

## L 6 J 726/78

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung

6  
1. Instanz  
SG Gießen (HES)  
Aktenzeichen

-  
Datum  
29.05.1978  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen

L 6 J 726/78  
Datum  
21.05.1981

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Für die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zur Kostenübernahme nach RVO § 1244a Abs. 3 ist entscheidend eine stationäre Heilbehandlung, die in einem inneren Zusammenhang mit einer im weitesten Sinne behandlungsbedürftigen Tuberkulose steht. Wird dagegen die stationäre Heilbehandlung wegen eines nichttuberkulösen Leidens notwendig, das letztlich ursächlich auf eine ehemals vorliegende aktive Tuberkulose zurückzuführen und als mittelbare Folge dieser Tuberkulose anzusehen ist, so handelt es sich grundsätzlich um eine Maßnahme nach RVO § 184 Abs. 1, für die der Krankenversicherungsträger aufzukommen hat.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 29. Mai 1978 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten für Heilbehandlungen des Beigeladenen streitig.

Bei dem am 4. Januar 1980 verstorbenen und bei der Klägerin und Beklagten versichert gewesenen früheren Beigeladenen, H. W., wurde im Jahre 1946 eine Spondylitis tuberculosa festgestellt. Als Begleiterkrankung trat 1954 eine Nierentuberkulose auf, die später zur Nierenentfernung rechts führte. Weitere Reaktivierungen der Tuberkulose ergaben sich in den Jahren 1957, 1962, 1963 und 1966.

Vom 27. Januar 1967 bis 18. Mai 1967 und vom 9. Oktober 1967 bis 13. Januar 1968 erfolgten jeweils Heilverfahren in der Klinik S. der Beklagten in G. und vom 18. Mai 1967 bis 10. September 1967 in der Orthopädischen Universitätsklinik in G. wegen einer reaktivierten Brustwirbeltuberkulose mit osteolytischen Vorgängen des 8. bis 11. Brustwirbelknochens, die eine erhebliche Progredienz zeigten. Am 9. Juni 1967 wurde deswegen in der Orthopädischen Universitätsklinik G. eine Spanverriegelung der Brustwirbelsäule im Bereich einer Gibbusbildung vorgenommen. Als Verspannungsmaterial wurde, die rechte Tibiakante verwendet, die durch einen Fremdspan ersetzt wurde, der Abstoßungsreaktionen zeigte und später wieder operativ entfernt werden mußte. Seit 1968 kam es immer wieder zu osteomyelitischen Eiterungen im Bereich der vorderen Tibiakante. Wegen dieser Erkrankungen befand sich der Beigeladene vom 2. Oktober 1968 bis 12. November 1968 und vom 26. Juni 1969 bis 9. September 1969 zur stationären Heilbehandlung in der Orthopädischen Universitätsklinik G. Vom 4. März 1970 bis 1. Juli 1970 fand wiederum auf Kosten der Beklagten ein Heilverfahren im A.-J.-Krankenhaus wegen einer fistelnden Osteomyelitis des rechten Unterschenkels und Spanabstoßungsreaktionen statt.

Für das erneute Heilverfahren im A.-J.-Krankenhaus vom 20. Juli 1970 bis 4. Mai 1971, das wegen eines Fistelaufbruchs bei unspezifizierter Osteomyelitis im rechten Tibiakopf und bei einer inaktiven Wirbelsäulentuberkulose durchgeführt worden ist, übernahm die Beklagte die Kosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach §§ 1236, 1237 Reichsversicherungsordnung (RVO), da zu erwarten war, daß nach Abschluß der stationären Behandlung die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen eintreten werde. Der Beigeladene wurde als arbeitsunfähig entlassen.

Die nachbehandelnde Orthopädische Universitätsklinik in G. stellte beim Beigeladenen 1971 eine Reaktivierung der Tuberkulose im Gibbusbereich fest; die Untersuchung war wegen zunehmender Schmerzhaftigkeit bei weiterer Zunahme der Abknickung der Brustwirbelsäule erfolgt.

