

Bundessozialgericht
- 4 RJ 53/77 -

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,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsbeklagte,

Beigeladene und Revisionsklägerin:
.....

Prozeßbevollmächtigter:.....

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne
mündliche Verhandlung am 27. Juni 1978 für Recht
erkannt:

Auf die Revision der Beigeladenen wird das Urteil des
Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. April 1977
aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und
Entscheidung an das Landessozialgericht zurückver-
wiesen.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

I

Streitig ist, ob die beklagte Landesversicherungsanstalt (LVA) oder die beigeladene Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) die Kosten endgültig zu tragen hat, die infolge stationärer Behandlung des Kindes R. des sowohl bei der Beklagten als auch bei der Beigeladenen versicherten Klägers in der Zeit vom 2. bis zum 16. Mai 1974 entstanden sind.

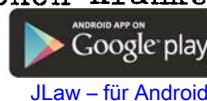
Das Kind wurde am Tage seiner Geburt (2. Mai 1974) vom Städtischen Krankenhaus Traunstein in die Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Rosenheim verlegt, weil die Mutter (Ehefrau des Klägers) wegen einer seit 1968 inaktiven Lungentuberkulose lungenfachärztlich überwacht wird (das Städtische Krankenhaus Traunstein verfügt über keine Kinderabteilung). Den im August 1974 gestellten Antrag des Klägers auf "Gewährung einer stationären Heilbehandlung" für die Zeit vom 2. bis 16. Mai 1974 lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 22. November 1974 mit der Begründung ab, die Voraussetzungen des § 1244 a Reichsversicherungsordnung (RVO) lägen nicht vor; nach den Feststellungen ihres medizinischen Sachverständigen sei der Aufenthalt des Kindes R. weder wegen einer aktiven behandlungsbedürftigen Tbc noch wegen des Verdachts auf eine solche Erkrankung erforderlich gewesen. Die Beklagte empfahl dem Kläger, sich an die beigeladene AOK zu wenden, übernahm aber während des Verfahrens vor dem Sozialgericht (SG) die Kosten vorläufig ohne Anerkennung einer Rechtspflicht, nachdem die Beigeladene den Kläger darauf hingewiesen hatte, daß, wenn überhaupt ein Sozialversicherungsträger, die Beklagte leistungspflichtig sei.

Das SG hat durch Urteil vom 22. November 1975 die Klage gegen den Bescheid der LVA abgewiesen und unter II des Urteilsspruchs die Beigeladene verpflichtet,

"die Kosten der stationären Krankenhauspflege des Kindes des Klägers im Städtischen Krankenhaus



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw3 für iOS](#)

- 3 -

Rosenheim in der Zeit vom 2. Mai bis 16. Mai 1974 zu tragen, bzw der Beklagten zu erstatten".

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beigeladenen zurückgewiesen mit der Maßgabe,

"daß das Urteil in Ziffer II insoweit aufgehoben wird, als die Beigeladene darin verpflichtet wird, der Beklagten die Kosten der im Streit befindlichen stationären Krankenhauspflege zu erstatten".

Es hat ausgeführt, die Klage sei auf eine Leistung, nämlich die Gewährung von Krankenhauspflege, gerichtet, sie betreffe aber entgegen der Ansicht des SG keinen Erstattungsstreit zwischen zwei Versicherungsträgern. Die Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers nach § 1244a RVO setze zwar nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) schon bei Verdacht auf Tbc ein, wenn deshalb eine Behandlung des Kranken geboten sei; hier jedoch handele es sich lediglich um die Verlegung eines organisch gesunden Neugeborenen aus Sicherheitsgründen, so daß von einem eigentlichen Tbc-Verdacht iS der Rechtsprechung des BSG nicht gesprochen, sondern davon ausgegangen werden könne, es habe von Anfang an keine Tbc bestanden. Der Krankenhausaufenthalt des Neugeborenen in Rosenheim sei als Schutzmaßnahme zur Früherkennung von Krankheiten iS des § 181 Abs 1 Nr 1 RVO anzusehen und falle in die Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers, zumal nach § 184 RVO auch Krankenhauspflege zur Erkennung einer Krankheit gewährt werde.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision vertritt die beigeladene AOK die Ansicht, dem Kläger stehe gegen die beklagte LVA ein Anspruch nach § 1244 a RVO zu. Die 1968 von der Mutter des Neugeborenen durchgemachte Tbc sei für die Isolierung des Kindes bestimmend gewesen; im Städtischen Krankenhaus Rosenheim hätten die Möglichkeiten zur diagnostischen Abklärung des Verdachtes und für eine etwa



- 4 -

erforderliche spezifische Behandlung bestanden. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse scheide aus. Die Isolierung könne nicht als Maßnahme zur Früherkennung von Krankheiten nach § 181 Abs 1 Nr 1 RVO angesehen werden, zumal solche Leistungen nur ambulant zu gewähren seien.

