

Bundessozialgericht

- 3 RK 75/75 -

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

U r t e i l

Verkündet am
5. Oktober 1977

in dem Rechtsstreit

.....
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

.....,
Klägerin, Revisionsbeklagte und
Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

.....,
g e g e n

.....,
Beklagte, Revisionsklägerin und
Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigter:

.....

Das Bundessozialgericht - 3. Senat - hat auf die mündliche
Verhandlung vom 5. Oktober 1977

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozial-
gerichts Hannover vom 4. August 1975 aufgehoben, soweit
es der Klage stattgegeben hat; insoweit wird der Rechts-
streit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das
Sozialgericht zurückverwiesen.

Die Revision der Klägerin wird zurückgewiesen.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlußurteil vorbehalten.

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

G r ü n d e :

I

Die Klägerin fordert von der beklagten Betriebskrankenkasse Ersatz der Kosten, die sie für die stationäre Tbc-Behandlung des bei der Beklagten freiwillig versicherten Josef P (P.) aufgewandt hat.

P., der bei der Klägerin als Beamter beschäftigt ist, litt an einer Spondylitis-Tbc der Brustwirbel und wurde deswegen mehrfach, und zwar vom 3. Januar bis 10. April 1968, vom 11. bis 20. Juli 1968 und vom 12. Oktober bis 18. November 1968 im A -Stift in Hannover und vom 19. November 1968 bis 15. Oktober 1969 in der Klinik La R (Schweiz) stationär behandelt. Die Klägerin beauftragte das Niedersächsische Landessozialamt mit der Durchführung der Heilbehandlungsmaßnahmen (§ 62 des Bundessozialhilfegesetzes -BSHG-). Die Beklagte lehnte es sowohl dem Versicherten wie auch dem Landessozialamt gegenüber ab, für die Kosten der stationären Heilbehandlung aufzukommen, weil ihrer Ansicht nach der Dienstherr gemäß § 127 BSHG verpflichtet sei, die Tbc-Behandlung zu gewähren. Sie wies ferner darauf hin, daß P. die kleine Wartezeit erfüllt habe und deshalb einen Anspruch gegen den Rentenversicherungsträger besitze.

Mit Schreiben vom 7. Mai 1968 leitete das Niedersächsische Landessozialamt die Ansprüche des Versicherten gegen die Beklagte auf sich über. Es forderte von der Beklagten, ihm die Behandlungskosten in Höhe von 19.219,33 DM zu erstatten. Die Beklagte verzichtete auf die Einrede der Verjährung.

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte verurteilt, die Kosten der Behandlung im A -Stift zu erstatten, im übrigen hat es die Klage abgewiesen (Urteil vom 4. August 1975). Es hat im wesentlichen ausgeführt: Die Klägerin habe P.

- 3 -



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



- 3 -

stationäre Heilbehandlung nicht zu gewähren brauchen, weil der Dienstherr gemäß § 127 Abs 4 BSHG gegenüber der Krankenkasse nur subsidiär verpflichtet sei. Für die stationäre Heilbehandlung im A -Stift hätte P. demgemäß ein Anspruch auf Krankenhauspflege gegen die Beklagte zugestanden (§ 184 Abs 1 der Reichsversicherungsordnung -RVO- ; § 15 der Satzung der Beklagten). Die medizinisch notwendige Krankenhauspflege gehe als Pflichtleistung iS des § 2 Abs 2 Satz 1 BSHG den entsprechenden Leistungen des Trägers der Tbc-Hilfe vor. Die Regelung des § 127 Abs 4 BSHG, der auf § 2 Abs 2 Satz 1 BSHG verweise, verstoße nicht gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz (Art 3 des Grundgesetzes -GG-). Der Anspruch auf Erstattung der Kosten für die stationäre Heilbehandlung in der Schweiz sei nicht begründet. Als Rechtsgrundlage für die Übernahme der Kosten komme nur § 15 Abs 1 iVm § 22 Abs 5 der Satzung in Betracht (= § 184 RVO und § 313 Abs 5 RVO); Voraussetzung sei aber dafür, daß sich der Versicherte im Inland aufhalte. Ferner bestimme Abschn 2 Nr 5 der Krankenordnung der Beklagten, daß der Versicherte, der für sich oder seine Familienangehörigen Kassenleistungen im Ausland erhalten wolle, eines besonderen Anspruchsausweises bedürfe, und zwar beschränkt auf diejenigen Staaten, mit denen die Bundesrepublik Deutschland Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen habe. Eine solche Vereinbarung sei mit der Schweiz nicht getroffen worden. Die entsprechenden Bestimmungen in der Krankenordnung und der Satzung seien nicht zu beanstanden, sie stünden im Einklang mit der RVO.