Am 23. Juli 1971 wurde der Beigeladene wegen reaktiverter Wirbelsäulentuberkulose des 7. bis 11. Brustwirbelknochens zum Heilverfahren in das A.-J.-Krankenhaus G. aufgenommen und am 20. Juli 1972 entlassen. Nach dem ärztlichen Entlassungsgutachten vom 24. Juli 1972 bestehe eine diffuse Allgemeinsklerosierung im gesamten Gibbusbereich. Wahrscheinlich lägen mehrere Knochensequester vor; insgesamt sei jedoch eine Zunahme des Sklerosierungsprozesses anzunehmen. Der Kyphosierungswinkel erscheine noch weiter verstärkt. Die Fistel im Bereich des rechten Tibiakopfes sei zur Zeit geschlossen. Die Entlassungsdiagnose lautete: Zur Inaktivität neigende Spondylitis tuberculosa.

Am 5. Februar 1973 erfolgte wiederum eine Aufnahme in das A. J. Krankenhaus, da erneut ein Verdacht auf eine noch restliche Aktivität der Wirbelsäulenerkrankung geäußert wurde. Nach dem Entlassungsgutachten vom 27. Februar 1973 war die Tuberkulose zur Zeit der Entlassung am 26. Februar 1973 inaktiv.

Am 25. August 1973 kam es bei dem Beigeladenen zu einer Spontanfraktur der rechten Tibia im Bereich der Knochenspanentnahme. Daraufhin wurden folgende stationäre Behandlungen durchgeführt:

- 1) Chirurgische Universitätsklinik G. 26. August 1973 bis 16. Juli 1974 2) L.-Krankenhaus G. 16. Juli 1974 bis 30. Juli 1974
- 3) Chirurgische Universitätsklinik G. 31. Juli 1974 bis 12. September 1974.

Der Beigeladene war anschließend vom 20. September 1974 bis 18. November 1974 in der Orthopädischen Universitätsklinik in ambulanter Behandlung.

In der Zeit vom 18. November 1974 bis 1. Juli 1975 befand er sich auf Kosten der Beklagten zur stationären Behandlung in der Klinik S. Nach dem Entlassungsgutachten vom 9. Juli 1975 erfolgte die Aufnahme wegen einer reaktivierten Spondylitis tuberculosa im Bereich eines ausgedehnten Gibbus der distalen Brustwirbelsäule. Als Begleiterkrankungen bestanden eine chronische Osteomyelitis des rechten Unterschenkels und ein Zustand nach Spiralbruch des rechten Unterschenkels 1973 sowie nach Verpflanzung eines Spans aus dem rechten Schienbein zur Versteifung der Wirbelsäule 1967. Die Entlassungsdiagnose lautete: Zur Inaktivität neigende Spondylitis tuberculosa (wegen hochgradiger Osteoporose nicht sicher faßbar); Pseudarthrose rechter Unterschenkel nach Fraktur 1973; fistelnde Osteomyelitis der rechten Tibia nach Spanverpflanzung 1967. Eine ambulante Chemotherapie sei nötig.

Weitere stationäre Behandlungen fanden in der Orthopädischen Universitätsklinik G. vom 5. September 1975 bis 10. Oktober 1975 wegen einer Unterschenkelfraktur rechts nach Minimaltrauma, vom 5. November 1975 bis 29. November 1975 wegen einer Unterschenkelfraktur rechts und einer Pseudarthrosenbildung sowie vom 23. Februar 1976 bis 15. März 1976 wegen des Zustandes nach Unterschenkelamputation rechts im September 1975 statt.

Die Beklagte gewährte dem Beigeladenen Übergangsgeld für folgende Zeiten:

Vom 5. Mai 1971 bis 22. Juli 1971,  
vom 21. Juli 1972 bis 4. Februar 1973,  
vom 27. Februar 1973 bis 28. Februar 1973 und  
vom 7. Oktober 1973 bis 17. November 1974.

Durch Bescheid vom 5. Dezember 1975 erhielt der Beigeladene aufgrund eines Versicherungsfalls vom 5. März 1970 Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab 2. Juli 1975.

Mit der am 17. Oktober 1974 beim Sozialgericht Gießen erhobenen Klage machte die Klägerin gegenüber der Beklagten folgende Forderungen geltend:

Kosten für stationäre Behandlungen:

Chirurgische Universitätsklinik in G. 26. August 1973 bis 16. Juli 1974 43.229,37 DM  
L. Krankenhaus G. 16. Juli 1974 bis 30. Juli 1974 956,55 DM

Orthopädische Universitätsklinik in G. 5. September 1975 bis 10. Oktober 1975 7.662,96 DM

5. November 1975 bis 29. November 1975 5.321,50 DM

23. Februar 1976 bis 15. März 1976 4.682,92 DM

Krankengeld:

7. Oktober 1973 bis 30. Juni 1974 2.039,50 DM

Differenz von gezahltem (höherem) Krankengeld zum von der Beklagten gewährten (niedrigen) Übergangsgeld

1. Juli 1974 bis 30. Juli 1974. 52,82 DM

Überzahlung nach § 45 Abs. 2 Rehabilitations-Angleichungsgesetz infolge rückwirkender Änderung der Zahlungsweise von Arbeits- auf Kalendertage Fahrtkosten in Zusammenhang mit den stationären Behandlungen: 167,20 DM

Chirurgische Universitätsklinik in G. 31. Juli 1974 bis 12. September 1974 8.140,- DM

Übertrag: 72.252,82 DM

Hilfsmittel: Schellenapparat mit Walkschuh Oberschenkelkunstbein Januar 1976 Krankenfahrstuhl 11.526,11 DM

Kosten für Gutachten: 93,50 DM 83.872,43 DM

Die Klägerin trug vor, die von ihr in Höhe von 83.872,43 DM übernommenen Kosten seien im Rahmen der Tuberkulosebehandlung des Beigeladenen von der Beklagten zu übernehmen. Auch Erkrankungen, die Folge der Tuberkulose seien und nachweislich im Kausalzusammenhang mit der Tuberkuloseerkrankung stünden, unterlägen der Leistungspflicht der Beklagten. Ursächlich für die Verbiegung der Wirbelsäule und die damit notwendig gewordene Verspannung sei die Tuberkulose gewesen. Die Spanentnahme und die später immer wieder aufgetretenen Komplikationen am rechten Unterschenkel sowie die an der geschwächten Stelle eingetretene Spontanfraktur seien auf alle Fälle mittelbare Folgen der Tuberkulose. Der Beigeladene sei von 1967 bis zum 26. Februar 1973 und vom 28. November 1974 bis 1. Juli 1975 auf Kosten der Beklagten behandelt worden, und er habe Übergangsgeld bezogen. Ursache sei immer die tuberkulöse Erkrankung bzw. eine fistelnde Osteomyelitis des rechten Unterschenkels in Höhe der Spanentnahme gewesen. Es sei nicht einzusehen, aus welchen Gründen die in der Zwischenzeit und die nach dem 1. Juli 1975 angefallenen Kosten von der Beklagten nicht zu

übernehmen seien.

Die Beklagte machte demgegenüber geltend, der Beigeladene sei während der streitigen Zeiträume nicht wegen aktiver Tuberkulose behandelt worden. Bereits aus diesem Grunde habe es sich nicht um eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 1244 a RVO gehandelt, so daß sie für die Kostenübernahme nicht zuständig sei. Schließlich hätten die stationären Behandlungen weder die Heilung der Tuberkulose zum Ziele gehabt, noch habe jeweils die Gefahr der Wiedererkrankung an Tuberkulose bestanden, so daß auch unter diesem Gesichtspunkt die Kosten nicht von ihr zu erstatten seien.

Das Sozialgericht zog einen Arztbrief der Chirurgischen Universitätsklinik G. vom 3. Oktober 1974 bei. Außerdem legte die Klägerin ein von Prof. Dr. E., Leitender Arzt der Unfallchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik G., erstelltes unfallchirurgisches Zusammenhangsgutachten vom 8. Juli 1974 vor. Wegen des Inhaltes wird auf Blatt 11 bis 13, 15 und 16 der Gerichtsakten verwiesen.

