

Bundessozialgericht

- 3 RK 64/80 -

Verkündet am
9. März 1982

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

- 1)
2)

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

- 1)
2)

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte zu 1):
.....

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 9. März 1982
für Recht erkannt:

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Auf die Revision der Klägerin zu 1) wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 31. Januar 1980 insoweit aufgehoben, als die Berufung der Klägerin zu 1) zurückgewiesen worden ist.

Der Rechtsstreit zwischen der Klägerin zu 1) und der Beklagten zu 1) wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Die Revision des Klägers zu 2) wird zurückgewiesen.

In dem mit dieser Entscheidung beendeten Rechtsstreit zwischen dem Kläger zu 2) und der Beklagten zu 2) sind Kosten nicht zu erstatten. In dem zurückverwiesenen Rechtsstreit bleibt die Kostenentscheidung dem Berufungsgericht vorbehalten.

G r ü n d e :

I

Umstritten ist ein Anspruch auf Erstattung von Kosten einer Krankenhausbehandlung im Iran.

Die Klägerin zu 1) war aufgrund ihrer mit dem 31. März 1978 beendeten versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Firma Q Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) K , der Beklagten zu 1). Während des Mitte März 1978 angetretenen tarifmäßigen Urlaubs besuchte sie ihren Ehemann im Iran, wo dieser auf einer Baustelle der deutschen Firma H -T -AG beschäftigt war. Aufgrund dieser Beschäftigung



- 3 -

war ihr Ehemann, der Kläger zu 2), Mitglied der AOK E , der Beklagten zu 2). Wegen einer plötzlichen Erkrankung mußte die Klägerin zu 1) vom 31. März bis 6. April 1978 im S - Hospital in B /I stationär behandelt werden. Die Kosten dieser Behandlung in Höhe von 27.300 Rial (umgerechnet ca 910,-- DM) bezahlten die Kläger selbst, sie beantragten jedoch die Erstattung der Kosten sowohl bei der Beklagten zu 1) als auch bei der Beklagten zu 2).

Beide Krankenkassen lehnten eine Kostenerstattung ab. Die Beklagte zu 1) berief sich darauf, daß im Recht der sozialen Krankenversicherung das Territorialitätsprinzip gelte und ein Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Iran nicht bestehe. Die Beklagte zu 2) verneinte einen Anspruch des Klägers zu 2) auf Familienkrankenhilfe, weil der Klägerin zu 1) ein eigener Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten zu 1) zustehe. Gegen die Entscheidung der Beklagten zu 1) wandte sich die Klägerin zu 1) und gegen die Entscheidung der Beklagten zu 2) der Kläger zu 2). Die Widersprüche und die zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen blieben ohne Erfolg.

Das Landessozialgericht (LSG) hat die vom Sozialgericht (SG) zugelassene Berufung der Kläger zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die in erster Linie in Anspruch genommene Beklagte zu 1) sei nicht leistungspflichtig, weil nach § 184 iVm § 371 der Reichsversicherungsordnung (RVO) Krankenhauspflege als Sachleistung zu gewähren sei und eine solche Leistung in aller Regel nur im Geltungsbereich der RVO erbracht werden könne. Die begrenzte Leistungspflicht beruhe auf dem im Recht der sozialen Krankenversicherung herrschenden Territorialitätsprinzip (§ 30 des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil -/SGB I). Aus diesem Prinzip könne zwar nicht der allgemeine Grundsatz abgeleitet werden, daß Leistungen bei Auslandsaufenthalt schlechthin ruhten. Sie entfielen jedoch, soweit dies als Ausfluß des Territorialitäts-



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

prinzips ausdrücklich gesetzlich geregelt oder Regelungen dieser Art (etwa §§ 217 und 221 RVO) schlüssig zu entnehmen sei. Auf die das Territorialitätsprinzip durchbrechende Ausstrahlungstheorie (§ 4 Abs 1 SGB - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung -/SGB IV) könne sich die Klägerin zu 1) nicht berufen. Aber auch dem Kläger zu 2) stehe gegenüber der Beklagten zu 2) kein Anspruch für die Klägerin zu 1) zu, weil diese anderweitig einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege habe. Es erscheine nicht gerechtfertigt, Leistungen aus einer eigenen Versicherung über die Familienkrankenhilfe aufzustocken oder sich bei den beiden Versicherungsträgern jeweils die günstigsten Leistungen auszusuchen.

Mit der zugelassenen Revision rügen die Kläger eine fehlerhafte Anwendung von § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst b und § 184 RVO sowie von § 30 SGB I und §§ 3 bis 6 SGB IV. Sie tragen vor: Krankenhauspflege sei eine Pflichtleistung der Krankenkasse. Der Anspruch auf diese Pflichtleistung entfalle auch dann nicht, wenn kein Krankenhaus bereit sei, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen. § 371 RVO gebe den Krankenkassen nur die Möglichkeit, Verträge über die Art der Erbringung von Krankenhauspflege zugunsten der Versicherten abzuschließen, räume ihnen aber nicht das Recht ein, den Anspruch des Versicherten zu beschränken. Störungen im "Bereitstellungssystem" berührten den Anspruch des Versicherten ebensowenig wie die "Unmöglichkeit", mit den Krankenhäusern im Ausland vertragliche Regelungen zu treffen. Anspruchsbeschränkende Vorschriften (zB § 216 RVO) fänden hier keine Anwendung. Könne aber eine Krankenkasse eine von ihr zu erbringende Leistung nicht bereitstellen, so habe sie dem Versicherten die Kosten zu erstatten, die dieser habe aufwenden müssen, um den Anspruch selbst zu realisieren. Folge man der Auffassung des LSG, so müsse eine im Ausland erkrankte Person unter Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit die Rückreise antreten, um im Inland dann möglicherweise unter einem erheblichen apparativen und finanziellen Mehraufwand behandelt zu werden. Das entspreche nicht dem Wirt-