Die Beigeladene beantragt,

"das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. April 1977 aufzuheben und die Revisionsbeklagte zur Übernahme der Kosten im Städtischen Krankenhaus Rosenheim vom 2. Mai bis 16. Mai 1974 zu verurteilen".

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Der Kläger ist im Revisionsverfahren nicht durch einen Prozeßbevollmächtigten iS des § 166 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vertreten.

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

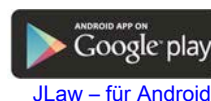
II

Die zulässige Revision der Beigeladenen ist insofern begründet, als das angefochtene Urteil aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen werden muß. Die tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts reichen für die Entscheidung nicht aus.

Zutreffend ist das LSG im Gegensatz zum SG davon ausgegangen, daß Gegenstand dieses Verfahrens nicht auch ein Erstattungsstreit zwischen zwei Versicherungsträgern nach § 54 Abs 5



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



- 5 -

SGG sein kann; Beklagte und Beigeladene eines Rechtsstreits können gegeneinander keine eigenen Klageansprüche geltend machen (vgl. SozR 1500 § 75 Nr 2). Der Senat vermag aber dem LSG nicht zu folgen, wenn es das Klagebegehren des Klägers als Leistungsklage, gerichtet auf "Gewährung von Krankenhauspflege für einen Säugling", aufgefaßt hat. Zur Klärung der Frage, welchen prozessualen Anspruch der Kläger geltend macht, ist das Gericht an die Wortfassung des Antrags nicht gebunden (§ 123 SGG); es kommt vielmehr auf dessen Sinn, Zweck und Ziel an; dabei darf das Revisionsgericht prozessuale Anträge anders als die Tatsacheninstanz auslegen (SozR Nr 44 zu § 55 SGG und die dort zitierte Rechtsprechung; Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zur Sgb 4. Aufl, 18. Nachtrag, Nr 3 zu § 123 SGG II/118). Hier war die vom LSG erwähnte Leistung (Sachleistung) der Krankenhauspflege zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht bereits erbracht und der hierfür angesetzte Kostenbetrag von der Beklagten – wenn auch ohne Rechtsverpflichtung – beglichen. Soweit der Kläger in erster Instanz beantragt hat, diese Kosten müßten von der Beklagten oder Beigeladenen "bezahlt" werden, und in zweiter Instanz verlangt worden ist, daß die Beigeladene die Krankenhauskosten "übernimmt", läßt sich das Klagebegehren nach dem Stand des Berufungsverfahrens sinngemäß dahin verstehen, festzustellen, daß die Beigeladene oder (hilfsweise) die Beklagte (endgültig) die Krankenhauskosten zu tragen habe. Das Feststellungsinteresse am Bestehen eines Rechtsverhältnisses gegenüber dem einen oder anderen Träger (§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG) ergibt sich schon daraus, daß beide ihre Kostentragungspflicht dem Kläger gegenüber abgelehnt haben; mit der gewählten Klageart wird das berechtigte Ziel verfolgt, die den Kläger berührende Unsicherheit über die Rechtslage zu beseitigen. Dementsprechend ist das Urteil des SG in der durch das LSG geänderten Form als Feststellungsurteil hinsichtlich der Kostentragungspflicht aufzufassen; infolgedessen muß auch der Revisionsantrag der Beigeladenen in diesem Sinn ausgelegt werden.