Durch Urteil vom 29. Mai 1978 verpflichtete das Sozialgericht Gießen die Beklagte, der Klägerin die für den Beigeladenen entstandenen Kosten in Höhe von 83.872,43 DM zu ersetzen und die entstandenen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. In den Entscheidungsgründen führte das Sozialgericht aus, der Erstattungsanspruch der Klägerin sei begründet, da die Beklagte nach § 1244 a Abs. 3 RVO für die Leistung zuständig gewesen wäre. Die Gesundheitsstörungen des Beigeladenen seien Folgen einer Lungentuberkulose gewesen, die die Beklagte zu entschädigen habe. Entsprechend § 1244 a Abs. 3 RVO solle die Krankenversicherung überwiegend Leistungen bei mehr kurzfristigen akuten Erkrankungen gewähren, während der Träger der Rentenversicherung bei länger dauernden Krankheiten einzutreten habe. Diese Einteilung sei auch deshalb sinnvoll, weil gerade auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung die Träger der Rentenversicherung über langjährige Erfahrung und besonders geeignete Einrichtungen verfügten. Die Ansicht der Beklagten, daß sie die Leistungen für die Krankenhausbehandlung nicht zu erbringen habe, weil die stationäre Behandlung des Beigeladenen nicht wegen aktiver stationärer behandlungsbedürftiger Tuberkulose erfolgt sei, sondern wegen bloßer Folgeerscheinungen der Tuberkulose finde im Gesetz keine Grundlage. Die Tatsache, daß die stationären Behandlungen nicht wegen akuter behandlungsbedürftiger Tuberkulose angeordnet worden seien, hindere nicht die Anwendung des § 1244 a Abs. 3 RVO, denn Heilmaßnahmen seien noch nicht dann ausgeschlossen, wenn die akute Krankheit überwunden sei. Das Bundessozialgericht (BSG) habe wiederholt entschieden, daß Sinn und Zweck der Tuberkulosehilfe eine weite Auslegung des § 1244 a Abs. 1 RVO und hier insbesondere der Begriff "aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose" gebiete. So habe das BSG entschieden, daß die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers nicht nur dann gegeben sei, wenn akute behandlungsbedürftige Tuberkulose tatsächlich vorliege, sondern die Zuständigkeit der Rentenversicherung zur Tuberkulosebekämpfung beginne vielmehr schon bei Tuberkuloseverdacht. Sie ende nicht schon dann, wenn der Krankheitszustand der akuten Tuberkulose abgeklungen sei. Denn zu den dem Rentenversicherungsträger obliegenden Tuberkulosebekämpfungsmaßnahmen gehörten nicht nur die Mittel der Therapie im engeren Sinne, sondern auch die Diagnosemaßnahmen vor und nach dem akuten Zustand. Im übrigen sei die Beklagte auch aus dem Grundsatz des venire contra factum proprium zur Zahlung verpflichtet, da sie bis zum 26. August 1973 die Kosten übernommen habe. Da die Höhe der Forderungen der Klägerin hinsichtlich der aufgewendeten Kosten zwischen den Beteiligten unstrittig sei, habe die Beklagte der Klägerin 83.872,43 DM zu erstatten.

Gegen dieses der Beklagten am 15. Juni 1978 zugestellte Urteil richtet sich ihre am 7. Juli 1978 beim Hessischen Landessozialgericht eingegangene Berufung.

Die Beklagte wiederholt ihr erstinstanzliches Vorbringen und trägt ergänzend vor, zwar habe sie im Falle einer Maßnahme nach § 1244 a RVO alle von der Klägerin geltend gemachten Kosten zu übernehmen, doch weise sie nochmals darauf hin, daß es sich im vorliegenden Fall nicht um eine solche Maßnahme gehandelt habe. Das Nichtbestehen einer aktiven behandlungsbedürftigen Tuberkulose oder eines entsprechenden Verdachts schließe die Gewährung stationärer Heilbehandlung nach § 1244 a RVO aus und demzufolge auch den vom Sozialgericht für gegeben erachteten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Klägerin.

Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 29. Mai 1978 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat von Prof. Dr. E., Leitender Arzt der Unfallchirurgischen Klinik und Poliklinik der Universitätsklinik in G. und von Prof. Dr. R. Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik G., eine gutachtliche Stellungnahme über Art und Weise der in den Kliniken für die streitigen Zeiten durchgeführten stationären Behandlungen des Beigeladenen eingeholt. Wegen des Inhaltes hierzu wird auf die schriftlichen Stellungnahmen vom 5. März 1981 und 24. März 1981, Bl. 123 bis 130 der Gerichtsakten, verwiesen.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im übrigen wird auf die Gerichts- und Rentenakten sowie auf die Tuberkulose-Heilbehandlungsakten des Beigeladenen und der Krankenkassenakten der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig; sie ist form- und fristgerecht eingelegt sowie an sich statthaft (vgl. [§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-).

Die Berufung ist auch sachlich begründet. Das Urteil des Sozialgerichts konnte nicht aufrechterhalten werden. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung der für die stationären Behandlungen sowie der Krankenhilfe des Beigeladenen aufgewendeten Kosten in Höhe von 83.872,43 DM nicht zu. Sie hat mit den stationären Behandlungen und den damit zusammenhängenden Nebenleistungen eine eigene Aufgabe nach §§ 184 Abs. 1, 182 RVO erfüllt.

