

Bundessozialgericht
- 3 RK 26/77 -

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

Verkündet am
15. Februar 1978

.....
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

.....,
Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

.....,
Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:

- 1)
2)

beigeladen:
.....

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 15. Februar 1978

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozial-
gerichts Münster vom 15. März 1977 aufgehoben. Der Rechts-
streit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an
das Sozialgericht zurückverwiesen.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlußurteil vorbehalten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, welcher Versicherungs-träger verpflichtet ist, die Kosten einer Alkohol-Entziehungs-kur des Beigeladenen Rainer F zu tragen.

Der Beigeladene beantragte am 9. Juli 1974 über das Gesund-heitsamt Bielefeld-Innenstadt bei der W

für Rehabilitation die Durchführung einer Rehabilitation wegen Trunksucht. Diese wurde in der Zeit vom 24. April 1975 bis 21. Oktober 1975 in dem Kurheim S durchgeführt. Die Kosten der Maßnahme übernahm vorläufig die Klägerin, ihr Ersuchen um Erstattung der Kosten von insgesamt 15.531,35 DM lehnte die Beklagte ab.

Mit der Klage vor dem Sozialgericht (SG) Münster hat die Klägerin von der Beklagten gefordert, ihr die aufgewandten Kosten zu erstatten. Das SG hat der Klage im vollen Umfang stattgegeben und die Revision gegen seine Entscheidung zugelassen (Urteil vom 15. März 1977). Es hat die Auffassung vertreten, ein Erstattungsanspruch der Klägerin folge aus § 6 Abs 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabili-tation vom 7. August 1974 -RehaAnglG- (BGBl I 1881), weil sie für die erbrachte Leistung nicht zuständig gewesen sei. Auch nach Einführung des § 184a der Reichsversicherungsordnung (RVO) bleibe die Beklagte als Träger der Krankenversicherung weiter für die Abwicklung der Versicherungsfälle der Krankheit verantwortlich. Ein solcher liege vor, denn der Beigeladene habe an einer schweren Trunksucht gelitten und diese sei als Krankheit anzusehen. Infolge der Trunksucht habe der Beigela-dene einer stationären Behandlung in einer Spezialklinik bedurft. Sie sei als Krankenhaus zu werten und damit seien die Voraussetzungen des § 184 RVO erfüllt; die Vorschrift des § 184a RVO greife hingegen nur dann ein, wenn der Tatbestand

- 3 -

des § 184 RVO nicht vorliege. Die Träger der Rentenversicherung hätten nicht für den Versicherungsfall der Krankheit einzustehen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die zugelassene Revision der Beklagten. Sie hält die §§ 184, 184a und 1237 Nr 1 RVO für verletzt. Insbesondere habe das SG das Verhältnis des § 184 zu § 184a RVO verkannt. Diese Vorschriften regelten zwei verschiedene Sachleistungen mit unterschiedlichen Versicherungsfällen, § 184a RVO habe eigene Anspruchsvoraussetzungen, die unstreitig erfüllt seien. Nach dieser Norm sei der Krankenversicherungsträger nur subsidiär leistungspflichtig, wenn die Leistung nicht von einem anderen Sozialversicherungsträger zu übernehmen sei. Das sei hier jedoch der Fall, denn die Verpflichtung der Klägerin ergebe sich aus § 1237 Nr 1 RVO.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Münster vom 15. März 1977
aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

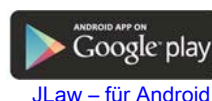
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Da der Beigeladene an einer Sucht mit Kontrollverlust gelitten habe, liege eine Krankheit vor. Diese Krankheit habe nach ärztlichem Urteil stationäre Behandlung erfordert, deshalb habe dem Versicherten ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege nach § 184 RVO zugestanden und dafür sei die Beklagte leistungspflichtig. Die Behandlung des Beigeladenen im Kurheim S sei einer Krankenhauspflege gleichzustellen.

- 4 -



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



II

Die Revision der Beklagten ist begründet, sie führt zur Zurückverweisung des Rechtsstreits.

