

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

.....,

Kläger und Revisionskläger,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigter:,

Beigeladen:

.....

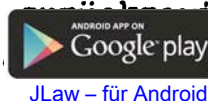
Das Bundessozialgericht - 3. Senat - hat ohne mündliche Verhandlung am 29. September 1976 in Berlin durch den Vorsitzenden Richter S c h r o e d e r - P r i n t z e n , die Richter Dr. R e i n h o l d und Dr. H e i n z e sowie die ehrenamtlichen Richter R e i m e r und L i e b e r m a n n für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom

16. Oktober 1974 wird verworfen.

Kostenlos Kosten nicht zu

JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile



- 2 -

G r ü n d e

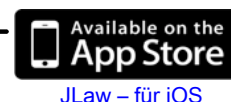
I

Der Kläger (das Land Niedersachsen) fordert von der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) - hilfsweise von der beigeladenen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) - Ersatz der Kosten, die er für die stationäre Tbc-Behandlung eines Mitglieds der Beklagten aufgewandt hat.

Der 1918 geborene Helmut P (P.) ist Rentner und als solcher Mitglied der Beklagten. Er leidet an Schizophrenie und ist deshalb seit 1945 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg untergebracht. Die ihm von der Beigeladenen gewährte Rente wird dem Kläger überwiesen. Sie betrug in den Jahren 1964/65 knapp 150,- DM monatlich. Vom 19. März 1964 bis 12. September 1965 wurde P. wegen einer reaktivierten Lungen-Tbc in der Tbc-Abteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses stationär behandelt. Die hierdurch verursachten Kosten von 7.079,02 DM zahlte der Kläger am 1. Februar 1966. Die Beklagte lehnte es ab, ihm diese Kosten zu erstatten. Das Sozialgericht (SG) hat mit Urteil vom 17. Januar 1972 die Klage abgewiesen. Die im Berufungsverfahren durch Beschluß vom 14. Mai 1973 beigeladene BfA hat u.a. Verjährung geltend gemacht. Das Landessozialgericht (LSG) hat durch Urteil vom 16. Oktober 1974 die Berufung zurückgewiesen. Es hat ausgeführt: Weder die Beklagte noch die Beigeladene hätten dem Kläger die streitigen Kosten zu ersetzen. Der Anspruch des P. gegen die Beklagte auf stationäre Behandlung nach § 184 der Reichsversicherungsordnung (RVO), aufgrund dessen der Kläger Ersatz nach den §§ 1531 ff RVO verlangen könnte, habe nach § 21 a Abs. 1, 3 Satz 1 und 3 i.V.m. § 16 Satz 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) geruht, weil dem P. ein vorrangiger Anspruch auf stationäre Heilbehandlung gegen die Beigeladene zugestanden habe. Deshalb komme für den Kläger als Sozialhilfeträger ein Kostenerstattungsanspruch nur gegen die Beigeladene in Betracht. Die sich aus § 21 a Abs. 1 und 3 AVG ergebende Verpflichtung der Beigeladenen werde



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



- 3 -

zwar nicht - durch Abs. 7 Satz 3 dieser Vorschrift - ausgeschlossen, weil P. nicht auf "öffentliche Kosten" untergebracht sei. Der Kläger könne die Beigeladene jedoch nicht in Anspruch nehmen, weil diese - ohne gegen den Grundsatz von Treu und Glauben zu verstoßen - die Einrede der Verjährung geltend gemacht habe. Die Verjährungsfrist von 4 Jahren (§ 29 Abs. 3 RVO) habe spätestens am 2. Februar 1966, also am Tag nach der Zahlung der Kosten durch den Kläger begonnen und sei mithin am 2. Februar 1970 abgelaufen gewesen. Ein Unterbrechungstatbestand liege nicht vor, denn der Beiladungsbeschuß sei der Beigeladenen erst nach diesem Zeitpunkt zugestellt worden.

