

Bundessozialgericht

- 4 RJ 51/78 -

Verkündet am
12. Februar 1981

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

.....
Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 12. Februar 1981
für Recht erkannt:

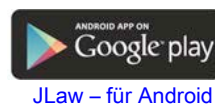
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des
Sozialgerichts Nürnberg vom 21. März 1978 wird
zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu
erstatten.

- 2 -



[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 um die Verpflichtung der Beklagten zur Kostenübernahme im Rahmen des § 1244a der Reichsversicherungsordnung (RVO).

Der italienische Staatsangehörige G. M. (Versicherter) war in der Zeit vom 16. Juni 1961 bis 7. März 1969 aufgrund eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei der Klägerin gegen Krankheit und im übrigen in der Rentenversicherung der Arbeiter versichert. Sein am 31. Juli 1961 geborener Sohn P. lebt in Italien und befand sich dort vom 3. August 1964 bis 22. Oktober 1964 wegen einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose in der Kinderklinik M. in Italien. Ab 26. Oktober 1964 war eine weitere stationäre Behandlung erforderlich, die in der Präventivanstalt F. durchgeführt wurde. Hiervon gab der italienische Sozialversicherungsträger der Klägerin Kenntnis.

Mit Schreiben vom 3. August 1965 bat die Klägerin die Beklagte als den zuständigen Träger der Arbeiterrentenversicherung um Mitteilung, ob sie die Kosten der in Italien durchgeführten stationären Heilmaßnahmen übernehme. Dies lehnte die Beklagte am 12. August 1975 ab.

Am 28. Januar 1976 wandte sich die Klägerin erneut an die Beklagte wegen der Übernahme der Behandlungskosten. Die Beklagte verblieb demgegenüber bei ihrem ablehnenden Standpunkt. Sie berief sich im übrigen auf die Verjährung des Anspruches, hat aber später auf diese Einrede verzichtet. Die Klägerin hat sich gegenüber dem italienischen Leistungsträger bereit erklärt, die Kosten vorläufig zu übernehmen.



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



Mit ihrer Klage begehrt die Klägerin die Feststellung, daß die Beklagte zur Erstattung aller anlässlich der stationären Tbc-Behandlung in den Jahren 1964 und 1965 entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist. Diese Klage hat das Sozialgericht (SG) Nürnberg durch Urteil vom 21. März 1978 abgewiesen mit der Begründung, zwar bestehe ein Rechtsschutzbedürfnis für die Feststellungsklage gegen einen Versicherungsträger, der seine Zuständigkeit für einen zukünftigen Anspruch bestreite, doch sei die Beklagte nach § 1244a Abs 9 RVO zur stationären Tbc-Behandlung nur innerhalb des Bundesgebietes verpflichtet. Die Verordnung Nr 3 der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer vom 25. September 1958 stehe dem nicht entgegen.

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihrer vom SG zugelassenen Sprungrevision. Sie macht geltend, die im angefochtenen Urteil vertretene Rechtsauffassung sei durch die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 16. November 1972 (14/72 - SozR Nr 28 zu § 1244a RVO) überholt. Dort sei entschieden, daß Leistungen nach § 1244a RVO zur sozialen Sicherheit gehörten und als Leistungen bei Krankheit im Sinne von Art 2 Abs 1 Buchst a EWG-Verordnung Nr 3 anzusehen seien. Diese Verordnung verdränge wegen ihres überstaatlichen Charakters die Sondervorschrift des § 1244a Abs 9 RVO. Dies ergebe sich auch aus dem Wortlaut des Art 20 der EWG-Verordnung Nr 3.

Aufgrund des Ersuchens um Vorabentscheidung vom 25. Oktober 1979 hat der EuGH durch Urteil vom 18. September 1980 (818/79) entschieden:

- " 1. Die Artikel 20 Absatz 1 und 23 Absätze 1 und 3 der Verordnung Nr 3 finden auf solche Leistungen der sozialen Sicherheit Anwendung, wie sie in § 1244a der deutschen Reichsversicherungsordnung (RVO) vorgesehen sind, und zwar unbeschadet dessen, daß der in der Rentenversicherung

- 4 -

versicherte Arbeitnehmer zugleich im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und hieraus einen Anspruch auf Leistungen unabhängig vom Behandlungsort geltend machen kann.

