

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche
Verhandlung am 11. Juni 1986
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Baye-
rischen Landessozialgerichts vom 29. Mai 1985 aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Ent-
scheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.



-2-

G r ü n d e :

I

Streitig ist eine Zuzahlung der Klägerin zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung nach § 20 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) idF durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 (HBegleitG) vom 20. Dezember 1982 (BGBl I 1857).

Die Beklagte bewilligte der Klägerin eine stationäre Heilbehandlungsmaßnahme in einer Kureinrichtung, die in der Zeit vom 8. Februar bis 8. März 1983 durchgeführt wurde. Der Bewilligungsbescheid vom 5. November 1982 enthielt keinen Hinweis auf eine etwaige Zuzahlungspflicht der Klägerin. Mit Bescheid vom 20. April 1983 forderte die Beklagte von der Klägerin eine Zuzahlung in Höhe von 280,-- DM (für 28 Kurtage je 10,-- DM) gemäß § 20 AVG. Der Widerspruch der Klägerin wurde zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 8. September 1983).

Die auf Aufhebung der vorgenannten Bescheide gerichtete Klage der Klägerin hatte Erfolg (Urteil des Sozialgerichts -SG- München vom 23. August 1984). Die Berufung der Beklagten wurde als unzulässig verworfen und die Revision zugelassen (Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts -LSG- vom 29. Mai 1985). Das LSG war der Ansicht, daß bei Streitigkeiten über die Zuzahlungspflicht nach § 20 AVG die Berufung in analoger Anwendung des § 149 Alternative 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG- unzulässig sei. Da die Zuzahlung - wirtschaftlich gesehen - den Umfang der



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



-3-

vom Versicherungsträger zu erbringenden Leistung mindere, der - ähnlich wie bei einer Überzahlung - wertmäßig mehr geleistet habe als dem Versicherten zugestanden habe, könne der Versicherungsträger den überschießenden Teil vom Versicherten zurückfordern. Insoweit sei die Interessenlage, wie sie vom Gesetzgeber in § 149 SGG bewertet worden sei, als "ähnlich" anzusehen. In solchen Fällen habe das BSG eine analoge Anwendung des § 149 SGG zugelassen. Der hier streitige Anspruch liege im Wert unter 1.000,-- DM.

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung der §§ 144, 149 SGG. Dem LSG sei nicht zu folgen, daß Streitigkeiten über die Zuzahlungspflicht nach § 20 AVG dem Berufungsausschließungsgrund des § 149 SGG unterlägen. Die Zuzahlung sei ihrer Natur nach keine Rückerstattung von Kosten, die durch die Heilmaßnahme entstanden seien, sondern stelle eine Selbstbeteiligung des Versicherten dar, die an eigene ersparte Aufwendungen zum Lebensunterhalt während der Maßnahme anknüpfe. § 149 SGG könne daher auf die Zuzahlungspflicht auch nicht entsprechend angewendet werden. Die Klage sei in der Sache unbegründet. Die Zuzahlung beruhe auf gesetzlicher Regelung, die hier anzuwenden sei und die verfassungsrechtlich keinen Bedenken unterliege.

Die Beklagte beantragt,
das angefochtene Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts aufzuheben und die Klage abzuweisen.



-4-

Die Klägerin, die im Revisionsverfahren nicht vertreten ist, hat keinen Antrag gestellt.

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

II

Die Revision der Beklagten ist insoweit begründet, als das angefochtene Urteil aufzuheben und der Rechtsstreit an das LSG zurückzuverweisen ist. Die Beklagte hat mit Recht gerügt, daß das LSG nicht in der Sache entschieden, sondern die Berufung als unzulässig verworfen hat. Dies hätte nur dann geschehen dürfen, wenn einer der in §§ 144 bis 149 SGG genannten Berufungsausschließungsgründe eingriffe. Das ist nicht der Fall. Insbesondere kann § 149 Alternative 2 SGG, auf den das LSG seine Entscheidung allein gestützt hat, nicht angewandt werden, weil es sich nicht um eine Streitigkeit wegen "Rückerstattung von Leistungen" handelt, deren Beschwerdewert 1.000,-- DM nicht übersteigt. Der streitige Zahlungsanspruch der Beklagten kann auch nicht einem Rückerstattungsanspruch iS dieser Regelung gleichgestellt werden.

