

Bundessozialgericht

1 RR 7/88

Beschluß in dem Rechtsstreit

Voith Betriebskrankenkasse,
Heidenheim, Alfred-Bentz-Straße 38,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch das Bundesversicherungsamt,
Berlin 30, Reichpietschufer 72-76,

Beklagte und Revisionsklägerin.

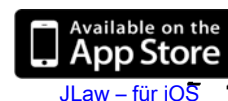
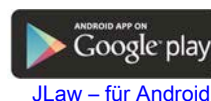
Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 21. Juni 1989 durch den Präsidenten Dr. R e i t e r , den Richter F u n k , die Richterin Dr. W o l f f sowie die ehrenamtlichen Richter B e h r e n s und H ö c h s t beschlossen:

Dem Großen Senat des Bundessozialgerichts wird folgende Rechtsfrage zur Entscheidung vorgelegt:

Sind in der Zeit bis zum 31. Dezember 1988 Krankenkassen berechtigt gewesen, in ihre Satzung eine Regelung aufzunehmen, wonach auf Antrag den Versicherten, die gemäß § 176a Absatz 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beigetreten sind, und den Versicherten, die sich gemäß § 313 Absatz 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung nach Ausscheiden aus der versicherungspflicht-



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



- 2 -

tigen Beschäftigung wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienstgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig weiterversichert haben, Kostenerstattung für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhauspflege, Arznei-, Verbands- und Heilmittel bis zur Höhe der Kosten, die der Kasse bei Gewährung als Sachleistung entstanden wären, gewährt wird?

G r ü n d e :

I

Die klagende Betriebskrankenkasse (BKK) wendet sich gegen die Versagung der Genehmigung eines die Kostenerstattung an freiwillige Mitglieder betreffenden Nachtrags zu ihrer Satzung.

Am 1. Dezember 1982 beschloß die Vertreterversammlung der Klägerin einen 6. Nachtrag zur Satzung, durch welchen mit Wirkung ab 1. Januar 1983 dem § 6 der Satzung die Ziffer 3 mit folgendem Wortlaut angefügt werden sollte:

"Die Kasse gewährt auf Antrag (§ 1545 Abs 1 Nr 2 RVO) den freiwilligen Mitgliedern, deren Einnahmen zum Lebensunterhalt die für die Krankenversicherung maßgebende Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, Kostenerstattung für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhauspflege, Arznei-, Verbands- und Heilmittel bis zur Höhe der Kosten, die der Kasse bei Gewährung als Sachleistung entstanden wären. Bei der Erstattung werden die Grundsätze über Umfang und Wirtschaftlichkeit der Behandlungs-, Verordnungs- und Abrechnungsweise berücksichtigt".

Mit Bescheid vom 31. Januar 1983 versagte die durch das Bundesversicherungsamt (BVA) vertretene beklagte Bundesrepublik Deutschland die Genehmigung dieses Satzungsnachtrages. Zur Begründung führte sie ua aus, die Ermächtigung des § 321 Nr 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) alter Fassung (aF) umfasse le-