Zwischen den Beteiligten besteht in erster Linie Streit darüber, ob die Alkohol-Entziehungskur des Beigeladenen vom 24. April bis zum 21. Oktober 1975 im Kurheim S von der Klägerin als Träger der Rentenversicherung oder von der Beklagten als Träger der Krankenversicherung zu gewähren ist. Die Beantwortung dieser Frage hat von der Rechtslage aus zu erfolgen, die zur Zeit der Durchführung der Maßnahme galt. Dabei kann dahingestellt bleiben - Feststellungen darüber hat das SG nicht getroffen -, ob der Versicherungsfall der Krankheit schon zu einem noch früheren Zeitpunkt eingetreten sein könnte, denn in jedem Fall bestand während der Kurzeit die Notwendigkeit, die Entziehungsmaßnahmen bei dem Beigeladenen vorzunehmen, und damit lag in dieser Zeit eine Behandlungsbedürftigkeit iS der §§ 182 Abs 2, 184 Abs 1 Satz 1 und 184a Abs 1 Satz 1 RVO vor. Ob allerdings bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit gerade die Beklagte zur Behandlung des Beigeladenen verpflichtet gewesen wäre, weil diesem auf Grund von Pflichtmitgliedschaft ein Anspruch gegen sie zugestanden hätte (vgl § 206 RVO), vermag der Senat nicht zu erkennen, denn in dem angefochtenen Urteil sind keinerlei Feststellungen über die Mitgliedschaftsverhältnisse des Beigeladenen zu einer Krankenkasse, insbesondere zur Beklagten, getroffen worden. Wenn auch das Urteil wegen der Einzelheiten des Sachverhalts auf die im Sozialgerichtsverfahren beigezogenen Verwaltungsakten verweist, so lassen sich doch auch daraus die erforderlichen Feststellungen nicht erschließen, denn einmal bestätigt zwar die Betriebskrankenkasse K AG in einem Schreiben vom 30. August 1974 eine Mitgliedschaft des Beigeladenen nach dessen Antragstellung auf Rehabilitation bei ihr, hält sich jedoch nicht für leistungspflichtig, und zum anderen teilt die Beklagte in einem Schreiben vom 27. November 1974 mit, daß bei ihr keine Mitgliedschaft bestehe. Auch die Tatsache,



- 5 -

daß der Beigeladene zu Beginn der Heilmaßnahme arbeitslos war, führt nicht zu weiteren Erkenntnissen, da es an Feststellungen darüber mangelt, ob der Beigeladene Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) bezogen und aus diesem Grund hätte krankenversichert sein können (vgl §§ 155, 159 AFG). Das SG wird zunächst diese Feststellungen nachzuholen haben, denn die von der Klägerin geltend gemachten Ersatzansprüche könnten überhaupt nur dann entstehen, wenn der Beigeladene Mitglied einer Krankenkasse war, und sie könnten auch nur gegen die Kasse geltend gemacht werden, zu der das Versicherungsverhältnis im maßgebenden Zeitraum bestanden hat.

Sollte sich bei der weiteren Sachaufklärung ergeben, daß der Beigeladene Mitglied der Beklagten gewesen wäre, so könnte das allein allerdings auch nicht ausreichen, die Beklagte zur Zahlung der beantragten Geldsumme von 15.531,35 DM zu verurteilen, denn es bedürfte zunächst der Feststellung, aus welchen Kosten sich dieser Betrag zusammensetzt. Auch darüber läßt das angefochtene Urteil jede Angabe vermissen. Es erörtert lediglich den Anspruch dem Grunde nach. Zwar könnte aus einem Schreiben der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation an die Beklagte vom 11. Februar 1976 geschlossen werden, daß sich der Gesamtbetrag aus den Kosten für die Anreise des Beigeladenen, den Kosten eines Angehörigen-Seminars, den Kosten für Verpflegung und Unterkunft in der streitigen Zeit, den Kosten für Übergangsgeld in der streitigen Zeit sowie den Kosten für Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsbeiträge zusammensetzt, jedoch bedarf auch das eindeutiger Feststellungen.

