserkrankungen* betrifft, so kommt der als physiologisch und nicht als krankhaft zu bezeichnende Wandel von Organfunktionen hinzu, der die Möglichkeit veränderter Reagibilität des alternden Organismus z.B. auf bestimmte Pharmaka impliziert.

Aus diesem Grunde bedarf Behandlung von Alterserkrankungen besonderer Kenntnisse und Erfahrungen. Das gilt z.B. auch für krankengymnastische Therapie, hydro- und physiotherapeutische Maßnahmen wie auch Beschäftigungstherapie.

4.3 *Trotz dieser Besonderheiten ist eine grundsätzlich pessimistische Betrachtungsweise der Verlaufsdynamik von Alterserkrankungen nicht berechtigt.*

Das läßt sich am Krankheitsbild der senilen Demenz verdeutlichen. Der Begriff der Demenz wie er in der Psychiatrie als Ausdruck eines irreversiblen Krankheitsgeschehens geprägt worden ist, ist heute nicht mehr haltbar. Auch

dementielle Prozesse müssen nicht zu irreparablen Defekten führen wie das Beispiel der progressiven Paralyse nach Einführung der Penicillin-Therapie bereits in einem nicht geriatrischen Bereich bewies.

Eine Altersdemenz kann sich häufig in Zusammenhang mit extracerebralen behandlungsfähigen Krankheitszuständen entwickeln wie beispielsweise auf dem Boden einer dekompensierten Herzinsuffizienz. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit zu enger Zusammenarbeit zwischen innerer Medizin und Psychiatrie gerade auf dem Feld der Geriatrie. Erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung kann das dementielle Krankheitsbild völlig zum Verschwinden oder zumindest seine Progression zum Stillstand bringen. Mit diesem Hinweis soll nicht bestritten werden, daß eine relativ kleine Gruppe auch weiterhin in einen chronischen Krankheitsverlauf einmünden wird. Aber selbst in diesen Fällen kann das Ausmaß der Defizienz verringert oder gar ausgeglichen werden, wenn es gelingt, die noch vorhandenen Kräfte der Persönlichkeit zu aktivieren bzw. reaktivieren.

- 4.4 Die Diagnose »Cerebralsklerose« ist häufig anfechtbar. Das Etikett Cerebralsklerose wird oft synonym mit »abgebaut, alt, pflegebedürftig, störend« benutzt, um gesetzliche Maßnahmen auszulösen wie z.B. Entmündigung, Pflegerschaft, Einweisung in eine psychiatrische Anstalt. Im Licht moderner Forschungsergebnisse ist das unzulässig. Dieser Begriff müßte eigentlich aufgegeben werden, denn einerseits ist nicht einmal klar, ob nicht eine »Pathosklerose« von einer »Physiosklerose«, also einer »normalen« Gefäßwandveränderung abgegrenzt werden muß, und andererseits bestehen zwischen Intensität der sklerotischen Gefäßveränderung und Intensität der klinischen Ausfallerscheinungen keine gesetzmäßigen Beziehungen. Weiter ist zu berücksichtigen, daß klinische Erscheinungen, die der Cerebralsklerose zugerechnet werden, oft erst aufgrund akut auftretender extracerebraler Krankheitsprozesse, die sekundär zu einer Verminderung der Hirndurchblutung führen, auftreten. Sie können nach erfolgreicher internistischer Behandlung der Grundkrankheit auch wieder voll kompensiert werden.
- 4.5 Die Antwort auf die Frage nach dem Behandlungsbedarf kann nicht von der Behandlungsprognose, d.h. von dem voraussichtlichen Behandlungseffekt abhängig gemacht werden. Ausschlaggebend müssen die Behandlungsmöglichkeiten sein. Heute werden nicht die Diagnostik und Therapie betrieben, die möglich und notwendig wären, um gesicherte Aussagen über Reversibilität oder Irreversibilität von Krankheitsprozessen im höheren Alter machen zu können. Die in Diagnostik und Therapie aufgewendete Sorgfalt — sowohl in Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte als auch in Krankenhäusern — läßt im höheren Alter der Patienten eben nach. Diese nachlassende Sorgfalt und das nachlassende Engagement führen nach dem Modell der sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu der Fixierung der angeblich negativen Prognostik von Alterserkrankungen und dem frustrierenden Erlebnis der Erfolglosigkeit allen ärztlichen Handelns in diesem Bereich.

II. Anspruch und Verpflichtung nach der Reichsversicherungsordnung und der Rechtsprechung der Sozialgerichte

1. Präambel

- 1.1 Ausgangspunkt für die rechtliche Betrachtung ist der *versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff*, wie er sich wegen Fehlens einer Legaldefinition aus der Rechtsprechung entwickelt hat.
- 1.2 *Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne* ist ein objektiv faßbarer Zustand, der von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht (Regelwidrigkeit) und der der Behandlung zum Zwecke der Heilung, der Linderung oder der Verhütung einer drohenden Verschlimmerung bedarf (Behandlungsbedürftigkeit); sog. bedarfsorientierter Krankheitsbegriff.
- 1.3 *Behandlung* ist die Gesamtheit der der Erreichung des Behandlungszweckes (siehe 1.2) dienenden ärztlich indizierten Maßnahmen, soweit sie ärztlich angeordnet sind und ärztlich überwacht werden, gleichgültig, ob die Einzelmaßnahmen von Ärzten oder ärztlichem Hilfs- bzw. sonstigem Fachpersonal ausgeführt werden.
- 1.4 Eine Unterscheidung zwischen Maßnahmen der *Behandlung* (vgl. 1.3) und Maßnahmen der *Pflege* (im Sinne einer Beschränkung auf Verrichtungen zur Sicherung minimaler Existenzbedingungen) ist auch versicherungsrechtlich nicht begründbar.
- 1.5 RVO und sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung kennen keine rechtliche *Unterscheidung zwischen sog. Behandlungsfällen* (im Sinne der Behandlung akut Kranker) und *sog. Pflegefällen* (im Sinne der Behandlung chronisch Kranker).
- 1.6 *Die Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung* hat gleichermaßen die medizinische wie die soziale Indikation des Einzelfalles zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Möglichkeit einer (ambulanten) Krankenpflege ist nicht die abstrakte, sondern die *konkrete Betrachtungsweise* zugrundezulegen.
- 1.7 *Der versicherungsrechtliche Begriff des Krankenhauses* orientiert sich unabhängig von der jeweiligen Bezeichnung der Institution an dem Bestehen der Möglichkeit einer Betreuung durch einen jederzeit rufbereiten Arzt und durch geschultes Pflegepersonal sowie an dem Vorhandensein einer apparativen Mindestausstattung. Ein Kranken-(Pflege-)heim bzw. die Pflegeabteilung eines Altenheimes kann daher durchaus den versicherungsrechtlichen Krankenhausbegriff erfüllen.
- 1.8 Erfüllt ein Kranken-(Pflege-)heim bzw. die Pflegeabteilung eines Altenheimes den versicherungsrechtlichen Begriff des Krankenhauses, so ist für die Anwendbarkeit der Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO kein Raum, da die Gefahr einer doppelten Gewährung von Leistungen der Krankenhilfe für die in einer derartigen Einrichtung untergebrachten Rentner nicht besteht.

2. Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne

- 2.1 Ausgangspunkt für eine Untersuchung des versicherungsrechtlichen Status alter Menschen, die als versicherte Kranke in Kranken-(Pflege-)heimen oder in Pflegeabteilungen von Altenheimen leben, ist der versicherungsrechtliche Krankheitsbegriff. Die Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenkasse kommt nur dann in Betracht, wenn eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne vorliegt. In diesem Fall ist es Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, speziell der für den hier interessierenden Personenkreis zuständigen Rentnerkrankenversicherung, die für den Krankheitsfall vorgesehenen Leistungen für den Versicherten (Krankenpflege, Krankengeld und erforderlichenfalls Krankenhauspflge) zu gewähren.

Es ist daher erforderlich, auf den versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff einzugehen.

- 2.2 Die RVO enthält keine Legaldefinition des Begriffes »Krankheit«. Rückschauend läßt sich feststellen, daß dieser Begriff nicht stets unverändert geblieben und im gleichen Sinne verstanden worden ist. Sein Inhalt ist vielmehr mit dem Fortschreiten der medizinischen Wissenschaft dauernden Wandlungen unterworfen. ¹⁾

Daneben hat aber auch der Wandel der sozialen und gesellschaftlichen Anschauungen zu einem umfassenderen, tiefergehenden Verständnis des Krankheitsbegriffes geführt. ²⁾

Für das Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung ist von dem Krankheitsbegriff auszugehen wie er bereits 1898 vom Preuß. OVG geprägt, dann vom RVA übernommen und vom BSG weiterentwickelt worden ist.

Danach ist Krankheit im Sinne des 2. Buches der RVO ein objektiv faßbarer regelwidriger Zustand des Körpers oder des Geistes oder beider zugleich, der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann. ³⁾ ⁴⁾

Als *regelwidrig* ist ein Körper- oder Geisteszustand anzusehen, der von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht. Dabei ist der Begriff der Gesundheit mit dem Zustand gleichzusetzen, der dem einzelnen die Ausübung körperlicher und geistiger Funktionen ermöglicht. Die Regelwidrigkeit ist also von der Funktionstauglichkeit her zu beurteilen. ⁵⁾

Minimale Abweichungen von dem Leitbild des gesunden Menschen können allerdings noch nicht als »Krankheit« angesehen werden, sonst wären weitgehend die Grenzen zwischen einer Krankheit im Sinne des § 182 Abs. 1 RVO und den gesundheitsfürsorglichen Maßnahmen nach § 187 Nr. 4 RVO verwischt. ⁶⁾

Auch Schwächezustände und Beschwerden, die auf der natürlichen Entwicklung beruhen *und sich in normalen Grenzen* halten (Altersschwäche), sind nach herrschender Meinung nicht als Krankheiten anzusehen. ⁷⁾

Dagegen stellen z.B. Unruhe- und Erregungszustände Krankheitserscheinungen dar. ⁸⁾

- 2.3 Entscheidend für den versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff ist die *Behandlungsbedürftigkeit*. Die RVO geht — übrigens wie das BSHG — von einem *bedarfsorientierten Krankheitsbegriff* aus.

Demgegenüber umfaßt der medizinische Krankheitsbegriff auch solche regelwidrigen körperlichen und geistigen Zustände, die der Behandlung nicht bedürfen. ⁹⁾

Behandlungsbedürftigkeit ist dann zu bejahen,

wenn der regelwidrige Zustand ohne ärztliche Hilfe nicht mit Aussicht auf Erfolg behoben, mindestens aber gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann oder wenn ärztliche Behandlung erforderlich ist, um Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu lindern. ¹⁰⁾

Auch ein Zustand, der als »Gebrechen« oder »Behinderung« bezeichnet wird, kann den versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff erfüllen, nämlich dann, wenn er als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand einer Behandlung zugänglich und bedürftig ist. ¹¹⁾

- 2.4 Die zuweilen vom BSG verwandte Formulierung *Heilbehandlung* ¹²⁾ darf nicht dazu verleiten anzunehmen, daß lediglich die auf Heilung im Sinne einer dauerhaften Behebung des regelwidrigen Zustandes gerichteten ärztlichen Maßnahmen eine Behandlung darstellen. Selbstverständlich zielt ärztliche Hilfe in erster Linie auf eine Beseitigung des regelwidrigen Zustandes; wo diese aber nicht oder nicht mehr zu erreichen ist, erstreckt sie sich auf die Erreichung des Möglichen, nämlich der Besserung, der Verhütung einer drohenden Verschlimmerung und der Linderung von Schmerzen und Beschwerden. Ja sogar solche Maßnahmen, die geeignet sind, das Leben des Kranken für begrenzte Zeit zu verlängern, erfüllen das Begriffsmerkmal der Behandlungsbedürftigkeit. ¹³⁾

- 2.5 Auch das Merkmal »ärztliche« Behandlung darf nicht eng ausgelegt werden, und zwar in dem Sinne, daß lediglich notwendige Maßnahmen *des Arztes* unter den Begriff der Behandlungsbedürftigkeit fallen. Auch Maßnahmen von Krankenschwestern, Krankenpflegern, Beschäftigungstherapeuten stellen eine »ärztliche« Behandlung dar, wenn sie auf *ärztlicher Anordnung* beruhen und *ärztlich überwacht* werden. ¹⁴⁾

Der Begriff »Behandlung« darf auch nicht etwa im Sinne einer lediglich oder vorwiegend medikamentösen Therapie verstanden werden. Zu ihr gehören vielmehr auch psychotherapeutische Maßnahmen und der Einsatz von »natürlichen« Heilmitteln und -methoden wie einer ärztlich angeordneten und geleiteten Beschäftigungs- oder Arbeitsbehandlung.¹⁵⁾

Eine Behandlungsbedürftigkeit entfällt, wenn begründete Aussicht besteht, daß die gestörte Körper- oder Geistesfunktion sich auch ohne ärztliche Hilfe normalisiert.

