

Bundessozialgericht

Az.: 1/11 RA 258/69

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
30. April 1971

Amtsinspektor
als Urk. Beamter
d. Geschäftsstelle

Kläger und Revisionskläger,

-Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
Berlin 31, Ruhrstraße 2,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 30. April 1971 durch

Präsident	Prof. Dr. W a n n a g a t
	- Vorsitzender -,
Bundesrichter	Dr. S c h u b e r t ,
Bundesrichter	S c h m i d t h a l s ,
Bundessozialrichter	Dr. C o n r a d y und
Bundessozialrichter	B e n e d y c z u k

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des
Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom
30. September 1969 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens
sind nicht zu erstatten.

- 2 -



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



- 2 -

G r ü n d e :

I

Bei dem in einer privaten Krankenkasse gegen Krankheit versicherten Kläger, der als Versicherungsangestellter angestelltenversicherungspflichtig war, bestanden seit etwa 1960/61 Gallenbeschwerden. Im August 1965 beantragte er deshalb bei der Beklagten die Durchführung von Heilmaßnahmen. Ende Dezember 1965 untersuchte ihn der Chefarzt Dr. S.

von der Chirurgischen Abteilung des St. J. -H. in K. im Auftrage der Beklagten und stellte im wesentlichen ein Gallensteinleiden sowie eine Gallenblasenentzündung fest, weswegen er eine Operation vorschlug. Da sich das Leiden des Klägers plötzlich verschlimmert hatte, wurde er von seinem Hausarzt bereits am 15. Januar 1966 ins Krankenhaus überwiesen. Wegen Platzmangels konnte er erst am 18. Januar 1966 aufgenommen werden, außerdem nicht in die III.-Klasse-Station, weil diese überbelegt war, sondern nur in die II.-Klasse-Station. Bei der Operation gab es Komplikationen, so daß der Kläger erst am 7. April 1966 entlassen werden konnte. Durch den Krankenhausaufenthalt waren Kosten in Höhe von 11.511,15 DM entstanden, wovon die private Krankenkasse 3.374,49 DM erstattete, so daß 8.136,66 DM verblieben. Mit Schreiben vom 21. Juli 1966 bat der Kläger die Beklagte, ihm "einen angemessenen Betrag aus dem Unterstützungsfond zu Verfügung zu stellen". Er gab an, die Einweisung in das Krankenhaus sei wegen bestehender Lebensgefahr dringend erforderlich geworden. Wegen der Schwere des Falles habe er die II. Pflegeklasse in Anspruch genommen. Seine Ersparnisse reichten zur Deckung der Krankenhauskosten nicht aus. Niemand habe vorhersehen können, daß Komplikationen eintreten würden.

Durch Bescheid vom 8. November 1966 lehnte die Beklagte die Übernahme von Kosten ab. Sie führte im wesentlichen aus, der

- 3 -

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



- 3 -

Gesetzgeber wolle nicht dem Personenkreis, der nicht oder nicht mehr der Krankenversicherungspflicht unterliege, und der sich überhaupt nicht oder nur unzureichend gegen Krankheit versichert habe, den fehlenden Krankheitsschutz über die §§ 13 und 84 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) gewähren. Beide Vorschriften sähen die Übernahme nicht gedeckter Krankheitskosten nicht vor.

Am 8. Dezember 1966 legte der Kläger Widerspruch ein. Er meinte, auch eine Operation sei als Heilbehandlung im Sinne des § 14 AVG anzusehen. Die Operation habe der Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit gedient und sei von dem Vertrauensarzt der Beklagten vorgeschlagen worden. Deshalb habe er zumindest davon ausgehen dürfen, daß sich die Beklagte an den Kosten beteiligen würde.

Da der Widerspruch erfolglos blieb, erhob der Kläger Klage vor dem Sozialgericht (SG) Köln auf Zahlung von 8.136,66 DM. Diese wurde durch Urteil vom 3. Februar 1969 abgewiesen. Die dagegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen durch Urteil vom 30. September 1969 zurückgewiesen, wobei es die Revision zuließ. Der Kläger hat dieses Rechtsmittel eingelegt und beantragt sinngemäß,

das angefochtene Urteil sowie das Urteil des SG Köln vom 3. Februar 1969 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 8. November 1966 idF des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 1967 zu verurteilen, an ihn 8.136,66 DM zu zahlen;

hilfsweise,

unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

- 4 -



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



- 4 -

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision kann keinen Erfolg haben.