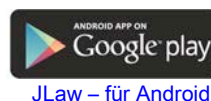
- 3 -

diglich Mehrleistungen (mit "aF" werden nachfolgend durchgängig diejenigen Vorschriften der RVO gekennzeichnet; die bis zum 31. Dezember 1988 gegolten haben und mit Wirkung vom 1. Januar 1989 durch Art 5 Nrn 1 und 2 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen -Gesundheits-Reformgesetz-GRG- vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2477, gestrichen worden sind; zum Inkrafttreten vgl Art 79 Abs 1 GRG). Die zur Genehmigung vorgelegte Satzungsbestimmung betreffe hingegen gesetzlich als Sachleistungen ausgestaltete Regelleistungen. Das Sachleistungsprinzip als Grundlage und tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schließe abweichende autonome Regelungen aus. Die Ausrichtung der GKV auf Sachleistungen werde aus den Regelungen über die Leistungserbringung deutlich (§§ 368 bis 376 d RVO; im wesentlichen ebenfalls mit Wirkung ab 1. Januar 1989 gestrichen; vgl Art 5 Nr 2, Art 79 Abs 1 GRG). Das dadurch geschaffene System der kassenärztlichen Versorgung, der Leistungserbringung und der Finanzierung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der GKV werde durch die Einführung einer Kostenerstattung in Frage gestellt und allen kostendämpfenden Einflüssen entzogen. Auch der freiwillig Versicherte unterwerfe sich dem System der GKV in seiner typischen Ausgestaltung und bedürfe ungeachtet der Höhe seines Einkommens und einer dadurch bedingten geringeren sozialen Schutzbedürftigkeit angesichts des hohen wirtschaftlichen Risikos einer Krankheit des vollen Schutzes der Versicherungsgemeinschaft. Deshalb habe der Gesetzgeber ohne Einräumung leistungsrechtlicher Besonderheiten die GKV auch für Personen mit höherem Einkommen geöffnet und ihre Schutzbedürftigkeit nicht geringer als diejenige der übrigen Versicherten eingeschätzt. Die Leistungsminderungen des § 215 RVO aF hätten keinen besonderen Bezug zu diesem Personenkreis. Eine Kostenerstattung verstoße gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung der Versicherten, weil für Versicherungspflichtige mit ebenso hohem oder höherem Einkommen das Sachleistungsprinzip uneingeschränkt gelte und die Gleichartigkeit der Verhältnisse eine vom Sachleistungsprinzip abweichende Kostenerstattungsregelung für freiwillig Versicherte ausschließe.

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
[\(mobile App\)](#)



- 4 -

Auf die Klage hat das Sozialgericht (SG) Ulm die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 31. Januar 1983 verurteilt, den 6. Nachtrag zur Satzung der Klägerin in dem am 1. Dezember 1982 beschlossenen Wortlaut zu genehmigen (Urteil vom 7. Juli 1983). Zur Begründung hat es im wesentlichen ausgeführt:

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 9. September 1981 - 3 RK 58/79 - (BSG SozR 2200 § 182 Nr 74) sei das gesetzlich normierte Sachleistungsprinzip zwar der Grundsatz in der GKV. Es gelte jedoch nicht ausnahmslos. Sein Schutzgedanke treffe für nicht krankenversicherungspflichtige freiwillige Mitglieder, bei denen nach § 215 RVO aF auch Leistungsbeschränkungen möglich seien, nur bedingt zu. Nach der beschlossenen Satzungsänderung erfolge eine Kostenerstattung nicht obligatorisch, sondern nur wahlweise. Jeder Versicherte könne sich damit den vollen Schutz des Sachleistungsprinzips erhalten. Die Befürchtung der Beklagten, eine Kostenerstattung könne durch Manipulationen oder ungenügende Kontrollen unterlaufen werden und damit im Vergleich zur strikten Anwendung des Sachleistungsprinzips zu höheren Kosten für die Klägerin führen, sei eine Frage der Zweckmäßigkeit und nicht der von der Beklagten allein zu prüfenden Rechtmäßigkeit. Im übrigen entspreche nach dem Urteil des BSG vom 28. November 1979 - 3 RK 11/79 - (USK 79213) bei den Ersatzkassen, obgleich auch für sie grundsätzlich das Sachleistungsprinzip gelte, das wahlweise System der Kostenerstattung oder der Sachleistung für freiwillig Versicherte dem Gesetz.