2. Sind mehrere Träger desselben Mitgliedstaats zuständige Träger im Sinne der Artikel 20 Absatz 1 und 23 Absätze 1 und 3 der Verordnung Nr 3, so ist es Sache des nationalen Rechts zu bestimmen, wie im Verhältnis zwischen den betroffenen Trägern die Kostenaufteilung für die in Artikel 23 Absätze 1 und 3 dieser Verordnung vorgesehene Erstattung durchgeführt werden soll."

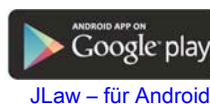
Die Klägerin trägt vor, durch zwischenstaatliches Recht werde das Ausland sozialversicherungsrechtlich zum Inland, so daß die Leistungspflicht der Beklagten bestehen bleibe. Insoweit enthalte das Gesetz keine Lücke. Die Leistungspflicht der Krankenkassen sei im Falle der stationären Tbc-Behandlung subsidiär. Dies gelte erst recht, wenn - wie hier - ein Anspruch allenfalls auf § 205 RVO gestützt werden könne. Diese Vorschrift setze auch einen Aufenthalt des unterhaltsberechtigten Kindes im Inland voraus. Sie enthalte gleichzeitig eine Subsidiaritätsklausel, die ebenfalls dazu zwingt, den Rentenversicherungsträger als endgültigen Leistungsträger anzusehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 21. März 1978 aufzuheben,
festzustellen, daß die Beklagte zur Gewährung stationärer Tbc-Behandlung für den Sohn des Versicherten zuständig ist.



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



- 5 -

- 5 -

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie macht geltend, angesichts des Fehlens einer eindeutigen gesetzlichen Regelung müsse im Wege des Ausfüllens einer Gesetzeslücke aus § 1244a Abs 9 RVO ein Kostenersatzungsanspruch des Rentenversicherungsträgers gegenüber dem Krankenversicherungsträger abgeleitet werden. Die Rentenversicherungsträger hätten im gegliederten Leistungssystem der Tbc-Bekämpfung eine Ausnahmestellung, während für die Krankenversicherung eine Leistungsbeschränkung auf das Inland nicht bestehe. Auch nach dem Urteil des EuGH ende die Leistungszuständigkeit des Rentenversicherungsträgers aus innerstaatlicher Sicht an den Grenzen der Bundesrepublik Deutschland.

II

Die Sprungrevision der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG ist unbegründet.

Zutreffend ist das SG davon ausgegangen, daß die Klägerin eine Feststellungsklage erheben konnte. Es bedarf im vorliegenden Fall keiner Prüfung der Frage, ob die Klägerin die Kosten für die stationäre Behandlung in Italien bereits gezahlt hat oder ob sie sich lediglich dem italienischen Versicherungsträger gegenüber verpflichtet hat, die Kosten einstweilen zu übernehmen, denn wesentlich ist nur, daß die Beklagte der Klägerin gegenüber ihre Kostentragungspflicht bestreitet. Bei diesem Streit der Beteiligten darüber, welcher Versicherungsträger leistungspflichtig ist, handelt es sich um eine Feststellungsklage iS des § 55 Abs 1 Nr 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG- (vgl BSG, Urteil vom 28. Oktober 1976 - 8 RU 8/76 = SozR 1500, § 55 Nr 4; Meyer-Ladewig, SGG, § 55 RdNr 12, S. 178).