Das Begehren des Klägers, die Beklagte zur Zahlung von 8.136,66 DM zu verurteilen, ist schon deshalb unbegründet, weil eine Verurteilung der Beklagten zur Zahlung eines bestimmten Betrages als Kostenzuschuß ohnehin nicht statthaft ist. Das Gesetz erlaubt zwar dem Versicherungsträger die Gewährung von Zuschüssen zu Heilmaßnahmen (BSG 27, 34, 36, 37 und § 8 Abs. 4 der Rahmengrundsätze der BfA für die Gewährung von Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten bei allgemeinen Erkrankungen -nicht Tbc- vom 26. Juli 1957 - Die AngVers. 1957, 240-). Es verpflichtet ihn jedoch nicht, die Kosten in voller Höhe zu übernehmen. Vielmehr liegt es in seinem Ermessen, in welcher Höhe er sich an den entstandenen Kosten beteiligen will (BSG, SozR § 1237 der Reichsversicherungsordnung -RVO- Nr. 5). An die Stelle seines Ermessens können die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit nicht ihr eigenes Ermessen setzen.

In dem Antrage des Klägers, an dessen Fassung der Senat nicht gebunden ist (§ 123 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-), hat das LSG jedoch mit Recht auch das Begehren auf Verurteilung der Beklagten gesehen, den Antrag auf Kostenerstattung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Auch dieses Verlangen ist nicht begründet. Der Kläger hat kein subjektiv öffentliches Recht auf Erstattung von Kosten für die von ihm selbst veranlaßte stationäre Krankenhausbehandlung. Die Zuschußgewährung, für

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

die als gesetzliche Grundlage die §§ 13 Abs. 1 und 14 AVG in Betracht kommen, liegt – wie bereits ausgeführt – im pflichtgemäßen Ermessen der Beklagten. Bescheide über solche Ermessensleistungen kann das Gericht nur insoweit voll überprüfen, als es sich um die gesetzlichen Voraussetzungen handelt, die vorliegen müssen, damit der Versicherungsträger sein Ermessen ausüben kann. Hinsichtlich der eigentlichen Ermessensausübung ist die Nachprüfbarkeit dahin begrenzt, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten sind oder von ihm in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden ist (BSG 27, 34, 35, 36).

Dazu hat das LSG ausgeführt, bei der stationären Behandlung des Klägers habe es sich zwar um eine Maßnahme zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit gehandelt. Seine gefährdete Erwerbsfähigkeit hätte nur durch eine Operation erhalten werden können. Gleichwohl sei es nicht zu beanstanden, daß die Beklagte die Erstattung der entstandenen Arzt- und Krankenhauskosten ablehne. Sie habe in Ausübung ihres pflichtgemäßen Ermessens die Ablehnung einer selbst teilweisen Erstattung u.a. damit begründet, daß sie grundsätzlich keine Heilbehandlung gewähre, wenn die gesetzliche Krankenversicherung Krankenhilfe gewähren müsse. Diese Auffassung sei nicht ermessensfehlerhaft. Es sei nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte Kosten für eine Heilbehandlung, für die ein Träger der sozialen Krankenversicherung zuständig wäre, grundsätzlich auch dann nicht übernehme, wenn der Antragsteller nicht oder nicht ausreichend gegen Krankheit versichert sei. Ein solches Vorgehen bedeute keine Ermessensüberschreitung, es entspreche vielmehr den Vorstellungen des Gesetzgebers.



Diesen Ausführungen ist in vollem Umfange zuzustimmen. Es trifft insbesondere zu, daß wegen des unterschiedlichen Aufgabenbereichs der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung bei akuten Erkrankungen, die eine Operation mit Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, in erster Linie die Krankenversicherung zuständig ist und leisten muß. Das alles bezweifelt auch die Revision nicht ernstlich. Sie meint lediglich, die Beklagte habe den ihr nach der Generalklausel des § 10 der genannten Rahmengrundsätze eingeräumten Ermessensspielraum überhaupt nicht genutzt. Trotz der unvorhersehbaren und schwerwiegenden Komplikationen habe sie eine Kostenersatzung generell abgelehnt, und zwar schon deshalb, weil sie von der unrichtigen Rechtsauffassung ausgegangen sei, die §§ 13 ff AVG würden bereits grundsätzlich eine Kostenbeteiligung verbieten.