Mit der vom SG zugelassenen und unter Beifügung der Zustimmungserklärung der Klägerin eingelegten Sprungrevision rügt die Beklagte eine Verletzung der §§ 179, 182 Abs 1, §§ 215, 321 Nr 2 RVO aF. Die Ermächtigung des § 321 Nr 2 RVO aF umfasse lediglich die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden Mehrleistungen. Sie seien nach § 179 Abs 3 RVO aF nur zulässig, soweit das Gesetz sie vorsehe. Durch den zur Genehmigung vorgelegten Satzungsantrag werde nicht eine zulässige Mehrleistung begründet oder näher geregelt. Vielmehr betreffe er gesetzlich als Sachleistungen ausgestaltete Regelleistungen. Für sie schließe



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

das die GKV tragende Sachleistungsprinzip abweichende autonome Regelungen aus. Aus gesetzlichen Ausnahmebestimmungen könne nicht auf die Zulässigkeit von Kostenerstattungsregelungen in fundamentalen Leistungsbereichen wie der ambulanten und stationären Behandlung mit der begleitenden medikamentösen und Heilmittelversorgung geschlossen werden. Die Regelung vereinzelter Ausnahmen bedeute im Gegenteil, daß der Gesetzgeber im übrigen ausschließlich das Sachleistungsprinzip angewendet wissen wolle. Die Ausrichtung der GKV auf Sachleistungen werde auch durch die Regelungen über die Leistungserbringung deutlich. Das hierdurch geschaffene System stelle für alle Versicherten eine wirtschaftliche, finanziell tragbare, bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sicher und halte die Leistungserbringer von dem Inkassorisiko ihrer Vergütung frei. Eine Kostenerstattung auch nur für einzelne Versichertengruppen würde dagegen die kassenärztliche Versorgung und Leistungserbringung durch die Vertragspartner gefährden, mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV in Konflikt geraten und das Finanzierungssystem der ärztlichen Versorgung und sonstigen Leistungserbringung in Frage stellen. Ärzte und Leistungserbringer könnten sich mehr der privaten Behandlung zuwenden, die kassenärztliche Versorgung vernachlässigen, die Wirtschaftlichkeit außer Acht lassen und Kosten verursachen, die den gesetzlichen Steuerungssystemen sowie allen kostendämpfenden Einflüssen entzogen seien. Diese Auswirkungen könnten durch eigene Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Kassen und Kürzungen der Erstattungsleistungen nicht hinreichend ausgeglichen werden. Die Prüfungen könnten weder qualitativ noch quantitativ die Effektivität der Steuerungsfunktion des gesetzlichen Systems erreichen und verursachten den Kassen zusätzliche Verwaltungskosten. Aus § 215 RVO aF sei eine nur bedingte Geltung des Schutzgedankens des Sachleistungsprinzips nicht herzuleiten. Nach dieser Vorschrift könne die Satzung nicht anstelle einer Regelleistung eine gesetzlich nicht vorgesehene Leistung einführen.



- 6 -

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. Juli 1983
aufzuheben und die Klage abzuweisen.

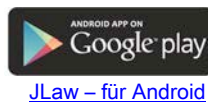
Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie bringt vor, das angefochtene Urteil entspreche der im Urteil des BSG vom 9. September 1981 zutreffend dargelegten Rechtslage. § 321 Nr 2 RVO aF reiche als Rechtsgrundlage einer Satzungsregelung über Kostenerstattung aus. Das Sachleistungsprinzip und die seiner Durchführung dienende Regelung im Kassenarztrecht stünden einer Kostenerstattung nicht entgegen. Deren wahlweise Einräumung entspreche den Besonderheiten des Versicherungsverhältnisses der freiwillig Versicherten. Bei den Ersatzkassen werde entsprechend dem Urteil des BSG vom 28. November 1979 - 3 RK 9/78 - (USK 79211) die Kostenerstattung an freiwillig Versicherte und ihre Familienangehörigen sowie darüber hinaus aus den Gesichtspunkten der Besitzstandswahrung oder der Einheit der Familie auch an bestimmte Gruppen von Versicherungspflichtigen praktiziert. Damit sei, da auch die freiwillig Versicherten der Ersatzkassen Anspruch auf Krankenpflegeleistungen als Sachleistungen hätten und die ärztliche Behandlung durch Verträge zwischen Ersatzkassen und Ärzten in gleicher Weise sichergestellt sei wie die ärztliche Behandlung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen durch das Kassenarztrecht, anerkannt, daß eine Kostenerstattung durch das Sachleistungsprinzip nicht ausgeschlossen sei und die kassenärztliche Versorgung nicht beeinträchtige. Insoweit bestünden keine wesentlichen Unterschiede zwischen Ersatzkassen und gesetzlichen Krankenkassen. Soweit die Mitglieder der Ersatzkassen nicht als schutzbedürftig angesehen würden und ihnen deshalb die Wahl der Kostenerstattung zugestanden werde, könne für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nichts anderes gelten. Die Kostenerstattung bei den Ersatzkassen habe die Ärzte nicht zu einem Ausstieg aus der Krankenscheinbehandlung veranlaßt. Eine Kostenerstattung bei den gesetzlichen Krankenkassen werde dies ebenfalls nicht bewirken, zumal hier weniger freiwillig Versicherte