Selbst wenn man davon ausgehen wollte, daß die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, die Heilmaßnahmen durchzuführen, so ließe sich daraus noch nicht ohne weiteres folgern, daß ein Erstattungsanspruch in dem von der Klägerin geltend gemachten Umfang begründet wäre. Ein Erstattungsanspruch zwischen den Beteiligten wäre gemäß § 6 Abs 3 Satz 1 RehaAnglG unter

- 6 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 6 -

Beachtung der allgemeinen Regeln über den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zwischen Sozialversicherungsträgern (vgl dazu BSG in SozR Nr 5 zu § 39 AVAVG; BSGE 39, 137 ff; 42, 20, 21) zu beurteilen, sofern nicht zwischen den Beteiligten rechtswirksam besondere Vereinbarungen darüber getroffen wären. Ob das der Fall ist, bedarf einer besonderen Prüfung, weil die Maßnahme, deren Kostenerstattung im Streit steht, von einer westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation veranlaßt worden ist, an die jedenfalls die Klägerin angeschlossen ist. Ob auch die Beklagte daran - möglicherweise mittelbar - beteiligt ist, vermag der Senat nicht zu ersehen, weil, obgleich der Landesverband der Beklagten der Arbeitsgemeinschaft angehört bisher nicht festgestellt ist, ob der Landesverband zum Abschluß eines Vertrags mit Rechtswirkungen gegen die Beklagte von dieser bevollmächtigt worden ist, wie das § 414e Buchst c RVO vorschreibt. Immerhin besteht aber bei dieser Sachlage die Möglichkeit, daß eine rechtswirksame Vereinbarung - öffentlich-rechtlicher Vertrag - vorliegen könnte, die speziell für die Beurteilung von Erstattungsansprüchen zwischen Mitgliedern heranzuziehen wäre. Darin könnte auch die Frage geregelt sein, ob sich eine Erstattung nach den für den erstattungspflichtigen Versicherungsträger oder nach den für den erstattungsberechtigten Versicherungsträger geltenden Normen zu richten habe, Insoweit kann gerade in dem vorliegenden Rechtsstreit nicht außer Betracht bleiben, daß im Falle einer Leistungspflicht der Beklagten diese dem Beigeladenen bei Arbeitsunfähigkeit zwar zur Zahlung von Krankengeld verpflichtet gewesen wäre (vgl § 182 Abs 1 Nr 2, § 186 RVO), das seiner Höhe nach dem von der Klägerin gezahlten Übergangsgeld entsprochen haben könnte, von dem aber weder Rentenversicherungsbeiträge noch Krankenversicherungsbeiträge abzuführen gewesen wären. Selbst also bei Annahme einer Erstattungspflicht folgt daraus noch nicht zwingend, daß sie den Umfang erreicht, den die Klägerin mit ihrem Klageantrag erstrebt und den das SG offenbar ohne nähere Prüfung zugesprochen hat.