schaftlichkeitsgebot. Dem LSG könne auch nicht darin gefolgt werden, daß das Territorialitätsprinzip Leistungen der sozialen Krankenversicherung zum Ruhen bringe. § 30 Abs 1 SGB I sei keine Norm, deren Anwendung auf das Leistungsrecht den Ausschluß der Leistung verlange, wenn der Berechtigte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB (vorübergehend) verlasse. In einer Zeit der zunehmenden Entwicklung von Freizügigkeit könnten die Leistungen der Sozialversicherung - insbesondere der sozialen Krankenversicherung - nicht an den Grenzen des Staatsterritoriums enden. Verneine man aber mit dem LSG einen Anspruch der Klägerin zu 1), dann habe der Kläger zu 2) einen Anspruch gegen seine Krankenkasse aus § 205 RVO. In diesem Falle fänden §§ 219 bis 221 RVO sinngemäße Anwendung.

Die Kläger beantragen in erster Linie,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 31. Januar 1980 sowie das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 24. April 1979 und den Bescheid der Beklagten zu 1) vom 4. September 1978 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. November 1978 aufzuheben und die Beklagte zu 1) zu verurteilen, der Klägerin zu 1) die Kosten der stationären Behandlung vom 31. März bis zum 6. April 1978 im S -Hospital zu B /I zu erstatten, hilfsweise, unter Aufhebung der angefochtenen Urteile und des Bescheides der Beklagten zu 2) vom 26. September 1978 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. November 1978 die Beklagte zu 2) zur Kostenerstattung zu verurteilen.



- 6 -

Die Beklagte zu 1) beantragt,
die Zurückweisung der Revision,

die Beklagte zu 2)
die Zurückweisung der Revision hinsichtlich
des Hilfsantrages.

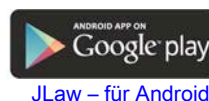
Die Beklagte zu 1) nimmt Bezug auf das Berufungsurteil, das sie für zutreffend hält. Die Beklagte zu 2) trägt ergänzend vor: Da nach § 205 Abs 1 RVO die Krankenhilfeleistungen für die Familienangehörigen im gleichen Umfange und unter den gleichen Voraussetzungen zustünden wie für die Versicherten, nach derselben Vorschrift aber dieser Anspruch im Verhältnis zum eigenen Anspruch des Angehörigen subsidiär sei, könne sie (die Beklagte zu 2)) auf keinen Fall leistungspflichtig sein. Entweder stehe der Auslandsaufenthalt der Klägerin zu 1) der Leistungsgewährung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht im Wege, dann sei vorrangig die Beklagte zu 1) leistungspflichtig, oder aber ein solcher Anspruch sei zu verneinen, dann gelte dies auch für die Familienhilfeleistung. Aus den Absätzen 1 und 5 des § 205 RVO ergäbe sich der eindeutige Wille des Gesetzgebers, daß Familienhilfeleistungen nach dem Territorialitätsprinzip gewährt werden sollten.

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
[\(mobile App\)](#)



II

Die Revision der Klägerin zu 1) hat Erfolg, die Revision des Klägers zu 2) ist unbegründet. Soweit das LSG die Berufung der Klägerin zu 1) zurückgewiesen hat, ist das angefochtene Urteil aufzuheben und die Streitsache an die Vorinstanz zurückzuverweisen. Hinsichtlich dieser Berufung reichen die bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen nicht aus, um in der Sache selbst abschließend entscheiden zu können. Das LSG hat hingegen die Entscheidung des SG insoweit zu Recht bestätigt, als die Klage des Klägers zu 2) gegen die Beklagte zu 2) abgewiesen worden ist.

Die Vorinstanzen haben zutreffend einen Kostenerstattungsanspruch des Klägers zu 2) gegen die Beklagte zu 2) verneint. Eine Verpflichtung der Beklagten zu 2) käme nur im Rahmen eines Familienhilfeanspruchs des Klägers zu 2) in Betracht. Ein solcher Anspruch war jedoch in der hier fraglichen Zeit nicht gegeben, denn die Klägerin zu 1) hatte anderweitig einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege (§ 205 Abs 1 Satz 1 RVO). Zu Beginn der Krankenhausbehandlung am 31. März 1978 war sie noch versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten zu 1). Die Verpflichtung dieser Krankenkasse, für die während der Mitgliedschaft aufgetretene Erkrankung Krankenpflege und erforderlichenfalls auch Krankenhauspflege zu gewähren, bestand über das mit dem 31. März 1978 endende versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis hinaus befristet fort (§ 183 Abs 1 Satz 2, § 184 Abs 1 Satz 2 RVO). Es kann dahingestellt bleiben, ob Familienhilfeleistungen ergänzend zu gewähren sind, wenn die eigene Versicherung des Familienangehörigen einen geringeren Versicherungsschutz bietet (zB bei einer Einschränkung nach § 215 RVO; vgl BVerfG SozR 2200 § 205 RVO Nr 4). Im vorliegenden Fall stand in der fraglichen Zeit beiden Klägern aufgrund ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung der gesetzlich vorgesehene



Versicherungsschutz - die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung - uneingeschränkt zu. Auch der vorübergehende Auslandsaufenthalt der Klägerin zu 1) führte nicht zu einer Verlagerung der Leistungsverpflichtung von der Beklagten zu 1) auf die Beklagte zu 2). Wenn dieser Auslandsaufenthalt den Versicherungsschutz aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beeinträchtigte, dann blieb die Beklagte zu 1) der für die Leistung zuständige Versicherungsträger.