Mit der - zugelassenen - Revision macht der Kläger geltend, sein Anspruch gegen die Beigeladene sei noch nicht verjährt, weil § 29 Abs. 3 RVO als eine nur für versicherungsrechtliche Ansprüche geltende Sondervorschrift ihn nicht erfasse. Falls sich die Beigeladene jedoch wirksam auf Verjährung berufen könne, sei die Beklagte zur Leistung verpflichtet. Ein Ruhen des Anspruchs aus § 184 RVO trete nur ein, wenn der Rentenversicherungsträger Leistungen gewährt habe, was hier nicht der Fall sei.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),
die vorinstanzlichen Urteile aufzuheben und
die Beklagte - hilfsweise die Beigeladene -
zu verurteilen, ihm die aufgewandten Krankenhausbehandlungskosten von 7.079,02 DM in gesetzlicher Höhe zu ersetzen.

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-).

- 4 -



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



Die Revision ist nicht begründet.

Weder die beklagte Ortskrankenkasse noch die Beigeladene haben dem Kläger die Kosten für die stationäre Heilbehandlung des P., die dieser vorläufig i.S. des § 59 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) getragen hat, zu erstatten. Der Anspruch des Klägers gegen die Beklagte beurteilt sich nach den §§ 1531 ff RVO, wobei es dahinstehen kann, wie der erkennende Senat bereits mehrfach entschieden hat (vgl. BSG 31, 112, 113, 114; BSG in Die Leistungen der KV 1972, 149, 151), ob diese Vorschrift unmittelbar oder nur über § 59 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 BSHG (idF vom 30. Juni 1961 - alte Fassung - BGBl I 815; - die Neufassung datiert vom 18. September 1969, siehe BGBl I 1688 -) Anwendung findet. § 59 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 BSHG aF bestimmte, daß für die Erstattungspflicht der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die §§ 1531 und 1543 RVO entsprechend gelten. Nach § 1531 RVO kann der Träger der Sozialhilfe, der nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt, für die er einen Anspruch aufgrund der RVO hatte oder noch hat, bis zur Höhe dieses Anspruchs nach den §§ 1532 bis 1537 RVO Ersatz beanspruchen.

Der Kläger kann aber nicht von der Beklagten die Erstattung der Kosten für die Tbc-Heilbehandlung begehren, da diese nicht zur Leistung der stationären Behandlung an P. verpflichtet gewesen wäre. Dies ergibt sich aus der in den §§ 21 a Abs. 3 i.V.m. § 16 Satz 3 AVG getroffenen Regelung. Grundsätzlich hat P. zwar gemäß § 184 RVO einen Anspruch auf Gewährung der stationären Tuberkulosebehandlung (so BSG 31, 112, 115). Der Gesetzgeber hat jedoch im Rahmen des § 21 a Abs. 3 AVG (= § 1244 a Abs. 3 RVO, § 43 a Abs. 3 RKG), der hier Anwendung findet, die Aufgaben des Rentenversicherungsträgers sowie der Krankenkasse zur Tbc-Bekämpfung besonders aufgeteilt. Besteht nämlich im Falle einer aktiven behandlungsbedürftigen Tbc ein Anspruch auf Krankenhilfe oder Familienkrankenhilfe gegen den Träger der sozialen Krankenversicherung, ruht der Anspruch auf Heilbehandlung nach Satz 1 (gegen den Rentenversicherungsträger) für die Dauer