Entgegen der Auffassung der Klägerin greift hier die in § 1244 a Abs. 1 und 3 RVO getroffene Regelung nicht ein. Nach § 1244 a Abs. 1 RVO

haben Versicherte, die an aktiver behandlungsbedürftiger Tuberkulose erkrankt sind, Anspruch auf die Maßnahmen nach §§ 1236 bis 1244 RVO wegen dieser Erkrankung. Die Zuständigkeitsregelung des § 1244 a Abs. 3 RVO bestimmt insoweit, daß – falls der Tuberkulosekranke – wie der Beigeladene – sowohl kranken- als auch rentenversichert ist – der Träger der sozialen Krankenversicherung die ambulante, der Rentenversicherungsträger dagegen die stationäre Tuberkulose-Heilbehandlung zu gewähren hat (vgl. BSGE 31, 122, 124; BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 8 und 11; Urteil des BSG vom 14. Dezember 1976 – [3 RK 74/75](#) –). Die Zuständigkeitsabgrenzung ist durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation – RehaAnglG – vom 7. August 1974 ([BGBl. I S. 1881](#)) sachlich nicht geändert worden (vgl. dazu BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 11; BGBl. 1974 I S. 1897).

Die Beklagte war aber nicht zur Tuberkulosehilfe im Sinne der §§ 1244 a Abs. 3, 1237, 1237 b RVO zugunsten des Beigeladenen verpflichtet, weil dieser in den hier streitigen Zeiträumen nicht wegen einer Tuberkuloseerkrankung stationär behandelt und die bereitgestellten medizinischen Nebenleistungen nicht wegen einer Tuberkuloseerkrankung gewährt worden sind.

Während des stationären Aufenthaltes in der Chirurgischen Universitätsklinik G. vom 26. August 1973 bis 16. Juli 1974 und vom 31. Juli 1974 bis 12. September 1974 sowie während seines zwischenzeitlichen Aufenthaltes im L.-Krankenhaus G. vom 16. Juli 1974 bis 30. Juli 1974 wurde der Beigeladene nach dem Arztbrief des Prof. Dr. E. und des Dr. V. vom 3. Oktober 1974 und der gutachtlichen Stellungnahme des Prof. Dr. E. vom 5. März 1981 wegen der durch die Spanentnahme für die Wirbelsäulenverblockung induzierten Unterschenkelfraktur rechts behandelt. Die Aufnahmen und die Behandlungen erfolgten nicht wegen einer aktiven Tuberkulose, sondern wegen der Folgen der durchgeführten Spanentnahme aus dem vorderen Schienbeinbereich. Weder röntgenologisch noch klinisch lagen Anzeichen einer aktiven Tuberkulose der Lunge oder Wirbelsäule vor. Aber auch die Aufnahmen und die anschließenden stationären Behandlungen in der Orthopädischen Universitätsklinik G. vom 5. September 1975 bis 10. Oktober 1975, vom 5. November 1975 bis 29. November 1975 sowie vom 23. Februar 1976 bis 15. März 1976 fanden ausschließlich wegen der Unterschenkelfraktur bzw. des Zustandes nach der Unterschenkelamputation statt. Nach der Stellungnahme von Prof. Dr. R. vom 24. März 1981 standen diese Behandlungen in keinem Zusammenhang mit einer vorgelegenen aktiven Tuberkulose. Im übrigen wird auch von der Klägerin nicht bestritten, daß der Beigeladene in den hier maßgebenden Zeiträumen nicht wegen einer aktiven Tuberkulose stationär behandelt worden ist. Das Nichtbestehen einer aktiven behandlungsbedürftigen Tuberkulose schließt aber grundsätzlich die Gewährung stationärer Heilbehandlung nach § 1244 a RVO aus.