Dem LSG kann jedoch nicht gefolgt werden, soweit es aus den im Berufungsurteil genannten Gründen eine Leistungsverpflichtung der Beklagten zu 1) verneint. Die Klägerin zu 1) - fernerhin nur Klägerin genannt - hatte während des vorübergehenden Aufenthalts im Iran den Versicherungsschutz aus ihrer Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 1) nicht verloren. Etwas anderes ergibt sich insbesondere nicht aus dem sogenannten Territorialitätsprinzip. Das besondere Leistungssystem der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung schränkt allerdings die Leistungserbringung im Ausland ein, sie schließt aber den Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts nicht generell aus.

Als Territorialitätsprinzip wird vielfach der völkerrechtliche Grundsatz bezeichnet, daß die hoheitliche Wirkungsmöglichkeit eines Staates an seinen Grenzen endet (BSGE 33, 280, 285 = SozR Nr 13 zu § 1302 RVO; BSGE 35, 70, 72 ff = SozR Nr 36 zu § 539 RVO; vgl Wortmann, DOK 1981, 967 mwH). Allein in diesem Sinne kommt ihm eine unmittelbare Bedeutung zu. Aus diesem Grundsatz ergibt sich jedoch nicht, daß Sachverhalte mit Auslandsberührung nicht vom deutschen Recht erfaßt werden können. Die Regelung solcher Sachverhalte setzt nicht stets die Ausübung von Staatsgewalt im Ausland voraus. Das Territorialitätsprinzip als unmittelbar geltender Rechtsgrundsatz verbietet weder eine Leistung in das Ausland, noch eine Leistung wegen einer Erkrankung im Ausland. Es begrenzt daher auch nicht den Versicherungsschutz der gesetzlichen



Krankenversicherung auf das Inland (BSGE aaO; 27, 129, 132 = SozR Nr 15 zu § 381 RVO; BSGE 31, 228, 290 = SozR Nr 24 zu § 381 RVO; BSG 40, 57, 59 = SozR 2200 § 539 RVO Nr 8).

Vom Territorialitätsprinzip spricht man jedoch auch, wenn gesetzliche oder vertragliche Regelungen nach territorialen Gesichtspunkten differenzieren. Gesetzgeber - im über- und zwischenstaatlichen Rechtsbereich die entsprechenden rechtsetzenden Organe oder die Vertragsstaaten - verwenden territoriale Anknüpfungspunkte, um den Geltungsbereich von Gesetzen abzugrenzen (Kollisionsnormen). Sie stellen darüber hinaus auch bei der Regelung von Sachfragen (Sachnormen) auf territoriale Voraussetzungen ab (zB auf den Wohnsitz oder den Aufenthaltsort). Es ist dann jeweils dem Gesetz selbst zu entnehmen, inwieweit territoriale Gegebenheiten zu beachten sind (zur eingeschränkten Bedeutung des Territorialitätsprinzips im Sozialrecht: von Maydell, VSSR 1973, 347 ff; ders in Gemeinschaftskommentar - SGB IV, 1978, Vorbem §§ 3 bis 6, RdNr 19 f; ders in Sozialrechtsprechung, Festschrift zum 25jährigen Bestehen des Bundessozialgerichts -BSG-, Bd 2, 943 ff; Bley, Sozialrecht, 2. Aufl, B-VII.2.; ders in SGB - Gesamtkommentar, Stand: August 1981, § 30 SGB I, Anm 2) a); Rauscher/Krasney, VSSR 1973, 369 ff, Lohmann, Die Sozialgerichtsbarkeit, 1976, 121 ff).

Das Krankenversicherungsrecht ist Regelungsgegenstand des SGB. Die Vorschriften dieses Gesetzbuches gelten für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben (§ 30 Abs 1 SGB I). Sie gelten für diese Personen also auch, wenn sie sich vorübergehend im Ausland aufhalten. Für die Sozialversicherung ist zwar der persönliche und sachliche Geltungsbereich teilweise abweichend geregelt (§ 30 Abs 2 SGB I iVm §§ 3 bis 6 SGB IV). Die abweichenden Regelungen beschränken sich aber auf die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung, sie betreffen also nicht unmittelbar das Leistungsrecht (Begründung des Reg. Entwurfs eines SGB - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, BT-Drucks



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

7/4122, S 30 zu § 3; vgl auch Gitter, Recht der Arbeit, 1976, 343 ff; Haase, BABl, 1981, Heft 11, 53 ff). Sie bieten keinen Anhalt dafür, daß ein rechtswirksam begründeter Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen soll. Es ist deshalb von dem Grundsatz des SGB auszugehen, daß derjenige, welcher in der Sozialversicherung versichert ist, im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ein Recht auf die entsprechenden Versicherungsleistungen hat (§ 4 Abs 2 SGB I). Da im Verhältnis von der Bundesrepublik Deutschland zum Iran über- und zwischenstaatliches Recht im sozialversicherungsrechtlichen Bereich nicht besteht, bleiben nur die besonderen Vorschriften des deutschen Krankenversicherungsrechts für die weitere Beurteilung maßgebend (§ 30 Abs 2 SGB I, § 6 SGB IV).