der ambulanten Behandlung. Für die Dauer der stationären Heilbehandlung bleibt § 16 Satz 2 bis 4 AVG in der Fassung vor dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) - AVG a.F. - unberührt; d.h. die Bundesversicherungsanstalt hat dem Betreuten mindestens das zu gewähren, was der Träger der Krankenversicherung nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte (§ 16 Satz 2 AVG a.F.). Die Ansprüche des Betreuten gegen den Träger der Krankenversicherung ruhen insoweit (§ 16 Satz 3 AVG a.F.). Dies bedeutet, daß bei gleichzeitigem Bestehen eines Anspruchs gegen den Rentenversicherungsträger sowie den Träger der sozialen Krankenversicherung, wie in dem vorliegenden Fall bei P., der als Rentner einen Anspruch auf Heilbehandlung nach § 21 a Abs. 3 Satz 1 gegen die Beigeladene hat und als solcher Mitglied der Beklagten ist, der Träger der Krankenversicherung die ambulante, der Träger der Rentenversicherung die stationäre Heilbehandlung zu gewähren haben (vgl. BSG in SozR Nr. 11 zu § 1244 a RVO; BSG 31, 122, 124; BSG 29, 87, 89). Diese Zuständigkeitsverteilung hat sich aus den strukturellen Unterschieden der beiden Versicherungszweige ergeben (vgl. die Ausführungen in BSG 31, 122, 124); die Krankenversicherung soll überwiegend Leistungen bei mehr kurzfristigen akuten Erkrankungen gewähren, während die Rentenversicherung bei längerdauernden Krankheiten eintritt. Diese Einteilung ist auch deshalb sinnvoll, weil gerade auf dem Gebiet der Tbc-Bekämpfung die Träger der Rentenversicherung über langjährige Erfahrungen und besonders geeignete Einrichtungen verfügen (BSG 31, aaO). Die Vorschrift des § 21 a Abs. 3 AVG beinhaltet somit eine Zuständigkeitsregelung i.S. einer Arbeitsteilung zwischen den Versicherungsträgern (vgl. Komm. zur RVO, herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - Verbandkommentar-, Stand: Januar 1975, Bd. I Anm. 27 zu § 1244 a RVO).

Nach den das Revisionsgericht bindenden, weil nicht angefochtenen Feststellungen litt P. an einer aktiven behandlungsbedürftigen Tbc, die eine stationäre Behandlung erforderlich machte. Die Krankenkasse war damit nicht zur Leistung dieser stationären Heilbehandlung verpflichtet.



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



Die Leistungspflicht der Beklagten hängt - entgegen der Auffassung des Klägers - auch nicht davon ab, ob der Rentenversicherungsträger die Behandlung gewährt hat oder nicht. Denn dadurch kann sich an der im Gesetz gewählten Zuordnung der ambulanten Behandlung zur Krankenversicherung und der stationären Heilbehandlung zum Rentenversicherungsträger nichts ändern. Ansonsten würde die Leistungspflicht in streitigen Fällen von Zufälligkeiten abhängen, nämlich davon, ob der Rentenversicherungsträger sich zur Gewährung der stationären Behandlung bereit erklärt oder nicht. Diese Ansicht des Klägers widerspricht aber der vom Gesetzgeber gewollten Einteilung.

Ein Anspruch aus § 59 Abs. 2 BSHG auf Erstattung der Kosten für die P. gewährte stationäre Tbc-Behandlung kommt auch gegen die Beigeladene nicht in Betracht. Denn dieser Anspruch ist, wie die Beigeladene zu Recht einredeweise geltend gemacht hat, verjährt.

Die Vorschrift des § 59 BSHG enthält keine Verjährungsbestimmung; einer solchen Bestimmung bedurfte es auch nicht, da, wie das Bundesverwaltungsgericht entschieden hat (vgl. insoweit BVerwG 35, 355, 360), die Rechtsnatur dieses Erstattungsanspruchs und damit auch die Verjährungsvorschriften sich nach dem Recht bestimmen, das für das Verhältnis des Erkrankten - des P. - zu dem Träger der Tbc-Hilfe außerhalb der Sozialhilfe - hier die BfA - maßgebend ist (so auch Mergler-Zink, Komm. zum BSHG, 2. Aufl., 1975, Anm. 34 zu § 59 BSHG). Die Verjährung beurteilt sich daher nach § 29 Abs. 3 RVO, da keine anderweitige Verjährungsvorschrift eingreift. Diese Vorschrift findet im vorliegenden Fall Anwendung, da die Neuregelung der Verjährung durch § 45 des Sozialgesetzbuches (SGB), Allgemeiner Teil (Allg. Teil), vom 11. Dezember 1975 -BGBl I 3015 - hier nicht anwendbar ist, weil der streitige Anspruch bereits vor Inkrafttreten der Vorschrift - am 1. Januar 1976 (Art. II § 23 Abs. 1 SGB - Allg. Teil -) verjährt war (Art. II § 17 SGB - Allg. Teil -). Nach § 29 Abs. 3 RVO verjährt der Anspruch auf Leistungen des