- 2.6 Eine *Verschlimmerung* braucht nicht in der Weise unmittelbar »zu drohen«, daß ohne sofortige Behandlung mit dem alsbaldigen Eintritt einer wesentlichen Verschlimmerung zu rechnen ist. Das Leiden braucht dem Kranken auch (noch) keine besonderen Schmerzen oder Beschwerden zu bereiten. Es genügt, daß es sich unbehandelt wahrscheinlich verschlimmern wird und daß dem Eintritt einer solchen Verschlimmerung am besten, d.h. mit der größten Aussicht auf Erfolg durch eine möglichst frühzeitige Behandlung entgegen-gewirkt wird.¹⁶⁾ Das Merkmal »Erfolg« ist indes nicht nur im Sinne einer Heilung oder Besserung, sondern auch im Sinne einer Verhütung drohender Verschlimmerung oder einer Linderung zu verstehen.¹⁷⁾ Die Beurteilung der Erfolgsaussicht darf auch nicht nachträglich, lediglich unter dem Gesichtspunkt der effektiven Wirksamkeit getroffen, sondern sie muß bei Beginn der Behandlung und immer wieder im Verlaufe der Behandlung gestellt werden, wobei der objektive Maßstab eines verantwortungsbewußten Arztes unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft anzulegen ist. Dabei dürfen aber auch die sozialen und menschlichen Probleme nicht unberücksichtigt bleiben, die es verbieten, einen Kranken deshalb als »Pflegefall« anzusehen, weil die Behandlung langwierig und der Erfolg¹⁸⁾ nicht »garantiert« ist.¹⁹⁾

Auch bei »unheilbaren« Dauerleiden, deren Krankheitsbild fixiert ist, kann daher Behandlungsbedürftigkeit gegeben sein.²⁰⁾

- 2.7 Mit der Aufnahme des Begriffs der »Linderung von Krankheitsbeschwerden« in die Neufassung des § 184 Abs. 1 RVO durch das Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz — KLVG) vom 19.12.1973 (BGBl. I S. 1925) hat der Gesetzgeber die aus der zitierten Rechtsprechung resultierenden Konsequenzen gezogen und endgültig von dem alten versicherungsrechtlichen *Heil-*behandlungsbegriff Abschied genommen. Krankenhauspflege wird nunmehr schon von Gesetzes wegen auch dann gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus lediglich zum Zwecke der Linderung von Krankheitsbeschwerden erforderlich ist. Künftig besteht somit auch in diesen Fällen ein *Rechtsanspruch* auf Gewährung von Krankenhauspflege durch die Krankenkasse.

3. Ist der Begriff »Pflege« dem Begriff »Behandlung« im Rahmen des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffes gleichzusetzen?

- 3.1 In der Praxis wird neben dem Begriff »Behandlung« vielfach auch der Begriff »Pflege« verwendet. Häufig werden beide Begriffe einander in gegensätzlichem Sinne gegenübergestellt. Es ist daher zu untersuchen, ob sich der Begriff »Pflege« vom Begriff der »Behandlung« in der RVO inhaltlich unterscheidet bzw. ob beide Begriffe einander gleichgesetzt werden können oder müssen.
- 3.2 Der Begriff »Pflege« taucht in der RVO mehrfach auf. Ausgehend von dem Oberbegriff »Krankenpflege« unterscheidet die RVO im § 182 Abs. 1 zwischen *Krankenpflege* und *Krankengeld*. *Krankenpflege* umfaßt nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO »ärztliche *Behandlung* und *Versorgung* mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleinen Hilfsmitteln«. Nach § 182 Abs. 2 RVO muß die *Krankenpflege* »ausreichend und zweckmäßig« sein.
- Nach § 184 Abs. 1 RVO hat die Kasse *Krankenhauspflege* zu gewähren, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist. Die RVO verwendet also in den §§ 182 und 184 nacheinander drei verschiedene Begriffe, nämlich: »Pflege«, »Behandlung« und »Versorgung«.
- 3.3 In der Praxis der gesetzlichen Krankenkassen wie auch in der Rechtsprechung der Sozialgerichte begegnet man nichtsdestoweniger dem Begriff »Pflege« selten, ausgenommen in einem ganz anderen weiter unten zu erörternden Sinn. Stattdessen hat sich allgemein der Begriff »Behandlung« eingebürgert. In diesem Sinne spricht man z.B. von ambulanter oder stationärer, von strahlentherapeutischer oder operativer »Behandlung«. Inhalt des Begriffs »Behandlung« ist die auf Heilung, Besserung oder Linderung gerichtete Tätigkeit eines Arztes oder seiner Gehilfen.²¹⁾
- Hierzu gehört keineswegs ausschließlich die Anwendung von Arzneien und Heilmitteln; die Behandlung kann sich auch in ärztlicher Anordnung und Überwachung der Lebensweise, insbesondere der Ernährung erschöpfen.²²⁾ Dem versicherungsrechtlichen Anspruch des § 182 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 RVO entspricht § 368 e RVO, wonach der Versicherte Anspruch auf ärztliche »Versorgung« hat, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Diese beiden Begriffe der »ärztlichen Behandlung« und »ärztlichen Versorgung« stimmen miteinander überein.²³⁾
- 3.4 Es ist also festzustellen, daß die RVO unterschiedliche Termini für dieselbe Sache verwendet. Wenn das Gesetz schon die Begriffe »Behandlung« und »Versorgung« im gleichen Sinne verwendet, dann gilt dasselbe um so mehr für den in den §§ 182 und 184 RVO verwendeten Begriff »Pflege«.

Im § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO wird nämlich der Begriff »Krankenpflege« dahin erläutert, daß er umfaßt

ärztliche Behandlung
und
Versorgung mit Arznei usw.

Der Inhalt der versicherungsrechtlichen Leistung (Kranken-)»Pflege« ist also nichts anderes als »ärztliche Behandlung« in dem oben erörterten Sinne. Daraus folgt, daß dem Begriff »Pflege« im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Begriff »ärztliche Behandlung« keine selbständige und schon gar nicht eine konträre Bedeutung zukommt.²⁴⁾ Beide Begriffe werden in den Bestimmungen der §§ 182, 184 RVO also synonym verwendet.