Allerdings hat das BSG im Hinblick auf Sinn und Zweck der Tuberkulosehilfe eine weite Auslegung des § 1244 a Abs. 1 RVO für geboten erachtet (BSG SozR Nr. 31 zu § 1244 a RVO; BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 10) und den Begriff der aktiven behandlungsbedürftigen Tuberkulose in § 1244 a Abs. 1 RVO extensiv angewendet. So hat der Rentenversicherungsträger schon dann einzugreifen und die Kosten zu tragen, wenn aufgrund eines unbestätigt gebliebenen Tuberkuloseverdachts aus ärztlicher Sicht im Interesse des Kranken und zum Schutz seiner Umgebung eine spezifische Behandlung zunächst erforderlich erschien (BSG SozR Nr. 31 und 32 zu § 1244 a RVO; BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 10). Gleiches gilt über den Wortlaut des § 1244 a Abs. 1 RVO hinaus, wenn der Amtsarzt des Gesundheitsamtes oder der Ärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers eine entsprechende Diagnose gestellt haben, obgleich sich diese später als unrichtig erwies (BSG SozR Nr. 24 zu § 1244 a RVO; BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 4). Auch endet die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zur Tuberkulose-Bekämpfung nicht schon dann, wenn der Krankheitszustand der akuten Tuberkulose abgeklungen ist. Sind vielmehr nach abgeschlossener stationärer Heilbehandlung wegen Tuberkulose stationäre Nachuntersuchungen wegen der Gefahr der Wiedererkrankung an Tuberkulose notwendig, so gehören diese Untersuchungen auch zu der dem Rentenversicherungsträger obliegenden Heilbehandlungen, selbst wenn sie einige Jahre nach Überwindung der akuten Tuberkulose durchgeführt werden (BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 7). Das BSG ist in der Auslegung des § 1244 a Abs. 1 RVO aber noch weitergegangen. Ist nämlich in dem ärztlichen Entlassungsbericht nach stationärer Heilbehandlung wegen aktiver Tuberkulose eine Nachuntersuchung innerhalb einer angemessenen Zeit als erforderlich bezeichnet, so ist die erste Kontrolluntersuchung, die zur Überprüfung der Tuberkuloseerkrankung führen sollte, Bestandteil der vorangegangenen stationären Heilbehandlung und deshalb versicherungsrechtlich dem Rentenversicherungsträger zuzuordnen (BSG SozR Nr. 11 zu § 1244 a RVO). Schließlich hat das BSG wiederholt ausgesprochen, daß der nach § 1244 a RVO zur stationären Tuberkulose-Heilbehandlung zuständige Rentenversicherungsträger auch verpflichtet ist, die Kosten für eine notwendige stationäre Behandlung einer daneben bestehenden anderen Krankheit zu übernehmen, wenn mit der stationären Behandlung der Tuberkulose nicht ausgesetzt wird (BSG SozR 2200 § 1244 a RVO Nr. 8 und 14; Urteil des BSG vom 27. Februar 1980 – [1 RA 93/78](#) – "Mitbehandlungsgrundsatz").

Dieser Rechtsprechung des BSG zu § 1244 a RVO ist zu entnehmen, daß über den Wortlaut des § 1244 a Abs. 1 RVO hinaus die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für alle medizinischen Maßnahmen gegeben sein soll, die im Rahmen einer stationären Behandlung die Heilung der Tuberkulose zum Ziele haben. Die medizinischen Maßnahmen müssen – wenn auch im weitesten Sinne – immer in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer Tuberkulose-Behandlung stehen. Sie müssen Bestandteil einer gezielten Tuberkulose-Behandlung sein. Eine isolierte und nicht tuberkulöse Heilbehandlung fällt nicht unter § 1244 a Abs. 1 RVO und damit nicht in den Zuständigkeitsbereich des Rentenversicherungsträgers.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung des BSG, der sich der erkennende Senat in vollem Umfange anschließt, ist die Beklagte nicht verpflichtet, die hier streitigen Kosten zu übernehmen. Die in den maßgebenden Zeiten durchgeführten stationären Heilbehandlungen sind weder wegen eines Tuberkuloseverdachts, noch wegen Diagnosemaßnahmen vor und nach dem akuten Zustand der Tuberkulose des Beigeladenen, noch wegen der Gefahr der Reaktivierung der Tuberkulose-Erkrankung angeordnet und durchgeführt worden. Ebenso wenig erfolgten die Aufnahmen und stationären Behandlungen zwecks Nachuntersuchung oder Überprüfung der Tuberkulose-Erkrankungen, und schon gar nicht wurden die Heilbehandlungen neben einer bestehenden aktiven Tuberkulose durchgeführt. Die Heilbehandlungen in der Chirurgischen Universitätsklinik, im L.-Krankenhaus und in der Orthopädischen Universitätsklinik in G. fanden nach den Stellungnahmen des Prof. Dr. E. vom 5. März 1981 und des Prof. Dr. R. vom 24. März 1981 ausschließlich wegen der Unterschenkelfraktur bzw. des Zustandes nach Unterschenkelamputation statt. Die stationären Behandlungen standen in keinem Zusammenhang mit irgendeiner behandlungsbedürftigen Tuberkulose. Unter diesen Umständen kann es für eine Kostentragungspflicht der Klägerin nicht darauf ankommen, ob – wie sie meint und wie durch das Gutachten von Prof. Dr. E. vom 8. Juli 1974 bestätigt wird – der hier in den streitigen Zeiten stationär behandelte Unterschenkelbruch mittelbar Folge der Tuberkulose im Bereich der Lendenwirbelsäule war, weil die Verspannung im Lendenwirbelsäulenbereich wegen der ehemals bestandenen aktiven Tuberkulose des Beigeladenen notwendig geworden war und die Spanentnahme an der entnommenen und geschwächten Stelle schließlich zu dem Unterschenkelbruch geführt hat. Denn entscheidend für die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zur Kostenübernahme nach § 1244 a Abs. 3 RVO ist allein eine Heilbehandlung, die in einem inneren Zusammenhang mit einer im weitesten Sinn behandlungsbedürftigen Tuberkulose steht. Dagegen ist es ohne Bedeutung,