Auf Anträge der Klägerin und der Beklagten hat das SG durch Beschluß vom 6. Oktober 1975 die Sprungrevision zugelassen.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung der §§ 184, 216 Abs 1 Nr 2 und 313 Abs 5, 1.Halbsatz RVO. Das SG habe zu Unrecht das Ruhen des Anspruchs auf Krankenhauspflege für die Behandlung in Leysin angenommen. Ein Auslandsaufenthalt iS der genannten Vorschriften habe nicht vorgelegen,

- 4 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

da eine nur auf kurze Zeit begrenzte Verweildauer nicht unter § 313 Abs 5 RVO falle. Es sei auch üblich, Tbc-Kranke in Hochgebirgskliniken der Schweiz zu behandeln.

Die Klägerin beantragt,
das angefochtene Urteil insoweit abzuändern,
als die Klage abgewiesen worden ist, die
Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die
Kosten der stationären Behandlung des
Versicherten P. in der Klinik La R vom
19. November 1968 bis 15. Oktober 1969 in Höhe
von 12.374,83 DM zu erstatten, und die Revision
der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,
das Urteil des SG aufzuheben, soweit sie
verurteilt ist, der Klägerin die Kosten für die
stationäre Behandlung des P. im A -Stift in
Hannover im satzungsmäßigen Umfang zu erstatten, und
insoweit die Klage abzuweisen sowie die Revision
der Klägerin zurückzuweisen.

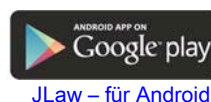
Sie ist der Ansicht, es sei nicht der Wille des Gesetzgebers gewesen, den Dienstherrn gegenüber einer freiwilligen Krankenversicherung des Beamten nur subsidiär zu verpflichten. Inso- weit sei auf die Regelung des § 21a Abs 7 des Angestellten- versicherungsgesetzes (AVG) zu verweisen, die im Verhältnis Rentenversicherungsträger/Dienstherr den Rentenversicherungs- träger entlaste. Gleiches müsse auch im Verhältnis Dienstherr/ Krankenkasse gelten. Ferner handele es sich bei der Krankenhaus- pflege um eine Ermessensleistung (§ 184 RVO aF), die nach § 48 Abs 3 iVm § 2 Abs 2 Satz 2 BSHG gegenüber der Leistungspflicht des Dienstherrn nachrangig sei. Die Versagung von Tbc-Hilfe des Dienstherrn gegenüber freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamten verstoße gegen Art 3 GG, denn dabei werde differenziert zwischen Beamten, die nicht oder privat krankenversichert

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

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

und solchen, die freiwillig bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien. Die Solidargemeinschaft werde im Falle der stationären Tbc-Behandlung von freiwillig versicherten Beamten gegenüber den übrigen Versicherten (Angestellten, Arbeitern) in ungerechtfertigter Weise belastet, da deren stationäre Heilbehandlung nicht der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung zur Last falle.

II

1. Die Revision der Beklagten ist begründet, Sie führt zur Zurückverweisung der Sache an die Vorinstanz.

Im Verfahren vor dem SG hat die Beklagte vorgetragen, daß der Versicherte P. Beiträge zur Rentenversicherung geleistet, damit die kleine Wartezeit erfüllt habe und ihm demgemäß Leistungsansprüche gegen die Rentenversicherung zustünden. Auch in der Revisionsbegründung hat die Beklagte auf diesen Sachverhalt hingewiesen und ausgeführt, daß nach § 1244a RVO die Krankenversicherung im Verhältnis zur Rentenversicherung entlastet werde. Mit diesem Vortrag ist hinreichend substantiiert gerügt, daß das SG keine Feststellungen über die bei P. vorliegenden rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen getroffen hat. Der Senat kann diese tatsächlichen Feststellungen nicht nachholen (§ 163 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-), da es jedoch für die Entscheidung auf sie ankommt, muß der Rechtsstreit an das SG zurückverwiesen werden. Das SG wird festzustellen haben, ob der Versicherte P. in den Zeiträumen, in denen er im A -Stift Aufnahme gefunden hatte, die Voraussetzungen erfüllte, die § 1244a RVO oder § 21a AVG in der zu jener Zeit geltenden Fassung für die Leistungspflicht der



- 6 -

Rentenversicherungsträger zur stationären Tbc-Heilbehandlung aufstellte. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird das SG auch den zuständigen Rentenversicherungsträger zu ermitteln und dem Verfahren beizuladen haben, weil er als Leistungspflichtiger in Betracht kommt (§ 75 Abs 2 und 5 SGG). Die bisher fehlende Beiladung hatte der Senat von Amts wegen zu beachten (vgl BSG in SozR 1500 Nr 1 zu § 75 SGG; BSGE 38, 98, 99).