Die Beklagte hätte die Kosten (endgültig) zu tragen, wenn es ihre Aufgabe gewesen wäre, die stationäre Behandlung des Kindes des Versicherten durchzuführen. Nach § 1244 a Abs 1 RVO haben Versicherte (auch) für ihre an aktiver behandlungsbedürftiger Tuberkulose erkrankten Kinder Anspruch auf Maßnahmen nach §§ 1236 bis 1244 RVO – also einschließlich stationärer Heilbehandlung. Daß hier das Neugeborene während der Aufenthaltszeit im Städtischen Krankenhaus Rosenheim an keiner aktiven Tbc litt, steht fest. Damit entfällt allerdings, worauf das LSG zutreffend hingewiesen hat, nicht schon die Leistungspflicht des beklagten Rentenversicherungsträgers. Ob dieser zur Durchführung der Behandlung verpflichtet ist, beurteilt sich nicht rückschauend, sondern aus damaliger Sicht. Es kommt darauf an, ob schnellstmögliche Heilung des Patienten sowie bestmöglicher Schutz der Umgebung des Erkrankten erfordern, entsprechende Maßnahmen zu treffen; nicht entscheidend ist, ob sich die Diagnose einer aktiven Tbc hernach als unrichtig erweist (BSGE 33, 225 = SozR Nr 24 zu § 1244 a RVO) oder der Verdacht auf die aktive Erscheinungsform der Tbc später keine Bestätigung findet (BSGE 35, 285 = SozR Nr 32 zu § 1244 a RVO; BSGE 43, 279 = SozR 2200 § 1244 a Nr 10). Sinn und Zweck der Tuberkulosehilfe, der auch § 1244 a RVO dient, gebieten diese weite Auslegung. Das folgt aus dem Charakter der Tbc-Hilfe als einer Maßnahme der Seuchenbekämpfung (vgl § 48 Bundessozialhilfegesetz -BSHG- vom 30. Juni 1961, BGBI I, 815, 1875). Die erforderlichen Maßnahmen müssen unverzüglich und ohne Rücksicht auf (gewisse) Zweifel an der Diagnose eingeleitet werden.

Das LSG möchte dem Sachverhalt entnehmen, hier sei kein Verdacht auf eine aktive behandlungsbedürftige Tbc geäußert worden. Es meint, nur Sicherheitsgründe seien für die Verlegung des Neugeborenen maßgebend gewesen, von einem "eigentlichen Verdacht" iS von BSGE 35, 287 könne nicht gesprochen werden, weil sich bei dem Kind organisch keinerlei Anhaltspunkte für eine Tbc ergeben hätten. Der Senat hält diese Folgerungen nicht für zwingend. Zum



einen fehlen Feststellungen, welche Diagnose ärztlicherseits gestellt wurde; andererseits beantwortet das LSG eine medizinische Frage, wenn nach seiner Ansicht "von Anfang an (habe) davon ausgegangen werden (können), daß keine Tbc-Erkrankung vorlag." Schon deshalb fehlt es an einer ausreichenden Entscheidungsgrundlage.

Der Senat hat sich im Urteil vom 26. April 1977 (BSGE 43, 279) damit befaßt, wer die Verdachtsdiagnose auf aktive Tbc gestellt haben muß, um die Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers auszulösen; er ist dabei in Fortführung insbesondere von BSGE 33, 225 zu dem Ergebnis gelangt, es sei erforderlich, aber auch genügend, wenn entweder der vom Rentenversicherungsträger bestellte Arzt oder der Amtsarzt beim Gesundheitsamt einen solchen Verdacht geäußert hat. In jener Entscheidung ist dies mit der Erwägung begründet worden, die schon aufgrund der Verdachtsdiagnose entstehende Leistungspflicht des Versicherungsträgers auf möglichst einfache Weise zu begrenzen; dabei hat Berücksichtigung gefunden, daß der Arzt eines Trägers der Sozialversicherung als "amtlich bestellter Arzt" iS von § 135 BSHG gilt und das Gesundheitsamt, wie sich insbesondere aus §§ 3 bis 5, 31, 34 und 35 des Bundesseuchengesetzes (BSeuchG) vom 18. Juli 1961 (BGBl I, 1012, 1300) ergibt, ärztlicher Mittelpunkt der Tuberkulosefürsorge ist (vgl BSGE 43, 279, 281, 282). Der Senat hält diese Abgrenzung weiterhin für sinnvoll und praktikabel. Es besteht keine Notwendigkeit, in den Kreis der Ärzte, die im Ergebnis für einen Einzelfall der Tuberkulosehilfe die sachliche Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers herbeiführen können, etwa den behandelnden Lungenfacharzt einzubeziehen. Die Gefahr, daß in Eilfällen der Amtsarzt beim Gesundheitsamt nicht zugezogen werde, besteht nicht. Denn nach § 3 Abs 1 Nr 18 BSeuchG muß jeder Fall des Verdachtes einer Erkrankung an Tuberkulose der Atmungsorgane (aktive Form) gemeldet werden, und zwar in erster Linie vom behandelnden oder sonstigen zugezogenen Arzt, in Krankenhäusern vom