daß die stationäre Heilbehandlung wegen eines nichttuberkulösen Leidens notwendig wird, das letztlich ursächlich auf die ehemals vorliegende aktive Tuberkulose zurückzuführen und als mittelbare Folge dieser Tuberkulose anzusehen ist.

Dieses Ergebnis entspricht nicht nur der zu § 1244 a RVO ergangenen Rechtsprechung des BSG, sondern auch Sinn und Zweck dieser Vorschrift. Es ist Aufgabe der Tuberkulosehilfe, die Heilung Tuberkulosekranker zu fördern und zu sichern sowie die Umgebung des Kranken und damit die Allgemeinheit gegen die Übertragung der Tuberkulose zu schützen. Der besondere Charakter der Tuberkulosehilfe ist in § 1244 a RVO berücksichtigt. Maßnahmen, die im Rahmen dieser Zielsetzung notwendig sind, können nur sinnvoll angewendet werden, wenn sie unverzüglich und nicht erst dann eingreifen, wenn jeder Zweifel an einer Tuberkulose ausgeschlossen ist. Eine Verzögerung würde die wirksame Bekämpfung der aktiven behandlungsbedürftigen Tuberkulose als Volksseuche gefährden. Damit stimmt der in §§ 135, 60 Bundessozialhilfegesetz zum Ausdruck gekommene Grundsatz überein, daß im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung möglichst nur ein Leistungsträger von Anfang an verantwortlich sein soll. Es liegt daher im Wesen der Tuberkulosebekämpfung, die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers schon bei Verdacht auf aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose, wegen der Gefahr der Wiedererkrankung der Tuberkulose oder wegen einer Tuberkulose-Nachuntersuchung einsetzen zu lassen (vgl. hierzu BSG SozR Nr. 31 zu § 1244 a RVO; BSG SozR 2200 Nr. 10 zu § 1244 a RVO). Wenn aber – wie im vorliegenden Fall – die stationären Heilbehandlungen nicht im Rahmen einer aktiv bestehenden Tuberkulose ausschließlich wegen eines nichttuberkulösen Leidens begonnen und durchgeführt werden, so entfällt die Zielsetzung des Gesetzes, die Heilung Tuberkulosekranker zu fördern und zu sichern sowie die Allgemeinheit vor Ansteckung zu schützen. In einem solchen Fall liegt keine Maßnahme der Seuchenbekämpfung vor. Damit entfällt aber auch die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers nach § 1244 a Abs. 3 RVO.

Schließlich ist die Beklagte für die Übernahme der streitigen Leistungen auch nicht nach §§ 1239, 1236 RVO zuständig.

Sind die Voraussetzungen des § 1236 Abs. 1 Satz 1 RVO erfüllt, so kann der Rentenversicherungsträger Leistungen zur Rehabilitation gewähren, wobei allerdings die Verpflichtungen und Zuständigkeiten sonstiger Versicherungsträger unberührt bleiben (§ 1236 Abs. 3 RVO). Die Bestimmung des § 184 a RVO stellt darüber hinaus klar, daß für eine Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen die Träger der Krankenversicherung nur subsidiär hinter den Trägern der Rentenversicherung leistungsverpflichtet sind. Diese Regelung läßt erkennen, daß im Falle von Krankheiten oder drohender Erwerbsminderung medizinische Maßnahmen, insbesondere Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen, sowohl zum Leistungsbereich der Kranken- als auch zu dem der Rentenversicherung gehören. Ist der Betroffene – wie der Beigeladene – in beiden Versicherungszweigen versichert, so läßt sich allerdings aus den gesetzlichen Regelungen keine scharfe Trennungslinie für die jeweilige Zuständigkeit ableiten. Ist aber eine Rehabilitationsmaßnahme als Behandlung im Sinne von § 184 a RVO zu werten, so hat dafür, falls die Voraussetzungen des § 1236 Abs. 1 Satz 1 RVO erfüllt sind, der Träger der Rentenversicherung einzustehen, selbst wenn es sich dabei nur um eine im pflichtgemäßen Ermessen des Versicherungsträgers stehende Leistung handelt. Wäre dagegen die stationär durchgeführte Behandlung der Krankenhauspflege (§ 184 RVO) zuzuordnen, so fiel sie unter den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Welcher Versicherungsträger zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme jeweils zuständig ist, richtet sich somit nach der Art der Maßnahme (vgl. hierzu [BSGE 46, 41](#) ff.).

