

Im Namen des Volkes

4 RJ 141/80

Urteil

Verkündet am
31. März 1982

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,
Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 31. März 1982
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landes-
sozialgerichts Baden-Württemberg vom 26. September 1980
aufgehoben.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialge-
richts Reutlingen vom 12. Juli 1979 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.



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



-2-

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darum, wer die Kosten für die stationäre Behandlung ihres Versicherten Gottlieb E..... (Versicherter) im Kreiskrankenhaus A..... für die Zeit vom 1. bis 13. Juli 1977 und vom 26. Juli bis 3. August 1977 zu tragen hat.

Der Versicherte wurde am 21. Juni 1977 wegen des Verdachts einer Spondylitistuberkulose zur stationären Behandlung in die Fachklinik Z..... (Chirurgisch-orthopädische Klinik) der Beklagten eingewiesen. Wegen eines bestehenden Diabetis mellitus wurde der Versicherte zur präoperativen Einstellung dieser Krankheit in die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses A..... am 1. Juli 1977 verlegt. Nach der Rückverlegung in die Fachklinik Z..... am 13. Juli 1977 wurde dort am 25. Juli 1977 der vermutete tuberkulöse Herd operativ entfernt. Vom 26. Juli 1977 bis 3. August 1977 wurde der Versicherte erneut in der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses A..... wegen akuter Stoffwechselerkrankung behandelt. Im Anschluß daran wurde er wieder bis zum 19. Dezember 1977 in der Fachklinik Z..... stationär behandelt.

Nachdem die Klägerin ihre gegenüber dem Kreiskrankenhaus A..... zuvor erteilte Kostenübernahmeerklärung widerrufen hatte, teilte die Beklagte dem Versicherten durch Bescheid vom 26. August 1977 mit, sie übernehme die Kosten der stationären Behandlung in der



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

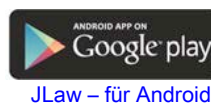
-3-

Fachklinik Z..... mit Ausnahme der durch den Krankenhausaufenthalt im Kreiskrankenhaus A.....entstandenen Kosten. Dieser Bescheid ist bindend geworden.

Mit ihrer Klage verlangte die Klägerin die Erstattung der ihr für die stationäre Behandlung des Versicherten im Kreiskrankenhaus A..... entstandenen Kosten in Höhe von 2.816,80 DM. Dieser Klage gab das Sozialgericht (SG) durch Urteil vom 12. Juli 1979 statt mit der Begründung, die stationäre Behandlung des Versicherten während der streitigen Zeit habe mit der Tuberkulosebehandlung im Zusammenhang gestanden. Auf die Berufung der Beklagten wies das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg die Klage unter Aufhebung des sozialgerichtlichen Urteils ab (Urteil vom 26. September 1980). Zur Begründung führt das LSG ua aus, die Zuständigkeit der Klägerin als Krankenversicherungsträger sei für solche Leistungen zu bejahen, die nicht in einem engen unmittelbaren Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme der Beklagten stünden. Die Verlegung des Versicherten in das Kreiskrankenhaus A..... sei wegen einer Diabeteserkrankung erfolgt, die mit der Spondylitistuberkulose in keinem Zusammenhang gestanden habe. Die Einstellung der Diabetes sei nicht allein wegen der bevorstehenden Operation erforderlich gewesen; vielmehr wäre ohne den beabsichtigten Eingriff die Regulierung der Stoffwechsellage ebenfalls notwendig gewesen. Entscheidend sei, daß eine nicht tuberkulöse Erkrankung die Krankenhausbehandlung während der streitigen Zeit erforderlich gemacht habe, wobei diese auch in einem anderen Krankenhaus erfolgt sei. Damit sei eine klare Abgrenzung der verschiedenen Behandlungen nach den



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



ihnen zugrundeliegenden Erkrankungen möglich.