- 3.5 Gleichwohl begegnet man in der Praxis der gesetzlichen Krankenkassen und zuweilen auch der Sozialgerichte immer wieder dem Begriffspaar »Behandlungsfall« — »Pflegefall«.²⁵⁾ »Behandlung« und »Pflege« werden hier in durchaus gegensätzlichem Sinne verwendet. Untersucht man die Dinge näher, so fällt zunächst auf, daß dieses Begriffspaar nur bei *stationären* Maßnahmen in Erscheinung tritt. Weiterhin ist festzustellen, daß es sich um Bezeichnungen handelt, die man in der RVO vergeblich suchen wird. Geht man auf den Ursprung der Bezeichnungen zurück, so kommt man zu der Erkenntnis, daß es hier letztlich um die Frage geht, ob aus medizinischer Indikation Krankenhauspflege notwendig ist oder nicht (vgl. § 182 Abs. 2 RVO).

Dies folgt auch daraus, daß an Stelle des Begriffs »Pflegefall« häufig Begriffe wie »chronischer Fall«, »Dauerfall« oder »Bewahrfall« verwendet werden. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß die Frage der Behandlungsbedürftigkeit — ob stationär oder ambulant — sich stets nur an dem oben dargestellten Begriff der Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne in Verbindung mit den Erfordernissen des Einzelfalles orientieren darf. Es geht nicht an, den Begriff »Pflege« im Sinne einer mangelnden Behandlungsbedürftigkeit zu interpretieren; der Begriff »Pflege« im versicherungsrechtlichen Sinne schließt vielmehr den Begriff »ärztliche Behandlung« im versicherungsrechtlichen Sinne ein. Die Verwendung des Begriffs »Pflege« in diesem Zusammenhang verschleiert nur unnötig die einwandfreie Beurteilung der allein hier gemeinten Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit.

4. Wonach richtet sich die Notwendigkeit der stationären Behandlung im versicherungsrechtlichen Sinne?

- 4.1 Nach der Neufassung des § 184 Abs. 1 RVO durch das Leistungsverbesserungsgesetz — KLVG vom 19.12.1973 (BGBl I S. 1925) — ist die stationäre Krankenhilfe keine Ermessensleistung der Krankenkasse mehr; vielmehr hat der

Versicherte jetzt einen Rechtsanspruch gegen seine Kasse auf Gewährung von zeitlich unbegrenzter Krankenhauspflege, »wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen *oder* zu behandeln *oder* Krankheitsbeschwerden zu lindern.«

Nach § 182 Abs. 2 RVO, der auch weiterhin für die stationäre Krankenhilfe gilt (§ 184 Abs. 1 Satz 2 RVO), muß die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

- 4.2 Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß jede stationäre Behandlung medizinisch indiziert sein muß. Vielfach hat man der medizinischen Indikation die sog. soziale Indikation gegenübergestellt. Hierunter ist richtigerweise die Notwendigkeit der Maßnahmen *aus rein sozialen Gründen* zu verstehen, ohne daß medizinische Gründe hierbei eine Rolle spielen. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß im Einzelfall eine stationäre Behandlung vielfach sowohl medizinisch als auch sozial indiziert ist. Dem trägt die Rechtsprechung Rechnung. So spricht das BSG²⁶⁾ ausdrücklich davon, daß bei der Beurteilung der Frage der Behandlungsbedürftigkeit »die sozialen und menschlichen Probleme nicht unberücksichtigt bleiben dürfen«. Dies alles deutet darauf hin, daß bei der Beurteilung der Frage der Notwendigkeit einer stationären Behandlung die *konkrete Betrachtungsweise* zugrunde zu legen ist. Es ist also z.B. nicht zu fragen, ob abstrakt oder theoretisch der Kranke auch ambulant behandelt werden könnte, sondern ob konkret unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles aus ärztlicher Sicht eine ambulante Behandlung ausreicht. Ist dies *nicht* der Fall und würde die Überleitung der Krankenhauspflege nach § 184 RVO in die (ambulante) Krankenpflege nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO sich auf den Gesundheitszustand des Versicherten ungünstig auswirken,²⁷⁾ so ist stationäre Behandlung erforderlich und somit zu gewähren; schon nach dem alten Recht der Reichsversicherungsordnung wäre die Verweigerung der stationären Behandlung in einem solchen Falle als Ermessensmißbrauch zu qualifizieren gewesen.²⁸⁾

5. Ist der versicherungsrechtliche Begriff des Krankenhauses auf Pflege-(Kranken-)heime anzuwenden?

- 5.1 § 184 RVO spricht nicht von stationärer Behandlung oder Pflege, sondern verwendet ausdrücklich den Begriff »Krankenhaus«. Das hat in der Praxis dazu geführt, daß Behandlungseinrichtungen, die sich nicht als »Krankenhaus« oder »Klinik« bezeichneten, vielfach Schwierigkeiten hatten, von den gesetzlichen Krankenkassen als »Krankenhäuser im Sinne der RVO« anerkannt zu werden. In jüngerer Zeit widerfuhr dies vor allem Heilstätten für Tbc- und Alkohol-kranke. Dies führte dazu, daß sich die Sozialgerichte mit dem Krankenhausbegriff auseinandersetzen mußten. In seiner Entscheidung vom 27.8.1968²⁹⁾ bezeichnet das BSG als Krankenhaus im versicherungsrechtlichen Sinne eine

Anstalt, die neben einer apparativen Mindestausstattung die Möglichkeit der Betreuung durch einen jederzeit rufbereiten Arzt und durch geschultes Pflegepersonal bietet.

Es fragt sich, ob diese höchstrichterliche Definition nicht auch auf Einrichtungen anwendbar ist, in denen alte Menschen mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung drohender Verschlimmerung oder Linderung von regelwidrigen Zuständen des Körpers oder des Geistes (oder beider zugleich) »behandelt« werden.

- 5.2 Nicht erst das BSG, sondern bereits das frühere RVA³⁰⁾ hat deutlich gemacht, daß es auf die *Bezeichnung* der Einrichtung *nicht* ankommt. Darüber hinaus hat das BSG festgestellt, daß der Begriff des »Krankenhauses« (im Sinne der RVO) im Laufe der Entwicklung eine weitgehende Auflockerung erfahren hat.³¹⁾

Es ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob die o.g. Kriterien des BSG vorliegen. Sind sie erfüllt, so kann z.B. auch eine Heilstätte für Suchtkranke ein Krankenhaus im Sinne des Krankenhausversicherungsrechts der RVO sein.³²⁾ Die vom BSG aufgestellten Begriffsmerkmale können sogar bei einem Säuglings- und Kleinkinderheim erfüllt sein.³³⁾ In einer weiteren Entscheidung³⁴⁾ hat das BSG auch ein heilpädagogisches (psychotherapeutisches) Kinderheim mit »kinderanalytischer Einzelbehandlung durch Psychologen, Psychagogen oder sonstige besonders geschulte Fachkräfte unter ärztlicher Leitung« als eine Einrichtung angesehen, auf die der § 184 RVO (Krankenhauspflege) »entsprechend« anzuwenden ist.³⁵⁾

Bemerkenswert ist das in Anm. 26 zitierte BSG-Urteil aber auch deswegen, weil hier generell festgestellt wird, daß »die stationäre Behandlung von psychisch Kranken . . . auch in anderen Einrichtungen als Krankenhäusern durchgeführt werden (kann), wenn diese nach gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft für die stationäre Behandlung bestimmter seelischer Erkrankungen geeignet sind«.