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
[\(mobile App\)](#)



- 7 -

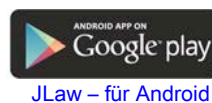
für eine Privatbehandlung in Betracht kämen als bei den Ersatzkassen und die Ärzte sich die Einnahmen aus den Krankenscheinbehandlungen des Gros der Kassenmitglieder nicht entgehen lassen könnten. Ebenso wenig wie die freiwillig Versicherten der Ersatzkassen würden diejenigen der gesetzlichen Kassen einer finanziellen Gefährdung durch zu hohe Behandlungskosten ausgesetzt, weil sie jederzeit wieder auf die Sachleistungen zurückgreifen könnten. Wie die Ersatzkassen könnten auch die gesetzlichen Kassen die Kostenerstattung auf das beschränken, was bei Sachleistungsgewährung geleistet worden wäre, und dementsprechend die ärztliche Behandlungs- und Ordnungsweise auf ihre Wirtschaftlichkeit überwachen.

Die Beklagte erwidert, die Praxis der Ersatzkassen, ihren freiwillig versicherten Mitgliedern und deren Familienangehörigen sowie bestimmten Gruppen versicherungspflichtiger Mitglieder Kostenerstattung für Krankenpflegeleistungen zu gewähren, führe in der Tat zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten der GKV sowie zu Wettbewerbsvorteilen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und, da die freiwillig versicherten Ersatzkassenmitglieder auch Anspruch auf Sachleistungen hätten, gegenüber den Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV). Grundlage der Kostenerstattungspraxis der Ersatzkassen sei eine Übereinkunft zwischen diesen und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 1. September 1971 (ErsK 1971, 398), nach der die Ersatzkassen im selben Umfange wie bis dahin Kostenerstattung vornehmen dürften. Die Übereinkunft sei eine Folge vorangegangener Bescheide gewesen, durch welche sie (die Beklagte) Ersatzkassen die Genehmigung von Satzungsänderungen versagt habe, durch die der Kreis der erstattungsberechtigten freiwilligen Ersatzkassenmitglieder habe erweitert werden sollen. Dabei habe sie (Beklagte) sich darauf gestützt, daß die Ermächtigung des Art 2 § 4 Abs 2 der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) vom 24. Dezember 1935 (RGBl I S 1537; = 12. AufbauVO) durch § 508 Satz 1 RVO aF als höherrangige Rechtsnorm iS des Sachleistungsprinzips eingeschränkt sei und die Einführung einer Kostenerstattung nicht trage. Das BSG habe sich

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
[\(mobile App\)](#)



- 8 -

zu dieser Problematik nicht abschließend geäußert, wohl aber bestätigt, daß das System der GKV nicht vom Kostenerstattungs-, sondern vom Sachleistungsprinzip geprägt sei. Damit könne nicht davon ausgegangen werden, daß die Kostenerstattungspraxis der Ersatzkassen von der Rechtsprechung ausdrücklich gebilligt worden sei und deshalb die Möglichkeit eines Nebeneinanders von Sachleistungen und Kostenerstattung aus Gründen der Gleichbehandlung auch den gesetzlichen Krankenkassen zustehen müsse.