Mit ihrer - vom LSG zugelassenen - Revision macht die Klägerin geltend, das LSG habe nicht geprüft, ob schon die Beklagte während der von ihr gewährten stationären Behandlung die Diabeteserkrankung des Versicherten mitbehandelt und während der stationären Behandlung in der streitigen Zeit weiterhin eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit wegen eines Tuberkuloseverdachtes bestanden habe. Insoweit habe sie eine Vorleistung erbracht. Eine von der Beklagten zu erbringende stationäre Tuberkulosebehandlung sei auch während der streitigen Zeit erforderlich gewesen, so daß eine vorübergehende Unterbrechung durch Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus einen Ermessensfehler darstelle. Es obliege der Beklagten im Rahmen ihrer Zuständigkeit, stationäre Heilbehandlung in dem Umfang zur Verfügung zu stellen, daß auch die stationäre Mitbehandlung nicht tuberkulöser Erkrankungen gewährleistet sei. Deswegen könne er nicht die hierdurch entstehenden Kosten auf die Klägerin als Krankenversicherungsträger überwälzen. Eine mitzubehandelnde Krankheit müsse auch nicht mit der Tuberkulose, wegen der die stationäre Heilbehandlung durchgeführt wurde, im Zusammenhang stehen.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-5-

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom
26. September 1980 aufzuheben und die Berufung der Beklagten
gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom
12. Juli 1979 zurückzuweisen, hilfsweise, den Rechtsstreit
zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das
Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Klägerin ist begründet.

Als vorleistender Versicherungsträger hat die Klägerin nach § 43
SGB I einen Anspruch auf Erstattung der ihr anlässlich der sta-
tionären Behandlung des Versicherten während der streitigen Zeit
entstandenen Aufwendungen. Die Beklagte ist nach § 1244a Abs 1
und 3 Reichsversicherungsordnung (RVO) zur Übernahme der Kosten
der stationären Heilbehandlung eines Versicherten wegen aktiver
behandlungsbedürftiger Tuberkulose verpflichtet. Nach dieser
Vorschrift ist die Beklagte als Rentenversicherungsträger für die
Durchführung einer stationären Tbc-Behandlung ihrer Versicherten
zuständig, insoweit ruht ein Anspruch gegenüber einem Träger der
gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1244a Abs 3 iVm § 1239 Satz 3



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

RVO). Dessen Leistungspflicht gegenüber Versicherten, die beiden Versicherungszweigen angehören, beschränkt sich grundsätzlich auf die ambulante Behandlung von Tuberkuloseerkrankungen.

Die stationäre Behandlung des Versicherten während der streitigen Zeiträume war Bestandteil einer Tbc-Behandlung. Diese beginnt nach § 1244a Abs 2 RVO mit der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und der damit verbundenen Einweisung zur stationären Behandlung aufgrund einer ärztlichen Beurteilung durch den Amtsarzt oder den ärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers (so zuletzt BSG Urteil vom 26. April 1977 - 4 RJ 81/76 = SozR 2200 § 1244a Nr 10 S 27). Hierbei spielt es keine Rolle, ob sich der ärztlich geäußerte Verdacht auf das Vorliegen einer Tbc im Verlauf der stationären Behandlung bestätigt oder nicht (vgl BSG Urteile vom 24. November 1971 - 4 RJ 275/71 = SozR Nr 24 zu § 1244a RVO = BSGE 33, 225 und vom 29. März 1973 - 4 RJ 73/73 = SozR Nr 32 zu § 1244a RVO = BSGE 35, 285). Die Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers wird durch die ärztliche Diagnose auf Verdacht einer der stationären Behandlung bedürftenden Tbc begründet. Entscheidend ist, daß die stationäre Behandlung aus ärztlicher Sicht zur Feststellung oder Behandlung der Tuberkulose medizinisch indiziert ist. Diese medizinische Indikation begründet die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers. Diese Voraussetzung war im vorliegenden Fall erfüllt.