- 5.3 Wenn man davon ausgeht, daß ein großer Teil der in Pflegeheimen (Krankenheimen) lebenden alten Menschen an psychischen Erkrankungen leidet, dann ist die Bedeutung dieses Urteils für diese Einrichtungen evident. Was aber für psychisch Alterskranke gilt, dürfte erst recht für die körperlich Alterskranke gelten. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, die Feststellung des BSG dahin zu verallgemeinern, daß die stationäre Behandlung von Kranken auch in anderen Einrichtungen als solchen, die landläufig als »Krankenhäuser« bezeichnet werden oder die sich selbst als solche bezeichnen, in (mindestens) entsprechender Anwendung des § 184 Abs. 1 Satz 1 RVO den Begriff »Krankenhauspflege« erfüllt, wenn die Einrichtung nach gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zur Behandlung von Kranken geeignet ist.³⁶⁾

- 5.4 Zu untersuchen wäre abschließend noch die Frage, ob die Kranken-(Pflege-)heime bzw. die Pflegeabteilungen von Altenheimen, die die vorerwähnten institutionellen Voraussetzungen erfüllen, »Anstalten« im Sinne des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO sind, in denen für den Kreis derjenigen Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und welche diese Rente beantragt haben (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO), die Krankenhilfe ruht, sofern diese Personen in der Einrichtung »dauernd zur Pflege untergebracht sind, in der sie im Rahmen ihrer gesamten Betreuung Krankenpflege erhalten«.

Da der Begriff »Krankenhilfe« der Oberbegriff für die versicherungsrechtlichen Leistungen der Krankenpflege (= ambulante Krankenbehandlung), des Krankengeldes und der *Krankenhauspflege* ist (vgl. §§ 182 Abs. 1 und 184 Abs. 1 RVO), könnte der Eindruck entstehen, als ob die gesetzlichen Krankenkassen zur Übernahme von Kosten für Rentenversicherte, die in einem Kranken-(Pflege-)heim oder in einer Altenheimpflegeabteilung untergebracht sind, welche den versicherungsrechtlichen Krankenhausbegriff erfüllen, nicht verpflichtet wären.

- 5.5 Für die rechtliche Beurteilung der Frage ist es erforderlich, auf den Sinn und Zweck des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO einzugehen. Wie das BSG³⁷⁾ unter Hinweis auf die Rechtsprechung des früheren RVA und die damalige Literatur darlegt, bezweckt die Vorschrift, Doppelleistungen zu verhindern. Dem in einer »Anstalt« untergebrachten Rentner sollte es nicht freigestellt sein, die ihm innerhalb der Einrichtung im Rahmen der getroffenen Unterbringungsvereinbarung zur Verfügung stehende Krankenhilfe auszuschlagen und stattdessen einen anderen Arzt auf Kosten der Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Wenn im Rahmen der gesamten Unterbringungskosten auch die Kosten der in der »Anstalt« zur Verfügung stehenden Krankenhilfe pauschal (z.B. im Rahmen des Pflegesatzes) mit abgegolten werden, bringt es für den Rentner, auch wenn er die Unterbringungskosten selbst trägt, keinen Nachteil, wenn sein Anspruch auf Krankenhilfe beschnitten und er auf die ihm im Rahmen des Unterbringungsvertrages zur Verfügung stehenden Krankenhilfeleistungen verwiesen wird.³⁸⁾

Wenn das frühere RVA³⁹⁾ als Sinn und Zweck des Vorläufers des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO, des § 11 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4.11.1941 (RGBl. I S. 689), außerdem anführt, daß das »Risiko der Rentnerkrankenversicherung durch den Ausschluß dauernd Pflegebedürftiger von der Leistungsberechtigung habe eingeeengt werden« sollen, so hat das BSG⁴⁰⁾ diese Auffassung nicht übernommen. Es hat vielmehr darauf hingewiesen, daß die Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen durch die Krankenversicherung der Rentner übermäßig belastet werden und wie dem zu begegnen ist, der Gesetzgeber zu entscheiden hat.⁴¹⁾

Überdies hat das BSG⁴²⁾ darauf hingewiesen, daß es sich bei dem § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO um eine *Sondervorschrift* handelt, die *eng auszulegen* ist.

III. Art und Ausstattung der stationären Einrichtungen

Der § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO geht erkennbar davon aus, daß die Kosten der Anstaltsunterbringung, in deren Rahmen der Rentner Krankenhilfe erhält, entweder von dem Rentner selbst oder von einem Dritten (z.B. vom Sozialhilfeträger), jedenfalls nicht von einem Krankenversicherungsträger zu tragen sind. Das vorliegende Gutachten weist aber gerade nach, daß die Krankenkasse einem Versicherten, der wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einer »Anstalt« (z.B. Kranken- oder Pflegeheim) untergebracht ist, die die Merkmale des versicherungsrechtlichen Krankenhausbegriffs (rufbereiter Arzt, geschultes Pflegepersonal, apparative Mindestausstattung) erfüllt, Krankenhauspflege nach § 184 RVO zu gewähren hat. Die Gefahr einer Doppelleistung besteht daher nicht, wenn die Krankenkasse im Kranken-(Pflege-)heim bzw. in der Pflegeabteilung eines Altenheimes *ohnehin* zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet ist. Das Gutachten kommt überdies zu dem Ergebnis, daß der kranke Versicherte in einer solchen Einrichtung nicht entsprechend dem Wortlaut des § 216 Abs. 1 Nr. 3 RVO »zur Pflege« sondern »zur Behandlung« untergebracht ist. Daraus folgt, daß die genannte Vorschrift für die in Kranken-(Pflege-)heimen bzw. in den entsprechenden Abteilungen der Altenheime wegen ihrer stationären Behandlungsbedürftigkeit untergebrachten alten Menschen ohne praktische Bedeutung ist.⁴³⁾