Unter Rückerstattung ist nach der im Sozialversicherungsrecht und der Versorgung üblichen Terminologie die Rückgabe einer empfangenen Leistung oder der Ersatz von Auslagen zu verstehen (BSGE 5, 140, 143; 22, 181, 183). Nachdem die öffentlich-rechtlichen Er-



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



-5-

stattungsansprüche für alle Sozialleistungsbereiche im Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB 10 vom 18. August 1980, BGBl I S 1469 und vom 4. November 1982, BGBl I S 1450) einheitlich normiert worden sind, sind hierunter - abgesehen von den hier nicht interessierenden Erstattungsansprüchen der Leistungsträger untereinander nach § 102 ff SGB 10 - in der Hauptsache die Ansprüche auf Erstattung bereits erbrachter Sozialleistungen zu verstehen, die, soweit ein Verwaltungsakt aufgehoben worden ist, ohne Rechtsgrund oder, soweit sie ohne Verwaltungsakt erbracht worden sind, zu Unrecht geleistet worden sind (§ 50 Abs 1 und 2 SGB 10). Unabhängig davon ist die Erstattung von Vorschüssen (§ 42 Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil, -SGB 1-) und vorläufig erbrachten Leistungen (§ 43 SGB 1), die die endgültige Leistung übersteigen, in § 42 Abs 2 und 3 SGB 1 geregelt. Daneben sind abweichende Erstattungsvorschriften in den besonderen Teilen des SGB enthalten (§ 37 SGB 1), die den allgemeinen Erstattungsvorschriften vorgehen (vgl die Aufzählung bei Hauck/Haines, SGB X 1, 2 K § 50 RdNr 24). § 20 Abs 1 AVG, der mit Wirkung ab 1. Januar 1983 in das AVG eingefügt worden ist (Art 20 Nr 5 des HBegleitG 1983 vom 20. Dezember 1982, BGBl I 1857), kann derartigen Erstattungsregelungen weder nach seinem Wortlaut noch dem damit verbundenen Wortsinn noch nach seiner Funktion zugerechnet werden und wird daher auch nicht von § 149 Alternative 2 SGG erfaßt.

Nach § 20 Abs 1 AVG zahlt der Versicherte zu den Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung für jeden Kalendertag dieser Behandlung 10,-- DM zu, wenn die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) die Heilbehandlung für ihn oder für einen sei-



ner Angehörigen durchführt. Danach steht zwar die Zuzahlungspflicht im Zusammenhang mit einer vom Versicherungsträger erbrachten Sachleistung. Dieser Zusammenhang kann aber entgegen der Ansicht des LSG nicht darin gesehen werden, daß die Sachleistung in Höhe der Zuzahlung als "überzahlt" zu gelten hätte und deshalb mit der Zahlungsaufforderung zugleich die Erstattung einer insoweit ohne Rechtsgrund, zu Unrecht oder vorläufig zuviel gewährten Sachleistung in Geld gefordert wäre (§ 50 Abs 1 Satz 2 SGB 10, § 42 Abs 2 SGB 1). Vielmehr handelt es sich bei der Zuzahlungspflicht nach § 20 Abs 1 AVG um eine selbständige, dem Versicherungsträger gegenüber bestehende gesetzliche Zahlungspflicht, die zwar auf einem sozialrechtlichen Leistungsverhältnis beruht, aber den Rechtsgrund bzw die Rechtmäßigkeit der erbrachten (Sach-) Leistung als solche nicht berührt. Wie vor dem Inkrafttreten des § 20 AVG sollte es dabei bleiben, daß der Rentenversicherungsträger die Sachleistung in vollem Umfang schuldet und erbringt; die Bewilligung und Durchführung der Heilmaßnahme darf nicht von der Zuzahlung abhängig gemacht werden (BT-Drucks 9/2140 S 101). Es handelt sich vielmehr um eine besondere Art von Kostenbeteiligung (vgl zu den verschiedenen Formen WzS 1982, 315, 316), mit der der Versicherte Vorteile ausgleichen soll, die ihm durch die gewährte Sachleistung erwachsen. Die vom Gesetz neu eingeführte Beteiligung des Versicherten an den Kosten der Heilbehandlung in einer Kur- und Spezialeinrichtung (§ 184a Abs 2, § 1243 Abs 1 RVO, § 20 Abs 1 AVG) – und in geringerem Umfang an den Kosten einer Krankenhauspflege oder dieser ähnlichen Leistung (§ 184 Abs 3 RVO, § 1243 Abs 2 RVO, § 20 Abs 2 AVG) – soll letztlich – im Zuge der Entlastung der Versicherungsträger – dem Umstand