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

- 7 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

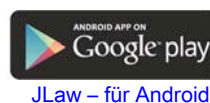
- 7 -

Schließlich vermag das angefochtene Urteil aber auch deswegen keinen Bestand zu haben, weil es die Leistungsverpflichtungen der Beteiligten dem Grunde nach verkannt hat. Das SG ist zwar zutreffend davon ausgegangen, daß eine Trunksucht in dem Umfang, wie sie bei dem Beigeladenen vorgelegen hat, als "Krankheit" iS des § 182 Abs 1 RVO anzusprechen ist, weil sie bei ihm zum Kontrollverlust mit zwanghafter Abhängigkeit zum Alkohol geführt hat (so schon RVA GE Nr 2140 in AN 1916, S 341; vgl auch BSGE 28, 114; BSG in SozR Nr 23 zu § 184 RVO). An dieser ständigen Rechtsprechung, die auch in der Literatur zunehmend Zustimmung gefunden hat (vgl Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 17. Aufl, Stand: Juni 1977, § 182, Anm 3c cc, S. 17/272-2-; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 1. bis 8. Aufl, Stand: 1977, S. 384 ff; Krauskopf/Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, 2. Aufl, § 182, Anm 2.1), hält der erkennende Senat fest. Auch die Revision trägt insoweit keine Zweifel vor. Daraus folgt jedoch noch nicht die Alleinzuständigkeit der Beklagten für Leistungen an den Beigeladenen. Die Klägerin verkennt, daß die von ihr zitierten früheren Entscheidungen des Senats auf der damals geltenden Rechtslage beruhten. Die Änderung der Rechtslage dadurch, daß mit dem RehaAnglG die Vorschrift des § 184a neu in die RVO eingefügt worden ist (§ 21 Nr 9 RehaAnglG), muß dazu führen, für die Zeit nach dem 1. Oktober 1974 (§ 45 Abs 1 RehaAnglG) die Frage der Leistungsverpflichtung unter Beachtung der nunmehr geltenden Regelung erneut zu überprüfen. Da, wie bereits erörtert, die Trunksucht des Beigeladenen ein Ausmaß erreicht hatte, daß ihr Krankheitswert beizumessen war, standen dem Beigeladenen, seine Mitgliedschaft zur Krankenversicherung unterstellt, auf Grund der Behandlungsbedürftigkeit Ansprüche gegen die zuständige Krankenkasse auf Krankenpflege oder Krankenhauspflege - die Frage des Krankengeldes kann hier zunächst dahingestellt bleiben - zu. Diese Ansprüche folgen aus § 182 Abs 1 RVO, soweit es sich um Krankenpflege handelt, und aus § 184 RVO, soweit es sich um Krankenhauspflege handelt. Beide Leistungsarten stellt das Gesetz dem Versicherten als

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
[\(mobile App\)](#)



Rechtsansprüche zur Verfügung, wie das SG zutreffend erkannt hat. Welche Leistung im einzelnen dem Versicherten zu gewähren ist, bestimmt sich nach dem Maßstab der Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit (§ 182 Abs 2, § 184 Abs 1 RVO).

Zu den genannten beiden Leistungsarten hat der Gesetzgeber seit dem 1. Oktober 1974 durch § 184a RVO noch eine weitere Maßnahme, nämlich die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen, hinzugefügt. Auch für diese Leistung gilt gleicherweise wie für die Krankenpflege und Krankenhauspflege der Maßstab der Zweckmäßigkeit und der Erforderlichkeit. Das kommt in § 184a RVO einerseits durch die Verweisung auf § 182 Abs 2 RVO und andererseits durch die Wortfassung ("wenn dies erforderlich ist") eindeutig zum Ausdruck. Daraus folgt entgegen der vom SG vertretenen Ansicht, daß keine gesetzlich vorgeschriebene Rangfolge der Leistungen dahingehend besteht, daß zunächst die Voraussetzungen nach § 184 RVO zu prüfen wären und bei deren Erfüllung § 184a RVO nicht mehr zum Zuge käme. Das Gesetz stellt vielmehr die Leistungen Krankenpflege, Krankenhauspflege und Behandlung in Spezialeinrichtungen nebeneinander zur Verfügung und bestimmt als Auswahlkriterien dazu die Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit.

Dieser Grundsatz gilt uneingeschränkt, soweit die Gewährung von Leistungen an Personen in Betracht kommt, die allein in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Dem Umstand, daß die Leistung nach § 184a RVO als Ermessensleistung (vgl Peters, aaO, § 184a, Anm 6; Krauskopf/Schroeder-Printzen, aaO, § 184a, Anm 5; RVO-Gesamtkomm. Dersch ua, § 184a, Anm 2; Brackmann, aaO, S. 404d) der Kasse ausgestaltet ist, wohingegen Krankenpflege und Krankenhauspflege Rechtsansprüche darstellen, kommt jedenfalls in dem dargelegten Zusammenhang noch keine weitere Bedeutung zu und bedarf mithin zunächst keiner Erörterung.