- 6 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Nach der Entscheidung des EuGH vom 18. September 1980 ist davon auszugehen, daß die stationäre Tbc-Behandlung des P M in Italien eine Sachleistung bei Krankheit iS des Art 20 Abs 1 der EWG-Verordnung Nr 3 ist. Dem italienischen Versicherungsträger, der sie gewährt hatte, ist sie nach den Grundsätzen des Art 23 Abs 1 und 3 der EWG-Verordnung Nr 3 zu erstatten. Damit steht fest, daß der Erstattungsanspruch des italienischen Versicherungsträgers, dessen einstweilige Übernahme die Klägerin dem italienischen Versicherungsträger gegenüber zugesagt hatte, dem Grunde nach berechtigt ist. Der EuGH hat weiter entschieden, daß es dem Erstattungsanspruch nicht entgegensteht, wenn der Arbeitnehmer, auf dessen Versicherungsverhältnis der Anspruch beruht, sowohl in der deutschen Rentenversicherung als auch in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Bei einer derartigen mehrfachen Versicherung sind vielmehr nach der Entscheidung des EuGH beide Versicherungsträger als "zuständige Träger" iS der Art 20 Abs 1 und 23 Abs 1 und 3 der Verordnung Nr 3 anzusehen. Dies bedeutet, daß im Verhältnis zum italienischen Versicherungsträger die Erstattungspflicht beide deutsche Träger trifft. Wie im Verhältnis der beiden betroffenen Träger zueinander die Kostenaufteilung durchzuführen ist, ist Sache des nationalen Rechts. Mit dieser Entscheidung hat der EuGH klargestellt, daß das Gemeinschaftsrecht zwar die zwischenstaatliche Erstattungspflicht festlegt, daß aus ihm aber keine Bestimmung darüber abzuleiten ist, wie zwischen den deutschen Versicherungsträgern die Kosten aufzuteilen sind. Diese Regelung muß - ausschließlich - aus dem deutschen Sozialversicherungsrecht entnommen werden.

Für die hier in Betracht kommenden Bereiche der Renten- und Krankenversicherung wird eine Regelung im Hinblick auf die Bekämpfung aktiver behandlungsbedürftiger Tbc-Erkrankungen vor allem durch die Vorschrift des § 1244a RVO getroffen. Diese Regelung teilt in Abs 3 die Tbc-Bekämpfung, soweit



- 7 -

sie ambulant erfolgt, der gesetzlichen Krankenversicherung und soweit sie stationär erfolgt, der gesetzlichen Rentenversicherung zu; sie bestimmt des weiteren in Absatz 9, daß Rehabilitationsmaßnahmen nur im Geltungsbereich der RVO beansprucht werden könnten. Diese Verteilung der Aufgaben zwischen den beiden Versicherungsträgern erklärt sich vor allem aus der historischen Entwicklung der Tbc-Bekämpfung.

Schon vor Inkrafttreten des Tuberkulosehilfegesetzes (THG) vom 23. Juli 1959 (BGBl I S 513) gewährten die Rentenversicherungsträger Leistungen der Tbc-Hilfe als medizinische Rehabilitation nach den §§ 1236 bis 1244 RVO aF sowie als zusätzliche Leistung nach den §§ 1305 bis 1307 RVO aF (vgl BT-Drucks II/2213; II/349). Hierbei stand die stationäre Behandlung in eigenen Einrichtungen im Vordergrund.

Im ursprünglichen Entwurf zum THG (vgl BT-Drucks II/2213) war eine gesetzliche Verpflichtung der Rentenversicherungsträger nicht vorgesehen; das Schwergewicht der Tbc-Bekämpfung sollte bei den "Landesfürsorgeverbänden" liegen. Die Aufgabe der Rentenversicherungsträger aus der RVO blieb unberührt. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens (vgl Bericht des Vermittlungsausschusses in BT-Drucks II/3751) wurde in § 22 des Entwurfs zum THG den Rentenversicherungsträgern die Aufgabe der Tbc-Bekämpfung für ihre Versicherten zugewiesen. Diese Leistungen sollten nur im Inland erbracht werden (§ 1244a RVO idF des § 32 THG - vgl BT-Drucks III/349, III/680 und III/1034). In ihrem gesetzlichen Gesamtzusammenhang war die Tbc-Hilfe keine zusätzliche Leistung (vgl §§ 1305 bis 1307 RVO) mehr, sondern wurde eine Regelleistung, die als Sachleistung aufgrund eines Versicherungsverhältnisses auch dann zu gewähren ist, wenn die Voraussetzungen des § 1236 Abs 1 RVO für die medizinische Rehabilitation nicht erfüllt sind. Der Gesetzgeber hat allerdings den Rentenversicherungsträgern nicht schlechthin die medizinische Bekämpfung der aktiven Tbc übertragen, sondern ihn