Die Klägerin hält dem entgegen, die von der Beklagten offenbar gesehene Lösung, allen Krankenversicherungsträgern ausschließlich die Gewährung von Sachleistungen zuzubilligen, bringe erhebliche Nachteile für die GKV mit sich. Die Versagung einer - auch von den RVO-Kassen bereits praktizierten - Kostenerstattung würde einen erheblichen Teil der freiwilligen Mitglieder der GKV zur Abwanderung zur PKV veranlassen, dadurch die Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV verschärfen und die Grundlage für eine tragbare Finanzierung der GKV erschüttern. Die freiwillig Versicherten seien aufgrund ihrer Einkommens- und Grundloohnhöhe unentbehrliche Finanzierungsträger der GKV. Ein auch nur teilweiser Abgang dieser erfahrungsgemäß guten Risiken zur PKV würde die Belastung der verbleibenden Versicherten zur Finanzierung der eigenen Leistungsaufwendungen und der Lasten der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) unzumutbar steigern und zu weiteren Abwanderungen mit der Folge erneuter Beitragserhöhungen führen. Dies liefе allen Bemühungen um Kostendämpfung und finanzielle Entlastung der Versicherten wie auch der Unternehmen zuwider. Hierzu dürfe nicht durch ein Verbot der Kostenerstattung Anlaß gegeben werden.

II

Der beschließende Senat legt dem Großen Senat (GS) des BSG die Rechtsfrage zur Entscheidung vor, ob in der Zeit bis zum 31. Dezember 1988 Krankenkassen berechtigt gewesen sind, in ihre Satzung eine Regelung aufzunehmen, wonach auf Antrag den Versicherten, die gemäß § 176a Abs 1 RVO aF der GKV freiwillig beigetreten sind (im folgenden: beitriftsberechtigte Versicherte), und den



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 9 -

Versicherten, die sich gemäß § 313 Abs 1 RVO aF nach Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienstgrenze in der GKV freiwillig weiterversichert haben (im folgenden: freiwillig Weiterversicherte), Kostenerstattung für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhauspflege, Arznei-, Verbands- und Heilmittel bis zur Höhe der Kosten, die der Kasse bei Gewährung als Sachleistung entstanden wären, gewährt wird.

Zur Vorlage an den GS ist der beschließende Senat insoweit, als die Rechtmäßigkeit der Kostenerstattung an beitragsberechtigten Versicherten und freiwillig Weiterversicherte einer BKK und damit einer gesetzlichen Krankenkasse iS des § 225 Abs 1 RVO aF streitig ist, nach § 42 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) verpflichtet. Er will anlässlich seiner Entscheidung über die Sprungrevision der Beklagten von dem Urteil des 3. Senats des BSG vom 9. September 1981 - 3 RK 58/79 - (BSG SozR 2200 § 182 Nr 74) abweichen. Er hält eine Regelung in der Satzung einer BKK, wonach auf Antrag den freiwilligen Mitgliedern, deren Einnahmen zum Lebensunterhalt die für die Krankenversicherung maßgebende Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, Kostenerstattung gewährt wird, für rechtswidrig. Zu den derart begünstigten freiwilligen Mitgliedern gehören auch die beitragsberechtigten Versicherten und die freiwillig Weiterversicherten. Bezüglich dieser beiden Personengruppen hat der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 9. September 1981 (aaO) ausgesprochen, eine BKK sei rechtlich nicht daran gehindert, in ihre Satzung eine Bestimmung über Kostenerstattung aufzunehmen (vgl auch Urteil des 3. Senats vom 20. April 1988 in BSGE 63, 144, 148 = SozR 2200 § 517 Nr 11 S 33). Insofern würde der beschließende Senat mit seiner beabsichtigten Entscheidung über die Sprungrevision der Beklagten von diesem Urteil abweichen. Das nötigt zur Anrufung des GS gemäß § 42 SGG. Der beschließende Senat hält es darüber hinaus sowohl zwecks Fortbildung des Rechts als auch zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung gemäß § 43 SGG für geboten, eine Entscheidung des GS auch insoweit herbeizuführen, als es um die Zulässigkeit einer Kostenerstattung zugunsten der beitragsberechtig-