Anders liegen die Dinge bei solchen Versicherten, die An-



- 9 -

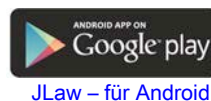
sprüche nicht nur gegen die Krankenversicherung, sondern auch gegen die Rentenversicherung geltend machen können. Bei ihnen sind außer den krankenversicherungsrechtlichen auch die rentenversicherungsrechtlichen Tatbestände zu prüfen, und danach ist zu ermitteln, ob ihnen (auch) Leistungen der Rentenversicherung zustehen. Als Voraussetzungen dafür bestimmt § 1236 Abs 1 RVO, daß einerseits die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert sein muß und andererseits, daß sie durch die Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so kann der Rentenversicherungsträger Leistungen zur Rehabilitation gewähren, wobei allerdings die Verpflichtungen und Zuständigkeiten sonstiger Versicherungsträger unberührt bleiben (§ 1236 Abs 3 RVO). In diesem Zusammenhang gewinnt die Vorschrift des § 184a RVO ihre besondere Bedeutung, denn sie stellt klar, daß für eine Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezial-einrichtungen die Träger der Krankenversicherung nur subsidiär hinter den Trägern der Rentenversicherung leistungsverpflichtet sind. Ist somit eine Rehabilitationsmaßnahme als Behandlung iS des § 184a RVO zu werten, so hat dafür der Träger der Rentenversicherung einzustehen, selbst wenn es sich dabei nur um eine im pflichtgemäßen Ermessen des Versicherungsträgers stehende Leistung handelt. Als Rehabilitationsleistungen kommen auch medizinische Maßnahmen in Betracht (§ 1 Abs 1 RehaAnglG), und insoweit erläutert § 1237 RVO, daß dazu ua ärztliche Behandlung, Heilmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung, zu zählen sind. Schließlich sieht § 1239 RVO für den Fall, daß medizinische Leistungen zur Rehabilitation notwendig sind und dem Versicherten zugleich Ansprüche gegen einen Krankenversicherungsträger zustehen, vor, daß der Rentenversicherungs-

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

- 10 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

träger sogar die Befugnis hat, anstelle des Trägers der Krankenversicherung die Leistungen zu übernehmen (§ 1239 Satz 1 RVO). Diese Regelung läßt erkennen, daß im Falle von Krankheit oder (drohender) Erwerbsminderung medizinische Maßnahmen, insbesondere Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen, auch dem Leistungsbereich der Rentenversicherung zuzuordnen sind. Daraus folgt aber weiterhin, daß Maßnahmen zur Bekämpfung einer krankhaften Trunksucht sich weder ausschließlich dem Bereich der Krankenversicherung noch ausschließlich dem der Rentenversicherung zuordnen lassen, sie betreffen vielmehr eine Aufgabe, die beiden Versicherungszweigen zugeteilt ist. Ist der Versicherte nur in einem Versicherungszweig versichert, so folgt daraus allerdings die alleinige Zuständigkeit dieses Versicherungszweigs. Ist der Betroffene hingegen in beiden Versicherungszweigen versichert, so läßt sich aus den gesetzlichen Regelungen keine scharfe Trennungslinie für die jeweilige Zuständigkeit ableiten. Der Gesetzeswortlaut bietet dazu jedenfalls, wie dargelegt, keine hinreichenden Anhaltspunkte. Eine Zuordnungsrichtlinie läßt sich auch aus einer finalen, am Zweck der Maßnahme orientierten Betrachtung nicht gewinnen, denn das Ziel der Krankenversicherung liegt vor allem darin, die Krankheit zu heilen und die Krankheitsfolgen zu beseitigen, und das Ziel der Rentenversicherungsleistung besteht vorrangig in der Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Die hier im Streit stehende Kurbehandlung der Trunksucht dient aber beiden Zwecken gleicherweise.