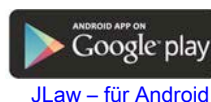
Das SG hat sich in dem angefochtenen Urteil auf mehrere Entscheidungen des erkennenden Senats gestützt, die jedoch nur dann von Bedeutung sein können, wenn der Rentenversicherungsträger nicht als leistungspflichtig in Betracht kommt. Sowohl in dem Urteil vom 17. April 1970 (BSGE 31, 112 = SozR Nr 27 zu § 184 RVO) als auch in dem vom 24. Mai 1972 (SozR Nr 34 zu § 184 RVO) und vom 12. Dezember 1972 (SozR Nr 38 zu § 184 RVO) gehörte der Leistungsberechtigte nicht der Rentenversicherung an. In den beiden letzten Entscheidungen ging es lediglich um die Konkurrenz von Ansprüchen gegen den Dienstherrn eines Beamten und den aus freiwilliger Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse erwachsenden Ansprüchen; die Entscheidung in BSGE 31, 112 betraf den Erstattungsanspruch, der dem vorleistenden Sozialhilfeträger gegen das Pflichtmitglied einer Krankenkasse zustand, nachdem der Rentenversicherungsträger seine Leistungspflicht wegen Fehlens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen verneint hatte. Der Senat sieht keine Veranlassung, von der in jenen Entscheidungen dargelegten Rechtsauffassung abzuweichen, allerdings folgt daraus noch nicht, wie das SG annimmt, die Leistungspflicht der Beklagten für die Krankenhausaufenthalte des P. im A -Stift. Vielmehr kommt es für die Entscheidung dieser Frage darauf an, ob P. Ansprüche nach § 1244a RVO oder § 21a AVG gegen einen Rentenversicherungsträger besaß.

Wie der Senat in dem Urteil vom 29. September 1976 (BSGE 42, 238 = SozR 2200 Nr 9 zu § 1244a RVO) eingehend dargelegt hat,

- 7 -



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



ist für die stationäre Heilbehandlung eines an Tbc erkrankten Beamten, der sowohl krankenversichert ist als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 1244a RVO oder § 21a AVG erfüllt, der Träger der Rentenversicherung leistungspflichtig. Das folgt aus § 1244a Abs 7 Satz 2 RVO bzw § 21a Abs 7 Satz 2 AVG, weil diese Regelung nur die Konkurrenz gleichrangiger Ansprüche ordnet, im vorliegenden Fall - sofern P. die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt - jedoch Ansprüche unterschiedlicher Rangordnung in Rede stehen. Der Anspruch gegen den öffentlichen Dienstherrn hat nämlich, wie das SG zutreffend ausführt, nur subsidiären Charakter, weil P. einen - insoweit vorrangigen - Anspruch gegen die beklagte Krankenkasse auf Krankenhauspflege hat. Nach § 184 Abs 1 RVO in der hier anzuwendenden Fassung vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1973 (BGBl I 1925) konnte die Krankenkasse anstelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus (Krankenhauspflege) gewähren. Da Art und Schwere der Erkrankung die Krankenhauspflege medizinisch erforderlich machten - das ist zwischen den Beteiligten unstreitig - , verdichtete sich der Anspruch des P. gegen die Krankenkasse auf fehlerfreien Ermessensgebrauch zu einem Anspruch auf die Krankenhauspflege selbst (vgl BSGE 31, 112 = SozR Nr 27 zu § 184 RVO). Die medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung ging als Pflichtleistung iS des § 2 Abs 2 Satz 1 BSHG den nach dem BSHG zu gewährenden Leistungen vor, wozu auch die Leistungen des Dienstherrn bei einer Tbc-Erkrankung eines Beamten gehörten (vgl BSG in SozR Nrn 34 und 38 zu § 184 RVO); die Tbc-Hilfe des öffentlichen Dienstherrn ist also gegenüber den Ansprüchen des Versicherten an die Krankenkasse nur als subsidiär ausgestaltet, wie sich durch die Verweisung von § 127 Abs 4 auf § 2 Abs 2 Satz 1 BSHG ergibt.

Da der Anspruch gegen den öffentlichen Dienstherrn subsidiär ist, kann er nicht in Konkurrenz mit dem Anspruch gegen den



- 8 -

Rentenversicherungsträger treten, und die in § 1244a Abs 7 Satz 2 RVO bzw § 21a Abs 7 Satz 2 AVG getroffene Regelung greift demnach nicht ein. Es konkurrieren vielmehr nur noch die gleichrangigen Ansprüche des P. gegen die beklagte Krankenkasse und gegen den Rentenversicherungsträger miteinander. Dieses Konkurrenzverhältnis beurteilt sich jedoch nach § 1244a Abs 3 RVO bzw § 21a Abs 3 AVG.