Dieser Vorwurf ist unbegründet. Die Beklagte hat sich in ihrem Ablehnungsbescheid vom 8. November 1966 zwar auch darauf berufen, daß weder § 13 AVG noch § 84 AVG die Übernahme von nicht gedeckten Krankheitskosten vorsehe, im übrigen aber eingehende Ausführungen darüber gemacht, daß der Kläger sich nicht an die Rentenversicherung halten könne, wenn er, im Außendienst eines großen Versicherungskonzerns tätig, nicht für einen ausreichenden privaten Versicherungsschutz gesorgt habe. Diese Begründung kann nicht dahin verstanden werden, daß die Beklagte die Rechtslage verkannt hätte. Sie hat sich, wie sich auch aus ihrer Revisionserwiderung ergibt, lediglich darauf berufen wollen, daß bei längeren Krankenhausaufenthalten wegen einer notwendig gewordenen Operation nach § 13 Abs. 3 AVG eine vorrangige Leistungspflicht der Krankenkasse bestehe. Brauche indes der Rentenversicherungsträger bei Angehörigen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu leisten, so sei nicht einzusehen, warum er anders bei Personen verfahren

- 7 -

müsse, die - wie der Kläger - wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht krankenversichert seien. Andernfalls würde die Rentenversicherung in solchen Fällen die Funktion einer beitragsfreien subsidiären Krankenversicherung erhalten. Die Angehörigen der Rentenversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, würden alsdann vom Rentenversicherungsträger Leistungen erhalten, welche den Krankenversicherten nur aufgrund ihrer Beiträge an die Krankenkasse gewährt werden. Gut verdienenden, nicht krankenversicherungspflichtigen Personen wäre somit die Möglichkeit eröffnet, Lücken ihrer eigenen Vorsorge für den Krankheitsfall auf Kosten der Rentenversicherung und damit zum Nachteil der geringer verdienenden Mitglieder der Versichertengemeinschaft auszufüllen. Ein solches Ergebnis wäre unannehmbar.

Diese Verwaltungsübung ist nicht zu beanstanden. Daran vermag auch die Generalklausel des § 10 der bereits genannten und hier maßgebenden Rahmengrundsätze von 1967 nichts zu ändern, wonach in besonders gelagerten Fällen auch Maßnahmen gewährt werden können, wenn die in den Rahmengrundsätzen bestimmten Voraussetzungen nicht gegeben sind. Die Beklagte kann nicht für verpflichtet gehalten werden, hiervon deshalb Gebrauch zu machen, weil der Kläger über keinen ausreichenden Schutz für eine mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbundenen Erkrankung verfügte. Die private Krankenversicherung bietet vielfach keinen vollen Kostenersatz. Das darin begründete Risiko ist vom Versicherten zu tragen und braucht nicht vom Träger der Rentenversicherung übernommen zu werden.

Schließlich kann sich der Kläger auch nicht darauf berufen, daß er auf eine Kostenbeteiligung der Beklagten vertraut hat. Denn nach seinen Bekundungen in seinem Schreiben vom 12. Sep-

- 8 -



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

- 8 -

tember 1966 hat er für die als normale Behandlungszeit genannten 17 bis 21 Tage ausreichend vorgesorgt gehabt. Aber selbst wenn er mit einer Kostenbeteiligung gerechnet haben sollte, so hat ihm die Beklagte hierfür keinen Anlaß gegeben. Dem Kläger war nämlich nach den Feststellungen des LSG schon im September 1965 ein Merkblatt über Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei allgemeinen Erkrankungen übersandt worden. In diesem (Ziffer 21) hieß es ausdrücklich, daß die Entscheidung über Beginn, Ort, Dauer und Art der Durchführung der Maßnahmen in jedem Falle der Beklagten vorbehalten sei. Die von ihr bewilligten Maßnahmen würden in den ihr zur Verfügung stehenden Einrichtungen ausgeführt. Seien Maßnahmen ohne vorherige Zustimmung begonnen oder durchgeführt worden oder würden diese vom Betreuten selbst bzw. von anderen Stellen ganz oder teilweise finanziert, so könnten Kosten hierfür weder übernommen noch irgendwelche Zuschüsse hierzu geleistet werden. Der Kläger durfte somit nicht damit rechnen, daß sich die Beklagte an seinen Kosten beteiligen würde.

Nach alledem erweist sich die Revision als unbegründet. Der Kläger kann weder eine Kostenerstattung noch eine erneute Prüfung seines Falles beanspruchen.

- 9 -



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)