Rechnung tragen, daß der Versicherte während der stationären Heilbehandlung regelmäßig Aufwendungen für seine häusliche Lebenshaltung spart (Verbandskomm, § 1243 RVO Anm 5, Stand: Januar 1983). Er hat daher diesen "Vorteil" in pauschaler Weise auszugleichen, indem er dem Versicherungsträger für die insgesamt geschuldete Sachleistung einen bestimmten (täglichen) Höchstbetrag zuzahlt. Diese Zuzahlung mag - wirtschaftlich betrachtet - als ein durch "Rückzahlung" reduziertes Leistungsmaß des Versicherungsträgers erscheinen; gleichwohl ist damit kein Tatbestand gegeben, der eine entsprechende Anwendung des § 149 SGG auf diese Zahlung rechtfertigte.

Ungeachtet der Frage, ob eine Analogie bei den in §§ 144 bis 149 SGG geregelten Ausnahmen von dem Grundsatz der Zulässigkeit der Berufung (§ 143 SGG) überhaupt rechtlich zulässig ist (bejahend der 6. Senat des Bundessozialgerichts -BSG- vom 24. Oktober 1984 in SozR 1500 § 149 Nr 7 für Arzneimittelregresse), steht einer entsprechenden Anwendung des § 149 SGG vor allem der Grundsatz der Rechtsmittelklarheit entgegen, der eine restriktive, vornehmlich am Wortlaut orientierte Auslegung gebietet (vgl BSG SozR 1500 § 146 Nr 16, S 33 mwN). In Beachtung dieses strengen Maßstabes, der noch stärker als der Ausnahmecharakter der Regelung die Möglichkeit einer entsprechenden Anwendung einschränkt, kommt bereits wegen der aufgezeigten Unterschiede zwischen Zuzahlung und Rückerstattung eine analoge Anwendung des § 149 SGG nicht in Betracht. Entgegen der Ansicht des LSG ist insbesondere auch die Interessenlage bei einer Streitigkeit wegen Rückerstattung von Leistungen und einer Streitigkeit wegen Zah-



lungspflichten aus § 20 AVG nicht "ähnlich". Sowohl im Hinblick auf das subjektive Interesse des Betroffenen als auch auf das Interesse der Versichertengemeinschaft macht es sehr wohl einen Unterschied, ob eine Leistung ohne Rechtsgrund, zu Unrecht erbracht oder jedenfalls teilweise überzahlt ist und daher - in der Regel mittels Verwaltungsakt - zurückgefordert werden darf oder ob sie zu Recht erbracht und an diesen Tatbestand die gesetzliche Folge geknüpft ist, daß der Leistungsträger eine Beteiligung des Begünstigten an den Kosten dieser Leistung - also selbst eine Leistung - verlangen darf, von der er aber unter von ihm zu bestimmenden Voraussetzungen auch absehen kann (§ 20 Abs 5 AVG). Schon von daher ist eine unterschiedliche Behandlung in der Zulassungsfrage gerechtfertigt. Daß es sich bei den Streitigkeiten aus § 20 AVG um Streitsachen von relativ geringfügiger Bedeutung handelt, rechtfertigt ihre Zuordnung zu dem Berufungsausschließungsgrund des § 149 SGG allein nicht. Denn ein allgemeiner Grundsatz, daß bei Bagatellstreitigkeiten der Instanzenzug auf eine Stufe zu beschränken ist, hat im SGG - anders als etwa in § 511a ZPO - keinen Niederschlag in Form einer generellen Ausschlußregelung gefunden. Vielmehr handelt es sich nur um eine Leitlinie, die in einem Katalog von Berufungsausschließungsgründen in unterschiedlicher Weise konkretisiert worden ist (vgl BSG SozR 1500 § 144 Nr 21). Von dem allgemeinen Grundsatz des § 143 SGG, wonach gegen die Urteile der Sozialgerichte grundsätzlich die Berufung gegeben ist, werden in §§ 144 bis 148 SGG eine Reihe von Ausnahmen für "Leistungsansprüche" aus dem Versicherungsverhältnis bzw aus der KOV gemacht. Demgegenüber enthält § 149 SGG eine Sonderregelung für andere Ansprüche, die keine Leistungen