1. Für die Behandlung kranker alter Menschen stehen heute Allgemein- und Sonderkrankenhäuser mit ihren verschiedenen Fachrichtungen zur Verfügung. Unter den Einrichtungen, die auf dem Krankensektor für die Behandlung und Pflege älterer Patienten eine besondere Bedeutung haben, sind vor allem geriatrische Krankenhäuser und Langzeitkrankenhäuser, geriatrische Abteilungen in Akut-Krankenhäusern und in psychiatrischen Krankenhäusern, geronto-psychiatrische Abteilungen in geriatrischen Krankenhäusern und in psychiatrischen Einrichtungen zu nennen. Diese Einrichtungen müssen weiter ausgebaut werden, wobei gerade im Hinblick auf die Besonderheiten der Behandlung alter Menschen die interdisziplinäre Zusammenarbeit entwickelt und gefördert werden muß. Die für eine optimale Betreuung und Versorgung zu fordernde Kette abgestufter Institutionen unterschiedlicher Aufgabengestaltung wird u.a. auch halbstationäre Einrichtungen umfassen müssen.
In den oben genannten vorhandenen Einrichtungen werden die Kosten der Behandlung von den Krankenkassen getragen. Für einige Sonderkrankenhäuser sind Sonderregelungen getroffen worden. Anders ist es in Pflegeabteilungen, Pflegeheimen und Krankenheimen. Hier werden die Kosten der stationären Behandlung kranker alter Menschen durch die Krankenkassen bisher nicht übernommen.
2. Die Entscheidung, ob ein stationärer Behandlungsbedarf kranker alter Menschen gegeben ist, kann nicht im Hinblick auf verfügbare und traditionell anerkannte Institutionen getroffen werden. Der gegebene Bedarf an »Behandlung und Pflege« deckt sich nicht mit den herkömmlichen Leistungen eines allgemeinen Krankenhauses. »Behandlung und Pflege« kann mit einem anderen therapeutischen Programm und Ziel auch in anderen Einrichtungen, z.B. in größeren Pflegeabteilungen sowie in Kranken- und Pflegeheimen, angeboten und gewährt werden. Voraussetzung ist, daß die erforderlich personelle, apparative und räumliche Ausstattung zur Behandlung kranker alter Menschen gegeben ist.
3. Jede Art der Behandlung und Pflege muß ärztlich indiziert und überwacht sein. Dies bedingt die Ausrichtung des gesamten therapeutischen Programms auf die Behandlungsziele. Regelmäßige ärztliche Visiten im erforderlichen Umfange bei allen Patienten sind unerlässlich. Ein Arzt muß jederzeit rufbereit sein. Aus diesen Gründen ist die Anstellung eines freipraktizierenden Arztes bzw. eines Krankenhausarztes für ein Kranken- und Pflegeheim (oder eine größere Pflegeabteilung) notwendig. Schließlich muß auch eine konsiliarische Beteiligung der jeweils notwendigen Fachärzte gesichert sein.
4. Behandlung und Rehabilitation kranker alter Menschen sind auch in Kranken- und Pflegeheimen an den Einsatz von Fachkräften gebunden. Ausgebildetes therapeutisches Personal (einschl. Pflegepersonal) muß zur Verfügung stehen.

5. Die räumliche Ausstattung im Behandlungsbereich wird von der Größe und von der therapeutischen Zielsetzung der einzelnen Einrichtung abhängen. Arzt- und Behandlungsräume sollten mindestens den Anforderungen einer ambulanten Praxis gerecht werden. Die Anforderungen an die apparative Ausstattung werden von verschiedenen Faktoren abhängen, z.B. von der Zahl der Patienten oder auch von der Entfernung zum nächstgelegenen Akutkrankenhaus. Rehabilitationseinrichtungen müssen vorhanden sein.
6. Mit diesen Erläuterungen werden nur die entscheidenden Mindestvoraussetzungen für Einrichtungen aufgezeigt, die nach den gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ältere Patienten in geeigneter Weise behandeln und pflegen.

Die gestellte Aufgabe wird über die umrissenen Mindestvoraussetzungen hinaus je nach der Besonderheit des Einzelfalles die Voraussetzungen des Betriebes einer Einrichtung bestimmen. Die Zuordnung der einzelnen Einrichtung zum Altenhilfesektor oder Gesundheitssektor ist dabei unerheblich.

IV. Zusammenfassung

1. Verschiedene Krankheiten bedingen unterschiedliche Behandlungsbedürftigkeit, und zwar unabhängig vom Alter. Die Behandlung muß in jedem Grad ärztlich indiziert und überwacht sein.
2. Die begriffliche Trennung von Behandlung und Pflege und die organisatorische Trennung nach entsprechenden Versorgungsstrukturen ist sachlich nicht begründet. Es gibt keine Pflegebedürftigkeit allein auf Grund des Alters. Auch die in der Reichsversicherungsordnung verwendeten Begriffe »ärztliche Behandlung« und »Pflege« sind keine Gegensätze. Sie werden im Gesetz synonym verwendet.
3. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung ist unabhängig von einer möglichen Heilung nach einer konkreten Betrachtungsweise zu beurteilen. Dabei sind im Einzelfall die medizinische und soziale Indikation zugrunde zu legen.
4. Die Kennzeichnung einer Institution als Krankenhaus ist für eine dort mögliche stationäre Behandlung nach der Reichsversicherungsordnung und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nicht ausschlaggebend. Die Behandlung ist davon abhängig, daß sie in der jeweiligen Einrichtung ärztlich überwacht wird, und daß dort geschultes Personal sowie eine apparative Mindestausstattung vorhanden ist.
5. Die Behandlung von kranken alten Menschen in großen Pflegeabteilungen, Pflegeheimen oder Krankenheimen, die den genannten personellen, sachlichen und räumlichen Mindestanforderungen genügen, fällt bei gesetzlich Krankenversicherten in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Anhang A: Anmerkungen zu Teil II