leitenden Arzt bzw. Abteilungsarzt (§ 4 Abs 1 Nr 1 und Abs 2). Die Meldung ist dem für den Aufenthalt des Betroffenen (bei Krankenhausaufenthalt bei dem für das Krankenhaus) zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich - innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis - zu erstatten. Von dort muß - ebenfalls unverzüglich - das für den gewöhnlichen Aufenthalt des Betroffenen zuständige Gesundheitsamt benachrichtigt werden (§ 5 BSeuchG).

Im vorliegenden Fall hat kein von der Beklagten bestellter Arzt den Verdacht auf aktive Tbc geäußert. Daß auch kein Amtsarzt beim Gesundheitsamt eine solche Diagnose gestellt hat, mag wahrscheinlich sein; das Gegenteil läßt sich aber nicht ausschließen. Die Ermittlungen hierüber kann nicht das Revisionsgericht, sondern muß das Tatsachengericht anstellen. Zweckmäßigerweise wird - etwa durch Beiziehung der beim Gesundheitsamt geführten Akten - zunächst festzustellen sein, ob überhaupt von den Städtischen Krankenhäusern Traunstein oder Rosenheim eine Mitteilung an das Gesundheitsamt erfolgte. War das nicht der Fall, so entfällt ohnehin die Annahme einer entsprechenden Diagnose durch den Amtsarzt, es sei denn (was nachzuprüfen wäre), dieser hätte generell angeordnet, daß Neugeborene von Müttern, die innerhalb bestimmter Zeiträume an aktiver Tbc erkrankt waren, wegen des Verdachtes auf aktive Tbc zu isolieren seien. Ist eine Meldung erstattet worden, so dürfte aus Verfügungen, Anordnungen oder Vermerken des Amtsarztes beim Gesundheitsamt zu entnehmen sein, ob dieser zumindest den Verdacht auf die aktive Erscheinungsform einer Tbc angenommen hat. Bleibt dies nach den Unterlagen zweifelhaft, müßte der Amtsarzt ergänzend gehört werden.

Ergeben die Ermittlungen des LSG, daß auch der Amtsarzt keinen Verdacht auf eine Erkrankung des Kindes R. an aktiver Tbc geäußert hat, ist die beigeladene AOK zur Kostentragung verpflichtet. Die Krankenkasse wendet sich mit der Revision lediglich dagegen, die Isolierung des Neugeborenen als Maßnahme zur Früherkennung von Krankheiten nach § 181 Abs 1



- 9 -

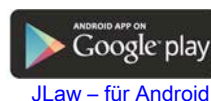
Nr 1 RVO anzusehen, da diese Leistungen ambulant zu erbringen seien. Ob dies im Ergebnis zutreffen könnte, etwa deshalb, weil hier keine allgemein-vorsorgende Maßnahme getroffen, sondern die Überweisung in das Städtische Krankenhaus Rosenheim wegen des Verdachts einer bestimmten Krankheit vorgenommen wurde, bedarf keiner Entscheidung. Denn jedenfalls steht dem Kläger für sein Kind der Anspruch auf Krankenhauspflege nach § 184 Abs 1 S 1 RVO idF des § 1 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung - KLVG - vom 19. Dezember 1973 (BGBl I, 1925) iVm § 205 Abs 1 Nr 1 RVO zu. Die Verlegung erfolgte zumindest auch, "um die Krankheit zu erkennen", nämlich zur Beobachtung und Sicherung der Diagnose. Deshalb war die Einweisung in die Kinderabteilung medizinisch notwendig, wobei es unerheblich ist, daß es sich hier um den Verdacht auf eine Tuberkuloseerkrankung handelte (so schon für § 184 Abs 1 RVO in der vor dem KVLG geltenden Fassung BSGE 31, 112, 114).

- 10 -

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)



- 10 -

Die Kostenentscheidung bleibt der das Verfahren abschließenden Entscheidung vorbehalten.

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](#)