aus dem Versicherungsverhältnis darstellen, sondern umgekehrt der Rückgewähr von - im Regelfall zu Unrecht erbrachten - Leistungen (oder zu Unrecht gezahlten Beiträgen) dienen und daher nicht schon durch die vorhergehenden Bestimmungen erfaßt werden (vgl BSGE 10, 186, 188). Da aber - wie ausgeführt - die Ansprüche nach § 20 AVG zu den "Leistungen" aus dem Versicherungsverhältnis gehören, auf die der Berechtigte (Versicherungsträger) bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen einen Anspruch hat, sind sie im Grundsatz bereits durch die §§ 144 bis 148 erfaßt und können deshalb nicht auch unter § 149 SGG fallen.

Auch der danach in Betracht zu ziehende Berufungsausschließungsgrund des § 144 SGG greift nicht ein. Von dieser Bestimmung werden, wie das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden hat, nur Ansprüche auf die typischen (Sozial-)Leistungen erfaßt, die dem einzelnen von der öffentlichen Hand gewährt werden, nicht jedoch die Ansprüche der öffentlichen Hand gegen den einzelnen (BSG SozR 1500 § 144 Nrn 21 und 26), auch wenn sie - wie hier - ihren Rechtsgrund in einem Sozialleistungsverhältnis haben. Der Senat sieht keinen Anlaß, von dieser Rechtsprechung abzugehen. Wie in anderen Fallgestaltungen, in denen ein einzelner in Anspruch genommen werden soll, bleibt es auch bei den Ansprüchen aus § 20 AVG nach der Systematik des Gesetzes bei der Zulässigkeit der Berufung nach der Grundregelung des § 143 SGG (so auch Urteil des 3. Senats vom 15. 1. 1986 - 3 RK 61/84 - zu Zuzahlungen aufgrund des § 182e S 2 RVO).

Da das LSG mithin die Berufung zu Unrecht als unzulässig verwor-



fen hat, war seine Entscheidung aufzuheben und die Sache an dieses Gericht zurückzuverweisen. Eine Entscheidung in der Sache erschien dem erkennenden Senat untunlich (§ 170 Abs 2 SGG), schon weil aus dem festgestellten Sachverhalt nicht erkennbar ist, ob und inwieweit die Beklagte bei ihrer Entscheidung das ihr in § 20 Abs 5 AVG eingeräumte "Bestimmungsrecht" in Erwägung gezogen hat, bei unzumutbarer Belastung des Versicherten von der Zahlung nach § 20 Abs 1 AVG abzusehen (vgl dazu Urteil des 11a-Senats vom 20. März 1986 - 11a RA 14/85 -, zur Veröffentlichung bestimmt). Bei seiner Entscheidung wird das LSG auch zu prüfen haben, ob für eine Härteregelung möglicherweise auch in den "Übergangsfällen" Anlaß besteht, in denen die Heilbehandlung noch vor Inkrafttreten des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 bewilligt, aber erst kurz danach begonnen hat und deshalb für den Versicherten - etwa mangels ausreichender Informationsmöglichkeiten über das erst Ende Dezember 1982 verkündete Gesetz - nicht erkennbar gewesen sein könnte, daß auch das bereits nach altem Recht bewilligte Heilverfahren von der Neuregelung betroffen wird (Art 2 § 6a AnVNG idF durch Art 23 Nr 2 des Haushaltsbegleitgesetzes 1983).

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

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mitzuentscheiden haben.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)