Das zweite Buch der RVO, das die gesetzliche Krankenversicherung im einzelnen regelt, enthält keine Vorschrift, der zu entnehmen wäre, daß während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts der Versicherungsschutz eines Krankenkassenmitglieds stets entfällt oder ruht. Es finden sich vielmehr Sonderregelungen, die gegen einen solchen allgemeinen Grundsatz sprechen. So fällt der einem Erwerbslosen unter bestimmten Voraussetzungen befristet zustehende Anspruch auf die Regelleistungen weg, wenn sich der Erwerbslose im Ausland aufhält und die Satzung nichts anderes bestimmt (§ 214 Abs 3 RVO). Für Berechtigte, die sich nach Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig ohne Zustimmung der Kasse ins Ausland begeben, ruht der Anspruch auf Krankenhilfe usw, solange sie sich dort ohne Zustimmung der Kasse aufhalten (§ 216 Abs 1 Nr 2 RVO). Während des Auslandsaufenthalts ruht grundsätzlich auch der Leistungsanspruch des freiwillig Weiterversicherten (§ 313 Abs 4 RVO) und des Seemanns (§ 480 RVO). Für diese Sonderregelungen gäbe es keinen Grund, wenn der Versicherungsschutz auch bei nur vorübergehendem Auslandsaufenthalt allgemein entfielen. Bei längerem Auslandsaufenthalt ist allerdings der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung schon deshalb eingeschränkt, weil in einem solchen Fall auch



die Begründung und Fortsetzung der Mitgliedschaft Einschränkungen unterworfen ist (§§ 3 und 4 SGB IV). Wenn aber ein Versicherungsverhältnis rechtswirksam zustande gekommen ist und fortbesteht, dann muß grundsätzlich der Beitragsverpflichtung eine entsprechende Anspruchsberechtigung gegenüberstehen. Deshalb sieht das Gesetz in Anbetracht des eingeschränkten Versicherungsschutzes freiwillig Weiterversicherter vor, daß der Krankenversicherungsträger für die Dauer des Auslandsaufenthalts den Beitrag ermäßigen kann (§ 313 Abs 4 Satz 4 RVO; zum Zusammenhang zwischen Beitragsverpflichtung und Anspruchsberechtigung: von Maydell, VSSR, 1973, 347, 361; ders in Gemeinschaftskommentar aaO, RdNr 20; zur grundsätzlichen Leistungsverpflichtung der Krankenkasse auch bei Auslandsaufenthalt: Peters/Mengert, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: September 1981, § 216 Anm 5.c, S 17/724; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Stand: 15. August 1981, S 79sI 308mII; Krauskopf/Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, Komm, Stand: Januar 1981, Vor § 179 RVO Anm 2.2).

Ergibt sich damit zunächst, daß - von besonders geregelten Ausnahmefällen abgesehen - der vorübergehende Auslandsaufenthalt den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Wegfall bringt, so folgt daraus noch nicht, daß der deutsche Krankenversicherungsträger grundsätzlich auch alle Leistungen im bzw in das Ausland erbringen muß. Das Leistungssystem der deutschen Krankenversicherung, das den Krankenversicherungsträgern gesetzlich vorgegeben ist, läßt eine so umfassende Leistungserbringung im Ausland nicht zu. Es besteht aus Dienst-, Sach- und Geldleistungen (§§ 11, 21 SGB I iVm §§ 179 ff RVO). Während Geldleistungen dem Berechtigten zu überweisen sind (§ 47 SGB I) und daher im allgemeinen auch im Ausland erbracht bzw in das Ausland gezahlt werden können, sind den Krankenkassen Dienst- und Sachleistungen in der Regel nur im Inland möglich. Das gilt insbesondere für die Krankenpflege sowie für die Krankenhauspflege, um die es im vorliegenden Rechtsstreit geht. Nach dem Ge-



setz sind diese Leistungen im Rahmen eines öffentlich-rechtlich gestalteten Sachleistungssystems zu erbringen (§§ 368 ff, 371 ff RVO), das hoheitliche Maßnahmen am Ort der Leistungserbringung voraussetzt (Zulassung des Kassenarztes, Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit, Satzungsgewalt der Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenhausbehandlung im Rahmen öffentlich-rechtlicher Regelungen). Als Leistungsort (Erfüllungsort) für die Kranken(haus)pflege kommt daher -soweit nicht etwas anderes ausdrücklich geregelt ist (zB durch über- und zwischenstaatliches Recht die Inanspruchnahme ausländischer Versicherungsträger)- nur das Inland, dh der Geltungsbereich des SGB, in Betracht (vgl § 269 des Bürgerlichen Gesetzbuches -BGB-).