Ist demgemäß eine stationäre Tbc-Behandlung begonnen worden, so dauert die Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers so lange an, bis die stationäre Behandlung beendet wird. Dabei sind



-7-

als Heilbehandlung im Sinne des § 1244a Abs 3 alle Maßnahmen zu verstehen, die getroffen werden, um die Erkrankung zu erkennen, zu bekämpfen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Insoweit entspricht die Heilbehandlung der Krankenhauspflege im System der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der jede medizinisch zweckmäßige ärztliche Leistung oder Anordnung sowie die Überwachung ihrer Durchführung zu den Versicherungsleistungen gehört (vgl § 3 Abs 1 der Bundespflegesatzverordnung). Alle Maßnahmen der beschriebenen Art sind Tbc-Behandlung im Rechtssinne.

Entsprechend den Erfordernissen für den Beginn der Heilbehandlung und damit der Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers - Tbc-Diagnose des Amtsarztes oder des Arztes des Rentenversicherungsträgers - bedarf auch die Beendigung der Heilbehandlung und damit der Leistungspflicht einer erkennbaren ärztlichen Maßnahme. Als solche kann nur, da es sich um einen stationären Aufenthalt handelt, der Entlassungsbericht bzw Abschlußbericht des verantwortlichen Krankenhausarztes angesehen werden. Die ärztliche Äußerung des Krankenhausarztes muß deutlich machen, daß der Erkrankte wegen der aktiven Tbc keiner stationären Behandlung mehr bedarf und diese deshalb abgeschlossen wird. Die ärztliche Entscheidung über Beginn und Ende einer stationären Tbc-Behandlung erscheint dem erkennenden Senat als das geeignetste Kriterium zur Bestimmung und Begrenzung der Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers und damit auch zur Vermeidung von Kompetenzkonflikten zwischen mehreren Sozialleistungsträgern.

Es b



[Im vorliegenden Urteil](#) keiner
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

(mobile App)

JLaw – für Android



JLaw – für iOS

unter welchen Voraussetzungen auch spätere Maßnahmen, die nach dem ärztlichen Entlassungsbericht durchgeführt werden, in die Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers fallen (vgl dazu BSG, Urteil vom 14. 1. 1969 - 4 RJ 189/66 = BSGE 28, 87; Urteil vom 20. 7. 1976 - 3 RK 10/75 = SozR 2200 Nr 7 zu § 1244a), weil die stationäre Tbc-Behandlung des Versicherten während der streitigen Zeit nicht beendet war. Aus den Feststellungen des LSG ergibt sich nicht, daß der Versicherte aus der stationären Tbc-Behandlung entlassen wurde, weil der Krankenhausarzt diese für beendet hielt. Vielmehr handelte es sich bei der ersten Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus um eine präoperative Einstellung einer bestehenden Zuckerkrankheit. Diese diente nach den Feststellungen des LSG auch der Tbc- Behandlung, nämlich der erforderlich werdenden Operation. War aber die Einstellung der Zuckerkrankheit aus der Sicht des die Tbc behandelnden Arztes erforderlich, und wurde sie deshalb veranlaßt, so ist sie dem Bereich der Tbc-Behandlung zuzuordnen, mag sie im übrigen auch anderen Zwecken gedient haben. Demgemäß liegt auch kein Fall der Mitbehandlung einer anderen, von der Tbc unabhängigen Erkrankung vor, weil hier die Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus nach ärztlicher Entscheidung der Vorbereitung einer Tbc-bedingten Operation diente.

Gleiches gilt für die Verlegung des Versicherten nach der Operation wegen akuter Stoffwechselentgleisung. Diese war die Folge der Operation. Sie wurde auch ärztlicherseits von der Heilstätte der Beklagten aus veranlaßt. Zweck dieser Verlegung war die Sicherung des Heilerfolges der Tbc-Behandlung. Aus der Sicht der



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



-9-

Heilstätte der Beklagten war die Tbc-Behandlung durch die Verlegung noch nicht beendet. Zumindest lag ein entsprechender ärztlicher Bericht nicht vor. Vielmehr wurde der Versicherte nach der Behandlung der Stoffwechselentgleisung wieder in die Fachklinik Z. aufgenommen. Hiernach besteht ein unlösbarer Zusammenhang zur stationären Tbc-Behandlung.

Nach alldem war auf die Revision der Klägerin das angefochtene Urteil des LSG aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das sozialgerichtliche Urteil zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz.

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

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)