Versicherungsträgers in vier Jahren nach der Fälligkeit. Diese Vorschrift bestimmt zwar, daß Ansprüche auf Leistungen in vier Jahren verjähren. Sie betrifft somit den vorliegenden Fall nicht unmittelbar, da ein Ersatzanspruch geltend gemacht wird; sie ist aber entsprechend anzuwenden. Denn Erstattungsansprüche sind die Kehrseite von Ansprüchen auf die entsprechenden Leistungen. Aus dieser engen Beziehung zwischen Leistungs- und Erstattungsanspruch ergibt sich, daß der Erstattungsanspruch derselben Verjährungsfrist wie der Leistungsanspruch unterliegt (vgl. BSG in SozR Nr. 21 zu § 29 RVO; BSG 20, 262, 263).

Der Ablauf der Verjährung wird auch nicht dadurch berührt, daß der Kläger und nicht der Versicherte die Erstattung von der Beigeladenen begehrt. Denn ein Versicherungsträger soll in der Frage der Verjährung nicht schlechter gestellt werden, wenn er von einem anderen Versicherungsträger anstelle des Versicherten selbst in Anspruch genommen wird (vgl. BSG in SozR Nr. 64 zu § 183 RVO; BSG in BKK 1974 S. 146, 147). Es darf somit auch hier keinen Unterschied machen, ob der klagende Sozialhilfeträger oder P. die Erstattung geltend macht, denn es besteht kein Anlaß, von diesen Grundsätzen abzuweichen.

Die vierjährige Verjährung ist auch abgelaufen. Als Tag des Beginns des Fristablaufs ist nicht der 13. September 1965, der Tag nach dem Abschluß des Heilverfahrens, anzusehen, sondern der 2. Februar 1966, da der Kläger spätestens am 1. Februar 1966 die Krankenhauskosten für P. angewiesen hat. Denn der Anspruch verjährt in vier Jahren "nach Fälligkeit"; die "Fälligkeit" der Leistung i.S. des § 29 Abs. 3 RVO tritt nach dem Beschluß des Großen Senats (vgl. BSG 34, 1, 15, 16) mit dem Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs ein. Der Erstattungsanspruch ist aber erst dadurch entstanden, daß der Kläger die Kosten für die stationäre Heilbehandlung angewiesen hat (vgl. insoweit auch die Entscheidung des erkennenden Senats in BKK 1974, 146, 147). Die Verjährung ist demnach am 2. Februar 1970 - der 1. Februar 1970 war ein Sonntag - eingetreten. Es besteht auch kein Anhaltspunkt dafür, daß der Einrede der Verjährung Einwand der unzulässigen Re-



- 8 -

Mit Rücksicht auf die eingetretene Verjährung brauchte der erkennende Senat nicht zu entscheiden, ob P. auf öffentliche Kosten i.S. des § 21 a Abs. 7 Satz 3 AVG i.V.m. § 130 BSHG untergebracht gewesen ist oder ob der monatliche Beitrag des P. in Höhe von 150.- DM als teilweise "Selbstzahlereigenschaft" zu werten ist.

Daß der Kläger nicht die Erstattung der Kosten von der Beigeladenen begehren kann, führt auch nicht dazu, wie dieser meint, daß nunmehr die Beklagte hierzu verpflichtet sei. Denn die beklagte Krankenkasse soll - wie bereits ausgeführt - bei gleichzeitiger Versicherung eines Berechtigten in der Renten- und der gesetzlichen Krankenversicherung immer nur zur Leistung der ambulanten Behandlung verpflichtet sein. Daran ändert auch nichts der Umstand, daß der Anspruch nicht durchgesetzt werden kann, weil er verjährt ist.

Der Revision war nach alledem nicht stattzugeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)