Schließlich kann eine klare Aufgabentrennung auch nicht aus der Entstehungsgeschichte des § 184a RVO abgeleitet werden, wie sich insbesondere aus der Begründung der verschiedenen Gesetzentwürfe zum RehaAnglG ergibt. Die Regelung des § 184a RVO war in dem ursprünglichen Gesetzentwurf des RehaAnglG (BR-Drucks 307/72) in dieser Form noch nicht enthalten (siehe § 21 Nr 6 - § 186b Abs 2 RVO). Erst in dem nächsten Entwurf (BR-Drucks 517/73) fand sie als § 21 Nr 9 Aufnahme,



und zwar im wesentlichen bereits mit dem Inhalt, den sie dann auch in der endgültigen Gesetzesfassung behalten hat. Zur Begründung der Regelung wurde angeführt (aaO, S. 64), daß die Leistung eingeführt werde, um der Krankenkasse deren Zurverfügungstellung zu ermöglichen, wenn andere Sozialversicherungsträger diese Leistung nicht erbringen könnten. Die Gewährung von Kuren obliege vorrangig den Rentenversicherungsträgern; daran solle sich nichts ändern und die Krankenkasse werde deshalb nur subsidiär leistungspflichtig. In dem danach von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf (BT-Drucks 7/2245) ist zu § 184a RVO lediglich in den Ausschlußberatungen noch die entsprechende Anwendbarkeit von § 183 Abs 1 Satz 2 RVO eingeführt worden; diese Änderung ist aber für die Frage der Zuständigkeit der Versicherungszweige ohne Bedeutung (vgl die Begründung zu dieser Änderung in BT-Drucks 7/2256, S. 11). Aus dieser Entwicklung läßt sich ersehen, daß der Gesetzgeber mit der Einführung des § 184a RVO weder an der herkömmlichen Zuständigkeitsverteilung zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung etwas ändern noch eine der Sozialversicherung bisher unbekannte, neue Leistungsart einführen wollte; er beabsichtigte lediglich, der Krankenversicherung Leistungen auch in den Fällen zu ermöglichen, in denen bisher weder sie noch die Rentenversicherung helfend eingreifen konnte. Daraus folgt weiterhin, daß sich aus § 184a RVO nicht unmittelbar die grundsätzliche Zuständigkeit, sei es der Rentenversicherung oder sei es der Krankenversicherung, für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei krankhafter Trunksucht ableiten läßt, weil insoweit die Träger beider Versicherungszweige bereits vor Erlaß des RehaAnglG auf Grund der damaligen gesetzlichen Regelung eingreifen konnten und auch eingegriffen haben.

Läßt sich aus den gesetzlichen Grundlagen nicht unmittelbar die Zuordnung der in Rede stehenden Rehabilitationsmaßnahme ableiten, so erscheint es als sachgerecht, diese aus der Art und Weise der Maßnahme selbst zu erschließen, und zwar unter



Berücksichtigung der für den jeweiligen Versicherungszweig spezifischen Eigenheiten (vgl dazu Tiedt, "Abgrenzung der Leistungen der Rentenversicherung von den Leistungen der Krankenversicherung", in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. 6). Dabei ist zu beachten, daß die Maßnahme eine stationär durchgeführte Behandlung betrifft. Im Bereich der Krankenversicherung wurden stationäre Behandlungen herkömmlich in Form der Krankenhauspflege (§ 184 RVO), im Bereich der Rentenversicherung als medizinische Kuren gewährt (§§ 1236, 1237 iVm § 1239 RVO; vgl auch die spezielle Leistung nach § 1244a RVO, insbesondere dazu § 1244a Abs 3 Satz 3 RVO). Soweit die Rentenversicherung in Betracht kommt, handelt es sich bei den stationären medizinischen Kuren keineswegs um Leistungen, die diesem Versicherungszweig erst seit neuerer Zeit zugewiesen wären. Vielmehr zeigen schon die bis zum 31. Dezember 1956 geltenden Vorschriften (§§ 1250, 1310, 1311 RVO aF) - danach konnte die Unterbringung des Versicherten "in einem Krankenhaus" oder "in einer Anstalt für Genesende" erfolgen - deutlich, daß auch Maßnahmen stationärer Behandlung, die mit denen der Krankenversicherung vergleichbar waren, im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung lagen (vgl zB BSG in SozR Nr 9 zu § 1236 RVO). Sofern sich mithin überhaupt eine Differenzierung treffen läßt, kann sie am ehesten danach erfolgen, ob die Maßnahme im wesentlichen unter der aktiven und fortdauernden - in der Regel äußerlich - behandelnden Einwirkung des Arztes auf den Patienten unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen des Krankenhauses und unter ständiger Assistenz, Betreuung und Beobachtung fachlich geschulten Pflegepersonals erfolgt und regelmäßig darauf gerichtet ist, die Krankheit zu bekämpfen und entweder ausschließlich oder doch zumindest in erheblichem Maße den körperlichen Zustand des Patienten zu verbessern. In einem solchen Fall, in dem regelmäßig die pflegerische Tätigkeit der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, wäre die Maßnahme als Krankenhauspflege iS des § 184 RVO anzusehen und dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen. Ist die Maßnahme hingegen - zwar ebenfalls unter