Daraus folgt, daß für die stationäre Tbc-Behandlung des P. im A -Stift der Rentenversicherungsträger zuständig ist, sofern P. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 1244a RVO oder des § 21a AVG erfüllt. Nur wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, bleibt es bei der Konkurrenz der Leistungspflicht zwischen Krankenkasse und Dienstherrn, die das SG im angefochtenen Urteil insoweit zutreffend entschieden hat.

Für die Entscheidung des Rechtsstreits bedarf es demnach noch der angeführten Feststellungen. Da der Senat sie nicht treffen kann, muß die Sache in dem Umfang, wie das SG die Beklagte verurteilt hat, an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

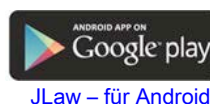
2. Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat mit zutreffenden Gründen die Ansprüche der Klägerin gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung des P. in der Klinik La R (Schweiz) abgelehnt. Für diese Heilbehandlung stand P. weder ein Anspruch gegen die beklagte Krankenkasse noch gegen einen Rentenversicherungsträger zu.

Soweit es sich um Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung handelt, ist davon auszugehen, daß die stationäre Heilbehandlung nach § 184 RVO einen Anspruch auf eine Sachleistung darstellt (vgl dazu BEGE 19, 21, 23; 42, 117, 119). Das folgt bereits aus § 184 Abs 5 RVO in der damals geltenden Fassung. Die Krankenkassen tragen

- 9 -



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



diesem Prinzip Rechnung durch den Abschluß von Verträgen mit Krankenhäusern nach § 371 RVO, auf Grund deren diese den Mitgliedern der Krankenkasse Krankenhauspflege gewähren. Schon aus dieser Ausgestaltung des Leistungsrechts ergibt sich, daß in aller Regel Sachleistungen nur im Geltungsbereich der RVO erbracht werden, weil nur in diesem Bereich der Regelungsmechanismus des Gesetzes voll zur Anwendung kommen kann. Es bedarf im vorliegenden Fall keiner Erörterung bilateraler oder multilateraler Sozialversicherungsregelungen, weil für die im Streit stehende Krankenhauspflege im Gebiet der Schweiz jedenfalls keine vertraglichen Abmachungen bestehen. Läßt sich somit aus den krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften der RVO kein Anspruch des P. ableiten, so scheidet auch nach den Satzungsbestimmungen der Beklagten ein Anspruch aus. Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, daß die Satzung der Beklagten (§ 15 Abs 1 iVm § 22 Abs 5) Krankenhauspflege (nur) dann gewährt, wenn sich der Versicherte im Inland aufhält.

Sofern P. die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung stationärer Tbc-Heilbehandlung erfüllt, kann er ebenfalls keine Ansprüche für die streitige Zeit gegen einen Träger der Rentenversicherung geltend machen. Nach § 1244a Abs 9 RVO oder § 21a Abs 9 AVG besteht ein Anspruch auf Tbc-Hilfe nur, soweit die Betreuten im Geltungsbereich des Gesetzes behandelt oder beruflich gefördert werden können oder nachgehende Maßnahmen unmittelbar erhalten können. Dem Rentenversicherungsträger obliegt somit keine Verpflichtung zur Gewährung von Tbc-Hilfe im Ausland (vgl auch BSG in SozR Nr. 18, 19, 20 und 21 zu § 1244a RVO). Dabei ist es ohne Bedeutung, ob es sich bei dem Tbc-Kranken um einen Deutschen oder um einen Ausländer handelt. In jedem Fall beschränkt sich die Gewährung der Tbc-Hilfe auf das Inland (vgl BSG, Urteil vom 26. April 1977 - 4 RJ 23/76). Die Unterscheidung zwischen vorübergehendem und dauerndem Aufenthalt in dem von der Klägerin beabsichtigten Sinn, daß ein vorübergehender Auslands-



- 10 -

aufenthalt leistungspflichtig wie ein Inlandsaufenthalt gewertet würde, ist vom Gesetz für die Sachleistung der stationären Tbc-Behandlung nicht vorgesehen. Einer solchen Vorschrift bedürfte es aber, um den von der Klägerin erhobenen Anspruch zu begründen.

Da P. somit für die Krankenhauspflege in der Schweiz weder Ansprüche gegen die Beklagte noch gegen einen Rentenversicherungsträger zugestanden hätten, stehen auch der Klägerin keine übergeleiteten Ansprüche oder Erstattungsansprüche zu, so daß ihre Revision in vollem Umfang unbegründet ist. Der Senat konnte insoweit durchentscheiden. In diesem Umfang bedurfte es keiner Zurückverweisung des Rechtsstreits.

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](#)