Das Reichsversicherungsamt (RVA) ist in seiner Rechtsprechung davon ausgegangen, daß Erfüllungsort für die Krankenpflege in der Regel der Kassenbezirk ist (AN 1916, 347; 1916, 739; 1919, 352; 1930, 235; 1931, 177; 1938, 241). Es hat jedoch auch darauf hingewiesen, daß neben dem regelmäßigen Erfüllungsort auch der Aufenthalt des Erkrankten als Erfüllungsort infrage kommt (AN 1916, 739, 741; 1919, 352; 1920, 352). Für Versicherte, die außerhalb des Kassenbezirks wohnen oder während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Kassenbereichs erkranken, ist das ausdrücklich gesetzlich bestimmt (§§ 219 ff RVO). In Anbetracht dieser Regelungen dürfte die Verpflichtung der Krankenkasse zur Leistungsgewährung im Geltungsbereich des SGB kaum zweifelhaft sein, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung innerhalb oder außerhalb des Kassenbereichs erforderlich wird. Zweifelhaft bleibt im wesentlichen nur die Leistungserbringung im Ausland. Der Senat hat insoweit eine Verpflichtung bejaht, als eine Leistungserbringung nach dem geltenden Recht möglich ist, also vor allem bei Geldleistungen (BSGE 27, 129, 131 ff; 31, 288, 290 ff ; vgl auch BSGE 31, 100 ff = SozR Nr 39 zu § 182 RVO). Andererseits hat der Senat aber auch entschieden, es sei schon der Ausgestaltung des Leistungsrechts zu entnehmen, daß in aller Regel Sachleistungen nur im Geltungsbereich der RVO



(des SGB) zu erbringen seien; nur in diesem Bereich könne der Regelungsmechanismus des Gesetzes voll zur Anwendung kommen (SozR 2200 § 1244a RVO Nr 11). Diesbezüglich ist zwischenzeitlich keine Änderung der Rechtslage eingetreten, die eine andere Beurteilung zuließe (vgl im übrigen zur Bedeutung des Leistungs- und Erfüllungsortes für die Leistungspflicht der Krankenkasse: Peters aaO § 182 Anm 7, S 17/294 ff, sowie § 221 Anm 2, S 17/757; Krauskopf/ Schroeder-Printzen, aaO, Vor § 179 Anm 1.1).

Soweit das Gesetz Krankenversicherungsleistungen vorsieht, die nur im Geltungsbereich des Gesetzes erbracht werden können, ist auch die Leistungsverpflichtung des zuständigen Krankenversicherungsträgers entsprechend begrenzt. Die Ansprüche des Versicherten aus dem Versicherungsverhältnis beschränken sich - von satzungsrechtlichen Ansprüchen abgesehen - auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Dem Versicherungsträger obliegt es, Versicherungsschutz im Rahmen des Gesetzes zu gewähren. Leistungen und Leistungsmodalitäten, die das Gesetz nicht vorsieht, muß er nicht zur Verfügung stellen; vielfach kann oder darf er es gar nicht (vgl § 179 Abs 3 RVO). Der Krankenversicherungsträger ist daher - wenn nicht etwas anderes bestimmt ist (zB in zwischen- und überstaatlichen Regelungen) - grundsätzlich nicht zur Krankenpflege und Krankenhauspflege im Ausland verpflichtet.

Er hat dann in der Regel auch nicht anstelle dieser Krankenhilfeleistungen die Kosten zu erstatten, die dem Versicherten durch die Krankenbehandlung im Ausland entstanden sind. Aus einem Anspruch auf Sachleistung kann sich ein Anspruch auf Kostenerstattung nur ergeben, wenn für eine solche Anspruchsumwandlung ein Rechtsgrund vorliegt. Das gilt vor allem im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, das mit dem vom Sachleistungsprinzip geprägten öffentlich-rechtlichen Versorgungssystem sowohl den Interessen des einzelnen Versicherten an einer ausreichenden und zweckmäßigen Krankenpflege



als auch den Interessen der Versichertengemeinschaft an einer wirtschaftlichen Behandlungsweise - Begrenzung der Beitragsbelastung - Rechnung trägt (§ 182 Abs 2, § 368e RVO). Die Unmöglichkeit des deutschen Krankenversicherungsträgers, in einem bestimmten ausländischen Land - wie im vorliegenden Fall im Iran - Krankenpflege zu gewähren, stellt für sich allein keinen Rechtsgrund für eine Umwandlung des Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch dar. Da sich diese Leistungsbeschränkung aus dem Versicherungsverhältnis selbst ergibt, handelt es sich weder um eine rechtswidrige Verweigerung der Leistung, die nach der ständigen Rechtsprechung des Senats einen Anspruch des Versicherten auf Erstattung der Kosten einer unaufschiebbaren Behandlungsmaßnahme zu begründen vermag (SozR 2200 § 182 RVO Nr 57), noch um eine sonstige Leistungsstörung, die eventuell in entsprechender Anwendung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften - zB §§ 275 ff, 306 ff BGB - einen Ersatzanspruch rechtfertigen könnte (zur Anwendung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften im öffentlichen Recht: Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 10. Aufl, S 168; Wolff/Bachof, Verwaltungsrecht I, 9. Aufl, S 351; Löwitsch in Staudinger, Komm zum BGB, 12. Aufl, Vorbem 16 zu §§ 275 bis 283; Meyer, NJW 1977, 1705 ff; Bullinger, DÖV, 1977, 812 ff; für öffentlich-rechtlichen Vertrag ist die entsprechende Anwendung ausdrücklich geregelt durch § 61 SGB X und § 62 VwVfG; vgl hierzu Engelmann in Schroeder-Printzen, SGB X, Komm, 1981, Anm zu § 61; Stelkens/Bonk/Leonhardt, Verwaltungsverfahrensgesetz, Komm, 1978, § 62 RdNr 10 ff; Kopp, Verwaltungsverfahrensgesetz mit Erläuterungen, 2. Aufl, § 62 RdNr 5).