- 13 -

ärztlicher Leitung, auch in stationärer Weise und gleichfalls unter Beteiligung besonders ausgebildeten Personals - vorwiegend darauf gerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben, hat die Veränderung des körperlichen Zustands des Patienten eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung und ist die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet, so liegt es nahe, die Maßnahme als eine stationäre Behandlung iS des § 184a RVO anzusehen, die primär in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung fällt. Der erkennende Senat ist sich darüber klar, daß diese Differenzierung nur einen annähernden Anhalt für die Zuordnung geben kann und daß es im Einzelfall jeweils einer genauen Prüfung aller Umstände bedarf, um die Zuordnung zu dem einen oder dem anderen Versicherungszweig zutreffend vornehmen zu können. Der Senat verkennt nicht, daß es hin und wieder nur schwer möglich sein wird, eine klare Abgrenzung zu treffen. Bei dieser Sach- und Rechtslage würde es der Senat für sachgerecht und für vertretbar halten, wenn - nicht zuletzt im Hinblick auf den Gesichtspunkt der Praktikabilität - zwischen den Trägern der beiden Zweige der Sozialversicherung im Wege vertraglicher Vereinbarung eine Regelung darüber getroffen würde, daß entsprechend den Erfahrungswerten solcher Maßnahmen die Kosten der Maßnahmen zwischen den Versicherungsträgern prozentual aufgeteilt würden. Die Kostenteilung könnte ungeachtet der Frage erfolgen, welcher Versicherungsträger die Maßnahme jeweils durchführt. Dabei könnte geregelt werden, daß die gesamte Maßnahme in der Betreuung eines Versicherungsträgers verbleibt, weil sich auf diese Art ein Wechsel des Behandlungsträgers vermeiden und dadurch zweifellos eine effektivere Durchführung der Maßnahme erreichen ließe. Solange jedoch keine solche dem Charakter der sozialen Selbstverwaltung durchaus entsprechende Abkommensregelung besteht, müssen die im jeweiligen Einzelfall vorgenommenen Maßnahmen unter Beachtung der dargelegten Grundsätze dem

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

- 14 -



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

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

Leistungsbereich der Krankenversicherung oder dem der Rentenversicherung zugeordnet werden. Ist ein unzuständiger Versicherungsträger mit Maßnahmen in Vorleistung getreten, so stehen ihm gegen den eigentlich leistungspflichtigen Versicherungsträger die entsprechenden Erstattungsansprüche zu.

Da im vorliegenden Rechtsstreit bisher keinerlei Feststellungen über die Art der dem Versicherten gewährten Maßnahmen getroffen worden sind und der Senat diese Feststellungen nicht nachzuholen vermag, ist es dem Senat verwehrt, die Frage der Zuordnung selbst zu entscheiden. Der Rechtsstreit ist vielmehr an das SG zurückzuverweisen, das die erforderlichen Feststellungen nachzuholen und die Zuordnung nach den dargelegten Grundsätzen zu treffen haben wird.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlußurteil vorbehalten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)