- 1) Brackmann: Handbuch der Sozialversicherung Bd. II S. 384
- 2) BSG: Entsch. vom 16.3.1972 – 10 RV 594/70 – in: FEVS Bd. 19 S. 464
- 3) BSG: Entsch. vom 18.6.1968 in: Entsch. d. BSG Bd. 28 S. 114
- 4) Das BSG hat – z.B. in seinen Entscheidungen vom 19.6.1963 – 3 RK 37/59 – und vom 23.11.1971 – 3 RK 26/70 – in: Entsch. des BSG Bd. 19 S. 181 und in FEVS Bd. 19 S. 315 – den Krankheitsbegriff auch als erfüllt angesehen, wenn der regelwidrige Zustand *allein* Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Diese Begriffsvariante soll hier im Hinblick auf den behandelten Personenkreis unberücksichtigt bleiben.
- 5) BSG: Entsch. vom 28.4.1967 – 3 RK 12/65 – in: Entsch. d. BSG Bd. 26 S. 240 sowie Entsch. vom 18.11.1969 – 3 RK 75/66 – in: Entsch. d. BSG Bd. 30 S. 151
- 6) LSG Hamburg in: ZSchrift f. Sozialhilfe 1972 S. 183
- 7) Soziale Sicherung – Sozialenquete-Kommission, Stuttgart – Berlin – Köln – Mainz o.J. Ziff. 180 ff.
- 8) BSG: Entsch. vom 16.3.1972 – 10 RV 594/70 – in: FEVS Bd. 19 S. 464
- 9) Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch 154. – 184. Auflage, Stichwort: Krankheit
- 10) BSG: Entsch. vom 28.10.1960 – 3 RK 29/59 –, 28.4.1967 – 3 RK 12/65 – und 18.6.1968 – 3 RK 63/66 – in: Entsch. d. BSG Bd. 13 S. 134, Bd. 26 S. 243 und Bd. 28 S. 115
- 11) BSG in: Entsch. d. BSG Bd. 13 S. 136, Bd. 16 S. 171 und Bd. 20 S. 131
- 12) Entsch. vom 16.3.1972 – 10 RV 594/70 – in: FEVS Bd. 19 S. 464
- 13) BSG: Entsch. vom 27.8.1968 – 3 RK 27/65 – in: FEVS Bd. 16 S. 157
- 14) BSG: Entsch. vom 27.8.1968 – 3 RK 27/65 – in: FEVS Bd. 16 S. 157; vergl. auch LSG NW: Entsch. L 2 Ku 112/68 vom 9.4.1970:
»Auch dort, wo Einzelmaßnahmen von nicht ärztlich vorgebildeten Personen des therapeutischen Teams durchgeführt werden, erfolgen sie aufgrund des gemeinsam mit den Ärzten erarbeiteten Behandlungsplanes.«
- 15) BSG: Entsch. vom 17.10.1969 – 3 RK 80/66 –
- 16) BSG: Entsch. vom 18.11.1969 – 3 RK 75/66 – in: Entsch. des BSG Bd. 30 S. 153
- 17) LSG NW: Entsch. vom 15.11.1973 – L 16 Kr 221/72 – (unveröffentl.)
- 18) hier im Sinne einer Heilung oder Besserung zu verstehen
- 19) BSG: Entsch. vom 16.3.1972 – 10 RV 594/70 – in: FEVS Bd. 19 S. 464
- 20) BSG: Entsch. vom 28.4.1967 – 3 RK 12/65 – in: Entsch. d. BSG Bd. 26 S. 240
- 21) Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung Bd. II S. 384 i
- 22) Entsch. d. BSG Bd. 28 S. 201
- 23) Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung Bd. II S. 384 k
- 24) Der Begriff »Pflege« behält allerdings durchaus seine Bedeutung außerhalb der RVO. So findet sich der Begriff »Pflege« in den §§ 68, 69 BSHG in Verbindung mit dem Begriff »Wartung«. Wie im § 69 Abs. 3 BSHG deutlich wird, bezieht sich die Notwendigkeit von »Wartung und Pflege« im Grunde nur auf einem Zustand von Hilflosigkeit,

- der den Betroffenen unfähig macht, die »gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden *Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens*« selbständig auszuführen. Unter den Begriff »gewöhnliche Verrichtungen« fallen nur Verrichtungen, die für die Erhaltung der Existenz erforderlich sind (vgl. Gottschick BSHG 4. Aufl. S. 324), also Einnahme der Mahlzeiten, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft. Nur da, wo es *ausschließlich* um die Ermöglichung dieser »existentiellen« Verrichtung geht, wäre die Verwendung des Begriffs »Pflege« sinnvoll. Da nach § 68 Abs. 1 BSHG die Hilflosigkeit begrifflich auf einer Krankheit oder Behinderung beruhen muß, fallen Behandlung und Pflege im Einzelfall regelmäßig zusammen. Im Falle der *stationären* Behandlung eines *Versicherten* ist dies rechtlich unbeachtlich, da die Leistung der Krankenkasse die gesamten Kosten umfaßt, wie sie sich im Krankenhauspflegesatz niederschlagen, also ärztliche Behandlung, Wartung und Pflege, Verpflegung und Unterkunft.
- 25) Der Begriff »Pflegefall« taucht noch in der von den Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen am 6.12.1973 zum Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz – KLVG) vom 19.12.1973 (BGBl. I S. 1925) herausgegebenen Verlautbarung auf.
- 26) Entsch. vom 16.3.1972 – 10 RV 594/70 – in: FEVS Bd. 19 S. 464
- 27) BSG: Entsch. vom 18.11.1969 – 3 RK 24/68 – in: Soz. Entsch. 2. Folge 39. Lieferung Juni 1970, Nr. 24 (zu § 184 RVO)
- 28) Der BSHG-Gesetzgeber hat im § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG dem praktischen Erfordernis einer konkreten Betrachtungsweise durch die Einfügung der Worte: »in Verbindung mit den Besonderheiten des Einzelfalles« (eingeführt durch das 2. Änderungsgesetz zum BSHG) Rechnung getragen; vgl. auch Entsch. des Bayer. VGH vom 13.10.1969 – Nr. 156 I 68, zitiert bei Gottschick BSHG 4. Aufl. S. 482
- 29) 3 RK 27/65 in: NDV 4/1969 S. 115 f
- 30) Vgl. Entsch. d. RVA Nr. 2140 vom 6.12.1915 (AN 1916 S. 341)
- 31) BSG: Entsch. vom 28.8.1970 – 3 RK 74/67 – in: FEVS Bd. 18 S. 110
- 32) Vgl. Anm. 30 und LSG NW: Entsch. vom 9.4.1970 – L 2 Kn 112/68 – (unveröffentl.)
- 33) Vgl. Anm. 29
- 34) BSG: Entsch. vom 28.8.1970 – 3 RK 74/67 – in: FEVS Bd. 18 S. 110
- 35) Die vom BSG vorangeschickte Feststellung, daß ein Kinderheim »in der Regel« kein Krankenhaus im Sinne des § 184 Abs. 1 RVO ist, kann nach dem Zusammenhang nur die Bedeutung haben, daß die vom BSG aufgestellten Kriterien für den RVO – Krankenhausbegriff jeweils *im konkreten Einzelfall* nachgewiesen sein müssen.
- 36) Wenn der Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung in der Bundestags-Drucksache Nr. 7/1039 auf Seite 3 zum Entwurf des Leistungsverbesserungsgesetzes – KLVG feststellt, daß die Gewährung von Krankenhauspflege »auch künftig« ausgeschlossen ist, wenn »aus anderen als krankheitsbedingten Gründen« *Anstaltspflege* notwendig wird, so darf hieraus wohl der Umkehrschluß gezogen werden, daß »Krankenhauspflege« zu gewähren ist, wenn »Anstaltspflege« (z.B. im Kranken- oder Pflegeheim!) aus *krankheitsbedingten Gründen* erforderlich ist.
- 37) BSG: Entsch. vom 19.8.1964 in: FEVS Bd. 12 S. 35
- 38) so LSG NW: Entsch. vom 8.11.1973 – L 2 Kn 57/71 (unveröffentl.)
- 39) Grds. Entsch. Nr. 5562 in: AN 1944 S. 158
- 40) siehe Anm. 37
- 41) BSG (Anm. 37) S. 39
- 42) Entsch. vom 21.1.1973 – 3 RK 55/71 in: Zeitschrift für Sozialhilfe 1973 S. 276
- 43) Dagegen behält sie ihre Bedeutung für die in *Altenheimen* lebenden Rentner. Das Altenheim ist eine Einrichtung, in der alte Menschen, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushaltes nicht mehr imstande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden (vgl. Nomenklatur von Einrichtungen der Altenhilfe; kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a.M. 1970 – S. 18). Vielfach sind in solchen Heimen Vertragsärzte tätig, die dort gewissermaßen die Funktion des Hausarztes erfüllen und deren vom Heimträger gezahlte Vergütung wie die Kosten der verordneten Medikamente Bestandteile des Heimpflegesatzes sind. Bei den hier auftretenden Erkrankungen handelt es sich jeweils nur um akute Krankheitsfälle, da die chronisch Kranken/Pflegebedürftigen in der meist angeschlossenen Pflegeabteilung behandelt werden.