Ist der Krankenversicherungsträger zur Gewährung von Krankenpflege im Ausland nicht verpflichtet, so läßt sich eine allgemeine Verpflichtung zur Erstattung der im Ausland angefallenen Behandlungskosten auch nicht der gesetzlichen Regelung über die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung in Notfällen entnehmen (§ 368d Abs 1 Satz 2 RVO). Bei einem Notfall handelt es sich um eine außergewöhnliche Situation, die nicht vorhersehbar ist. Der Auslandsaufenthalt ist dagegen ein all-



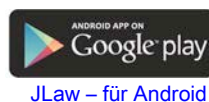
gemeiner Tatbestand, der einer rechtlichen Regelung bedarf, sollen an ihn besondere Rechtsfolgen geknüpft werden. Hätte der Gesetzgeber bei einer Erkrankung im Ausland abweichend vom Leistungsrecht der Krankenversicherung allgemein einen Anspruch auf Kostenerstattung einführen wollen, dann wäre eine entsprechende Ausgestaltung des Leistungsrechts erforderlich gewesen. Damit wird jedoch die Anwendbarkeit der Notfallregelung bei einer Erkrankung im Ausland nicht ausnahmslos abgeschlossen. So kann eine Notfallsituation dann anzunehmen sein, wenn ein Versicherter bei einem vorübergehenden Aufenthalt im grenznahen Ausland entgegen seiner begründeten Annahme, im Falle einer Erkrankung zur Krankenbehandlung ins Inland zurückkehren zu können, durch außergewöhnliche Umstände an einer Rückkehr gehindert wird. Ob die Krankenkasse in einem solchen Fall oder darüber hinausgehend auch in anderen Fällen die Kosten einer Krankenbehandlung im Ausland - eventuell auf satzungsrechtlicher Grundlage - erstatten darf, ist eine Frage, der hier nicht weiter nachgegangen werden muß. Anhaltspunkte für eine solche Ausnahmesituation sind im vorliegenden Fall nicht gegeben, eine satzungsrechtliche Verpflichtung der Krankenkasse wird nicht geltend gemacht.

Als Rechtsgrundlage des umstrittenen Kostenerstattungsanspruchs bietet sich jedoch die in §§ 221, 222 Satz 2 RVO getroffene Sonderregelung an. Sie betrifft den Versicherungsschutz eines während seiner beruflichen Tätigkeit im Ausland erkrankten Versicherten. Nach § 221 RVO erhält der Versicherte die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen vom Arbeitgeber (Satz 1). Der Arbeitgeber hat binnen einer Woche den Eintritt des Versicherungsfalles der Kasse mitzuteilen und soll deren Wünsche wegen der Art der Fürsorge tunlichst befolgen; die Kasse kann die Fürsorge selbst übernehmen (Satz 2). § 222 Satz 2 RVO verpflichtet die Kasse, dem Arbeitgeber die Kosten in Höhe des Betrages zu erstatten, der bei Erbringung der Leistungen im Inland aufzuwenden gewesen wäre.

Es kann fraglich sein, ob diese Vorschriften allein den umstrittenen Kostenerstattungsanspruch zu rechtfertigen vermö-



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



gen. Vor allem ihre (analoge) Anwendbarkeit auf die Klägerin erscheint zweifelhaft, trifft doch § 221 RVO seinem Wortlaut nach nur eine Regelung für den Fall, daß der Versicherte (selbst) während seiner Tätigkeit im Ausland erkrankt. Außerdem wird bestimmt, daß der Versicherte die ihm zustehenden Leistungen von seinem Arbeitgeber und dieser eine begrenzte Kostenerstattung von der Krankenkasse verlangen kann. Von einem unmittelbaren Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse ist nicht die Rede. Dennoch sind die §§ 221, 222 RVO geeignet, zusammen mit anderen rechtlichen Regelungen den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Kostenerstattung zu stützen.

Bedenken gegen eine Anwendung der genannten Vorschriften auf den Ehegatten des im Ausland Beschäftigten bestehen vor allem deshalb, weil die Erbringung der Leistung dem Arbeitgeber übertragen ist. Es handelt sich insoweit um eine Ausnahmeregelung. Der Arbeitgeber ist kein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Seine Verpflichtung dem Arbeitnehmer gegenüber erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Gewährung von Krankenpflegeleistungen. Zu solchen Leistungen kann er nur verpflichtet sein, soweit sie ihm ausdrücklich gesetzlich auferlegt sind. Daraus folgt jedoch nicht, daß bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Ausland auch die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse entsprechend eingeschränkt ist, also nur der im Ausland Beschäftigte selbst, nicht dagegen sein Ehegatte geschützt wird. Die Sonderregelung in den §§ 221, 222 RVO will in erster Linie die Leistungserbringung sicherstellen. Sie beschränkt sich daher im wesentlichen auf die Rechtsbeziehungen, die dadurch entstehen, daß der Arbeitgeber als Leistungserbringer zwischen Versicherten und Krankenkasse gestellt wird. Die Leistungspflicht der Krankenkasse wird hier nur insoweit besonders geregelt, als dies die Einschaltung des Arbeitgebers erforderlich macht. Eine Einschränkung des Versicherungsschutzes ergibt sich daraus nicht. Die einzelnen Bestimmungen der Sonderregelung weisen vielmehr darauf hin, daß die Leistungsansprüche als gege-



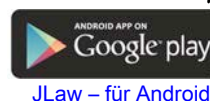
ben vorausgesetzt werden - "die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen" - und nur ihre Bereitstellung - über den Arbeitgeber - gewährleistet werden soll.