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

- 8 -



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



nur dazu verpflichtet, die stationäre Krankheitsbehandlung durchzuführen. Dieses Ziel hat seinen Ausdruck in der Regelung des § 1244a Abs 3 RVO gefunden. Der Grund für die Zuteilung dieser Aufgabe liegt darin, daß der Gesetzgeber die Tbc-Bekämpfung als Sachleistung ausgestaltet hat und daß die Rentenversicherungsträger über die entsprechenden institutionellen Einrichtungen wie Pflegeanstalten usw verfügten. Die Träger der Rentenversicherung haben schon immer medizinische Leistungen als Sachleistungen unmittelbar in eigenen Einrichtungen erbracht. Solche Einrichtungen befanden sich allerdings stets nur im Geltungsbereich der RVO, deshalb hat das Gesetz in § 1244a Abs 9 eine Beschränkung dieser Leistungspflicht auf den Inlandsbereich angeordnet.

Den Trägern der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber in § 1244a Abs 3 RVO die medizinische Bekämpfung der Tbc im ambulanten Bereich zugewiesen. Auch diese Zuweisung geht auf die gleichen Grundsätze zurück. Die Leistungsverpflichtung der Krankenkassen ist als Sachleistungspflicht ausgestaltet worden, und zwar deshalb, weil die Krankenkassen mittels der kassenärztlichen Versorgung (§§ 368 f RVO) über ein Instrumentarium verfügen, mit dem sie diese Leistungsverpflichtung zweckentsprechend erfüllen können. Daß auch die Erfüllung von Sachleistungen auf den Geltungsbereich der RVO begrenzt ist, ergibt sich aus ihrer gesamten Ausgestaltung und wird für den vorliegenden Fall der Familienhilfe nochmals zusätzlich durch § 205 Abs 1 RVO betont.

Aus diesen die gesetzliche Regelung tragenden Gedanken ergibt sich, daß die Aufgabenverteilung zwischen Kranken- und Rentenversicherung lediglich die Bekämpfung dieser Krankheit im innerstaatlichen Bereich im Auge hat. Sie kann somit keinen Aufschluß darüber geben, wie die Belastung zwischen den Versicherungszweigen bei einer Behandlung außerhalb dieses Gebietes zu verteilen ist, umsomehr als Art 23 der EWG-Verordnung Nr 3 der deutschen Sozialversicherung keine Sachleistung auferlegt, sondern sie verpflichtet, dem Träger



- 9 -

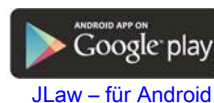
eines anderen Mitgliedstaates die Kosten für dessen Sachleistung zu erstatten. Läßt sich somit aus § 1244a RVO keine Lösung entnehmen und versagt wegen der Kostenerstattung auch der Hinweis auf die Inlandsbegrenzung der Leistungsverpflichtung, so kann die Leistungspflicht nur aus den allgemeinen Grundsätzen des Leistungsrechts gewonnen werden. Insoweit ist aber entscheidend, daß es sich bei der Behandlung einer aktiven Tbc um eine Leistung im Falle der Krankheit handelt, wie durch die Entscheidung des EuGH vom 18. September 1980 eindeutig klargestellt ist. Die Bekämpfung von Krankheiten ist aber vorrangig eine Aufgabe der Krankenversicherung, denn gerade für diesen Fall hat der Gesetzgeber diese Pflichtversicherung eingeführt (vgl § 165 Abs 1 Satz 1 RVO). Zwar sind auch der Rentenversicherung Maßnahmen medizinischer Art nicht unbekannt, aber sie haben ihre Bedeutung im Rahmen der Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (vgl § 1226 RVO). Da im vorliegenden Fall jedoch das Ziel der Krankheitsbekämpfung im Vordergrund steht, ist die Übernahme der Leistungsverpflichtung durch die Krankenversicherung sachgerecht.

Die Klägerin hatte sich einstweilen zur Übernahme der Leistungspflicht bereit erklärt, sie hat damit zutreffend die Verpflichtung übernommen, die ihr auch endgültig zukommt. Ihr Anspruch gegen die Beklagte ist demnach unbegründet, ihre Revision gegen das Urteil des Sozialgerichts zurückzuweisen.

- 10 -



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



- 10 -

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung 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](#)