Anhang B: Abkürzungsverzeichnis

BSG	Bundessozialgericht
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
FEVS	Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte
KLVG	Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz)
LSG	Landessozialgericht
NDV	Nachrichtendienst Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
NW	Nordrhein-Westfalen
OVG	Oberverwaltungsgericht
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RVA	Reichsversicherungsamt
RVO	Reichsversicherungsordnung
Tbc	Tuberkulose
VGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation

Anhang C: Verzeichnis der Bearbeiter

Anger, H.	Prof. Dr. Dr., Direktor des Instituts für Sozialpsychologie der Universität zu Köln, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 2
Bergener, M.	Prof. Dr., Direktor der Rheinischen Landesklinik Köln-Merheim, Psychiatrisches Behandlungszentrum, 5 Köln 91, Wilhelm-Griesinger-Straße 23
Blume, O.	Prof. Dr., Seminar für Sozialpolitik an der Universität zu Köln, 5 Köln 41, Albertus-Magnus-Platz
Böhlau, V.	Prof. Dr. med. habil., leitender Arzt des Taunus-Sanatoriums, 6232 Bad Soden/Ts., Rossertstraße 11
Bräutigam, E.	Leitender Landesverwaltungsdirktor, Landschaftsverband Rheinland, 5 Köln-Deutz, Kennedy-Ufer 2
Brückel, K. W.	Dr., Ärztlicher Direktor der Medizinisch-Geriatriischen Klinik, Abt. des Bürgerhospitals, 7 Stuttgart N, Tunzhofer Straße 14-16
Dieck, M.	Dr., Institut für Altenwohnbau des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V., 5 Köln 1, Sachsenring 39
Falck, I.	Prof. Dr., Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses für Chronisch- und Alterskranke, Charlottenburg, 1 Berlin 19, Sophie-Charlotten-Straße 115
Hauss, W. H.	Prof. Dr., Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Münster, 44 Münster/Westfalen, Westring 3
Jahn, E.	Vizepräsident Prof. Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, 1 Berlin-Dahlem, Thielallee 88/92
Jansen, W.	Dr., Ärztlicher Leiter des Alterskrankenhauses der Stadt Nürnberg, 85 Nürnberg, Veilhofstraße 34
Kaiser, H.	Dr., Chefarzt der I. Medizinischen Klinik, Krankenhauszweckverband Augsburg, 89 Augsburg, Westkrankenhaus
Kanowski, S.	Prof. Dr., Leiter der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Freien Universität Berlin, 1 Berlin 19, Ulmenallee 40
Langmann, R.	Dr., Medizinaldirektor a.D., 433 Mülheim/Ruhr, Wichernstraße 8
Leutiger, H.	Dr., Chefarzt des Geriatriischen Krankenhauses der Ev. Altenhilfe Kurhessen Waldeck, 3520 Hofgeismar
Mierzwiak, H. G.	Beigeordneter der Stadt Leverkusen, 509 Leverkusen, Rathaus
Oberwittler, W.	Prof. Dr., Medizinische Klinik und Poliklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 44 Münster/Westf., Westring 3
Oel-Monat, A.	Landesrätin Dr., Landschaftsverband Rheinland, 5 Köln-Deutz, Kennedy-Ufer 2
Schubert, R.	Prof. Dr., Direktor der II. Medizinischen Klinik Nürnberg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 85 Nürnberg, Flurstraße 17
Thiemeyer, Th.	Prof. Dr., Zentrales Sozialwissenschaftliches Seminar der Ruhr-Universität Bochum, 463 Bochum-Querenburg, Buscheystraße
Weiss, W.	Dr., Chefarzt des Geriatriischen Krankenhauses »Auf dem Sonnenberg«, 66 Saarbrücken

Angeregt durch neuere Forschungsergebnisse, die eine weit über bisherigen Annahmen liegende Zahl kranker und hilfebedürftiger älterer Menschen wahrscheinlich werden lassen und angesichts der gegebenen Rechtsprechung sowie des Wissensstandes heutiger Altersmedizin, hat sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. im September 1972 zu der Einberufung einer Kommission zur Begutachtung der stationären Behandlung von Krankheiten im Alter und der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen entschlossen. Das Institut für Altenwohnbau des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V. wurde unter der Leitung von Professor Dr. Otto Blume mit der Organisation und Durchführung der Arbeit betraut. Im Februar 1973 trat die aus erfahrenen Geriatern, Juristen und Sozialpolitikern bestehende Kommission erstmals zusammen. Ein Arbeitskreis wurde gebildet und mit den Vorarbeiten beauftragt. Ihm gehörten an: M. Bergener, E. Bräutigam, M. Dieck, I. Falck, S. Kanowski, H. Leutiger, H. G. Mierzwiak, A. Oel-Monat und W. Weiss. Im März 1974 konnte die endgültige Fassung des Gutachtens durch die Mitglieder der Kommission verabschiedet werden.