Bei den Gegebenheiten des vorliegenden Falles kann die Krankenkasse der direkten Inanspruchnahme durch den Versicherten nicht entgegenhalten, es wäre der Arbeitgeber vorrangig leistungspflichtig. Nach den Feststellungen des LSG haben die Klägerin und ihr Ehemann die Kosten der Krankenhausbehandlung getragen. Es kann dahinstehen, ob der Arbeitgeber die Gewährung der Krankenhausbehandlung abgelehnt hat oder ob er überhaupt nicht in Anspruch genommen worden ist. Auch im letzteren Fall könnte die Klägerin in Anbetracht der unklaren Rechtslage nicht an den Arbeitgeber verwiesen werden. Sollte aber der Arbeitgeber eine Leistungsgewährung verweigert haben, hätte sich bei Rechtswidrigkeit der Ablehnung der Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch umgewandelt. Ob dann der Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber geltend gemacht werden kann, ist hier ebenfalls nicht zu entscheiden. Jedenfalls ist auch der zuständige Krankenversicherungsträger zur Kostenerstattung verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht zwar nach dem Wortlaut des § 222 Satz 2 RVO nur gegenüber dem Arbeitgeber. Wenn dieser jedoch nicht geleistet hat, ist eine unmittelbare Inanspruchnahme der Krankenkasse durch den Versicherten - zumindest aus Zweckmäßigkeitsgründen - gerechtfertigt. Es wäre nicht sinnvoll, den Versicherten an den Arbeitgeber zu verweisen, soweit letztlich dann doch die Krankenkasse zu leisten hätte. Ähnlich verhält es sich, wenn ein ausländischer Versicherungsträger, der nach über- und zwischenstaatlichem Recht für die Leistungsgewährung zuständig ist, vom Versicherten umständehalber nicht in Anspruch genommen worden ist. Die AOKen erstatten in diesem Fall den Betrag, den sie dem aushelfenden ausländischen Versicherungsträger hätten zahlen müssen (DOK 1972, 60; DOK 1978, 880; siehe auch Ziff VII 2. des Merkblatts der Beklagten zu 1)). Es ist geboten, entsprechend zu verfahren, wenn in anderen Fällen



während eines Auslandsaufenthalts zustehende Krankenversicherungsleistungen nicht erbracht werden.

Daß die Klägerin auch während ihres besuchsweisen Aufenthalts bei ihrem im Iran beschäftigten Ehemann Anspruch auf Krankenpflege aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hatte, ergibt sich schließlich aus folgenden Erwägungen: Die dem Wortlaut nach auf den Versicherten selbst beschränkte Regelung der §§ 221, 222 Satz 2 RVO soll nicht, wie bereits dargelegt, den dieser Regelung vorgegebenen Anspruch auf die Versicherungsleistungen einschränken. Eine systemgerechte Auslegung dieser Regelung führt vielmehr zu dem Ergebnis, daß sich die während eines Auslandsaufenthalts fortbestehende Leistungsverpflichtung des Krankenversicherungsträgers auch auf die Familienangehörigen des im Ausland versicherungspflichtig beschäftigten Versicherten, zumindest auf den sich besuchsweise am ausländischen Beschäftigungsort aufhaltenden Ehegatten erstreckt. Durch die §§ 221, 222 Satz 2 RVO wird nämlich nicht eine Leistung vergönungsweise zugestanden. Es handelt sich nicht um eine Vergünstigung, die der Gesetzgeber nach seinem freien Ermessen gewähren und daher auch nach seinem Belieben auf einen eng begrenzten Personenkreis beschränken darf. Die Leistungsverpflichtung des Krankenversicherungsträgers ergibt sich vielmehr bereits aus der Versicherungspflicht der im Ausland ausgeübten Beschäftigung. Wenn das Gesetz - heute ausdrücklich in § 4 SGB IV - eine Beschäftigung im Ausland der Versicherungspflicht unterstellt, dann muß es auch für den durch die Beschäftigung bedingten Auslandsaufenthalt die Versicherungsleistungen voll zur Verfügung stellen. Da in diesem Fall der Auslandsaufenthalt durch die versicherungspflichtige Beschäftigung bedingt ist, kann nicht wegen des Auslandsaufenthalts der Versicherungsschutz eingeschränkt sein. Das hat aber dann nicht nur für den Versicherten, sondern auch für seine Ehefrau zu gelten. Einem im Ausland Beschäftigten muß zugestanden werden, daß sich seine Ehefrau zumindest besuchsweise bei ihm aufhält. Dies ist auch im Sozialversicherungsrecht zu berücksichtigen.



sichtigen. Durch die Verweigerung des Versicherungsschutzes wäre die Aufrechterhaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft in unzumutbarer Weise erschwert. Eine solche Einschränkung widerspräche schließlich den Tendenzen des internationalen Sozialrechts, die soziale Sicherheit möglichst weitgehend grenzüberschreitend zu gewährleisten (vgl. hierzu Haase, BABl 1981, Heft 11, S 53 ff mit Hinweisen auf Übereinkommen der internationalen Arbeitsorganisation und des Europarates).