Wie aus den Stellungnahmen von Prof. Dr. E. vom 5. März 1981 und Prof. Dr. R. vom 24. März 1981 ersichtlich, wurde der Beigeladene während der hier streitigen stationären Behandlungen im wesentlichen wegen der Unterschenkelfraktur rechts versorgt. Im Vordergrund der Behandlungen standen medizinische Maßnahmen unter Anleitung von Ärzten und unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen eines Krankenhauses. Die ärztlichen Behandlungen waren darauf gerichtet gewesen, die Krankheit des Klägers zu bekämpfen und seinen körperlichen Zustand zu verbessern, so daß sie als Maßnahmen im Sinne von § 184 RVO anzusehen sind und, da die sonstigen versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, in den Zuständigkeitsbereich der Klägerin fallen.

Ebensowenig ist die Beklagte unter dem Gesichtspunkt des Verbots des "venire contra factum proprium" zur Übernahme der Kosten verpflichtet, weil sie für die Kosten der stationären Heilbehandlungen vor dem 26. August 1973 und in der Zeit vom 18. November 1974 bis 1. Juli 1975 eingetreten ist. Die Heilverfahren vom 27. Januar 1967 bis 18. Mai 1967, vom 9. Oktober 1967 bis 13. Januar 1968, vom 23. Juli 1971 bis 20. Juli 1972, vom 5. Februar 1973 bis 27. Februar 1973 und vom 18. November 1974 bis 1. Juli 1975 erfolgten, wie den entsprechenden Entlassungsgutachten zu entnehmen ist, wegen reaktivierter Wirbelsäulentuberkulose, so daß die Zuständigkeit der Beklagten für diese stationären Heilbehandlungen aus § 1244 a Abs. 3 RVO gegeben war. Die vom 2. Oktober 1968 bis 12. November 1968, vom 26. Juni 1969 bis 9. September 1969, vom 4. März 1970 bis 1. Juli 1970 sowie vom 20. Juli 1970 bis 4. April 1971 erfolgten Heilbehandlungen wurden von der Beklagten insbesondere zuständigkeitshalber im Rahmen der medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation nach §§ 1236, 1237 RVO durchgeführt. Für die hier streitigen Kosten entfällt dagegen eine sachliche Zuständigkeit der Beklagten, weil die Voraussetzungen des § 1244 a RVO bzw. die der §§ 1236, 1237 RVO nicht erfüllt sind. Die Beklagte setzt sich aber nicht in Widerspruch, wenn sie einmal die Kosten für die Heilbehandlungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach §§ 1244 a, 1236, 1237 RVO übernommen hat, und nunmehr die Erstattung der hier streitigen Kosten ablehnt, weil die gesetzlichen Voraussetzungen ihrer Zuständigkeit nach § 1244 a RVO bzw. §§ 1236, 1237 RVO nicht erfüllt sind. Sie hat mit der vormaligen Übernahme der Heilbehandlungskosten aufgrund der gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen zugunsten des Beigeladenen keine Lage geschaffen, die sie verpflichten würde, der hier streitigen Erstattung nachzukommen, obwohl nunmehr ihre Zuständigkeit nicht gegeben ist. Mit der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen hat sie selbst keinen Vertrauenstatbestand dahingehend geschaffen, daß die Klägerin annehmen mußte, die Kosten der Heilbehandlungen des Beigeladenen werde die Beklagte unabhängig von den gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen stets tragen.

Nach alledem entfällt ein öffentlich rechtlicher Erstattungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten.

Bei dieser Sach- und Rechtslage mußte die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 4 SGG](#).

Die Revision war zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved  
2007-09-25