Auch der gesetzlichen Regelung der Familienkrankenhilfe ist zu entnehmen, daß bei den Gegebenheiten des vorliegenden Falles die Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Krankenversicherung während des Auslandsaufenthalts fortbesteht. Nach § 205 Abs 1 Satz 1 RVO sind Familienhilfeleistungen unter den gleichen Voraussetzungen und in gleichem Umfang wie die entsprechenden Leistungen für den Versicherten zu gewähren. Es soll also grundsätzlich sichergestellt sein, daß die Familienangehörigen und der Versicherte - vom Krankengeldanspruch abgesehen - denselben Versicherungsschutz haben. Familienhilfeleistungen stehen allerdings für einen sonst berechtigten Familienangehörigen nicht zu, wenn dieser sich nicht gewöhnlich im Geltungsbereich des Gesetzes aufhält (§ 205 Abs 1 Satz 1 und Abs 3 Satz 1 RVO). Ein vorübergehender Auslandsaufenthalt schließt den Familienhilfeanspruch nicht aus. Dem Familienangehörigen verbleibt also der Anspruch auf die Leistungen, die dem Versicherten zustehen. Eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse dem Versicherten gegenüber, die während des Auslandsaufenthalts des Versicherten besteht, erstreckt sich dann auch auf die familienhilfeberechtigten Angehörigen.

Es ist jedoch nicht gerechtfertigt, den Versicherungsschutz während des Auslandsaufenthalts auf die Angehörigen zu beschränken, für die dem im Ausland Beschäftigten ein Familienhilfeanspruch zusteht. § 205 RVO bezweckt, den Versicherungsschutz des Versicherten auf die unterhaltsberechtigten Angehörigen auszudehnen, soweit diese nicht anderweitig einen



Anspruch auf Krankenpflege haben oder über ein Einkommen verfügen, das es ihnen ermöglicht, selbst Vorsorge für den Fall der Krankheit zu treffen. Hat ein Familienangehöriger aufgrund einer eigenen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung einen umfassenden Versicherungsschutz, so besteht für eine Familienkrankenhilfe kein Bedürfnis. Auch in diesem Fall hat aber der Familienangehörige Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Versicherungsleistungen. Ergibt sich aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, daß während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts der Krankenversicherungsschutz uneingeschränkt zusteht, so ist - wenn sich die eigene Versicherung nicht ausdrücklich auf die Leistungsgewährung im Inland beschränkt (zB § 313 Abs 4 RVO) - der für den umfassenden Versicherungsschutz zuständige Versicherungsträger leistungspflichtig.

Eine Beschränkung auf die nach § 205 RVO Berechtigten - unter ausschließlicher Berücksichtigung der mitgliedschaftlichen Beziehungen des im Ausland Beschäftigten zu seiner Krankenkasse - würde auch zu praktisch nicht wünschenswerten Ergebnissen führen. Entweder entfielen für den selbstversicherten Familienangehörigen der Versicherungsschutz im Ausland oder es wären - bei Annahme einer subsidiären Verpflichtung aus der Familienkrankenhilfe - für eine im Ausland aufgetretene Erkrankung zwei verschiedene Krankenkassen zuständig, für die Kranken(haus)pflege während des Auslandsaufenthalts die Kasse des im Ausland beschäftigten Ehegatten und für Barleistungen auch während des Auslandsaufenthalts sowie für die Fortsetzung der Kranken(haus)pflege nach Rückkehr in das Inland die eigene Krankenkasse des Familienangehörigen (zur umfassenden Zuständigkeit möglichst eines einzigen Krankenversicherungsträgers: BSGE 51, 281, 285 ff = SozR 2200 § 183 RVO Nr 35). Ob beim Ruhen des Leistungsanspruchs - eventuell mit entsprechender Beitragsermäßigung (zB gemäß § 313 Abs 4 RVO bei einer freiwilligen Weiterversicherung) - eine subsidiäre Verpflichtung der Familienhilfe - Krankenkasse in Betracht kommt, ist hier nicht zu entscheiden.



Da die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bei Aufenthalt des Leistungsberechtigten im Ausland in § 222 Abs 2 RVO eine Konkretisierung erfahren hat, richtet sich die von der Krankenkasse zu erbringende Leistung nach dieser Vorschrift. Der Krankenversicherungsträger hat Kostenerstattung in Höhe des Betrages zu gewähren, der bei Erbringung der Leistung im Inland aufzuwenden gewesen wäre. Zur ordnungsgemäßen Erfüllung seiner Verpflichtung kann der Krankenversicherungsträger nähere Regelungen vor allem über die besonderen Obliegenheiten des Versicherten treffen (zB in einer Krankenordnung nach § 347 RVO). Es ist insbesondere sicherzustellen, daß die vom Versicherten in Anspruch genommenen Krankenhilfemaßnahmen und ihre Notwendigkeit ausreichend nachgewiesen werden.

Im vorliegenden Fall hat das LSG - da es bei seiner Rechtsauffassung darauf nicht angekommen ist - nicht festgestellt, ob die Klägerin eventuelle Auflagen der Beklagten zu 1) beachtet hat, ob die Krankenhausbehandlung und ihre Notwendigkeit nachgewiesen sind und welcher Betrag bei Erbringung der Leistungen im Inland aufzuwenden gewesen wäre. Diese und eventuell weitere sich als notwendig erweisende Feststellungen sind nachzuholen.

Soweit der Senat über die Kosten des Revisionsverfahrens entschieden hat, beruht die Entscheidung auf § 193 SGG. Im



übrigen bleibt die Entscheidung über die Kosten des Revisionsverfahrens der abschließenden Entscheidung des LSG vorbehalten.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)