- 10 -

tigten Versicherten und freiwillig Weiterversicherten anderer als der gesetzlichen Krankenkassen iS des § 225 Abs 1 RVO aF, nämlich der Ersatzkassen iS des Art 2 § 2 Abs 1 der 12. AufbauVO (aufgehoben mit Wirkung ab 1. Januar 1989 durch Art 79 Abs 5 Nr 7 GRG; vgl nunmehr § 168 des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2482; = SGB 5) geht. Zwar ist diese Rechtsfrage nicht unmittelbar Gegenstand des vom vorlegenden Senat zu entscheidenden Ausgangsverfahrens. Sie bedarf jedoch notwendigerweise einer Einbeziehung in die Entscheidung des GS, weil, wie das Vorbringen der im Ausgangsverfahren klagenden BKK deutlich erweist, in der hier maßgebenden Zeit bis zum 31. Dezember 1988 die gesetzlichen Krankenkassen iS des § 225 Abs 1 RVO aF ihre Berechtigung zur Kostenerstattung an beitragsberechtigte Versicherte und freiwillig Weiterversicherte ua daraus hergeleitet und darauf gestützt haben, daß auch den Ersatzkassen eine entsprechende Berechtigung eingeräumt worden sei. Die Frage der Zulässigkeit dieser den Ersatzkassen eingeräumten Berechtigung zur Kostenerstattung kann im Rahmen einer Entscheidung des GS nicht ausgespart bleiben, weil es sich insoweit zumindest um ein wesentliches Element der Begründung der Entscheidung über die gemäß § 42 SGG erhebliche Rechtsfrage handelt.

Übereinstimmend mit dem 3. Senat geht auch der beschließende Senat für die hier allein maßgebliche Zeit bis zum 31. Dezember 1988 davon aus, daß die Einführung einer - wenn auch lediglich wahlweisen - Kostenerstattung an die bei den Trägern der GKV (§ 225 Abs 1 RVO aF) freiwillig Versicherten und damit auch speziell an die beitragsberechtigten Versicherten (§ 176a Abs 1 RVO aF) und die freiwillig Weiterversicherten (§ 313 Abs 1 RVO aF) durch die Satzung eines Trägers der GKV einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung bedurft hat. Im Gegensatz zur Rechtsansicht des 3. Senats ist jedoch nach Auffassung des beschließenden Senats eine solche Ermächtigung nicht vorhanden gewesen. Sie hat insbesondere nicht aus § 321 Nr 2 RVO aF hergeleitet werden können.



Hiernach hat die für jede Krankenkasse zu errichtende Satzung (§ 320 Abs 1 RVO aF) ua über Art und Umfang der Leistungen zu bestimmen. Nach einhelliger Auffassung im sozialrechtlichen Schrifttum (vgl Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 18. Aufl, Band II/3, Stand 31. Januar 1988, § 321, Anm 3c, S 17/1238; Krauskopf/Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, 2. Aufl, Stand Mai 1988, § 321, Anm 4.1.; Fischwasser BKK 1982, 74, 75; Wanner DOK 1982, 116) hat § 321 Nr 2 RVO aF zum Erlaß satzungsrechtlicher Vorschriften über Art und Umfang ausschließlich von Mehrleistungen iS des § 179 Abs 3 RVO aF ermächtigt, weil nur bezüglich dieser Leistungen die Satzung konstitutive Wirkung haben kann. In der Rechtsprechung des BSG findet sich - soweit ersichtlich - eine gleichlautend eindeutige Aussage nicht. Gleichwohl läßt sich zumindest inzidenter auch aus der Rechtsprechung herleiten, daß sich die gesetzliche Ermächtigung des § 321 Nr 2 RVO aF allein auf Mehrleistungen iS des § 179 Abs 3 RVO aF bezogen hat. Das BSG ist wiederholt auf den Unterschied zwischen Regelleistungen und "satzungsmäßigen" Mehrleistungen eingegangen und hat dabei erstere als Leistungen definiert, zu deren Erbringung die Krankenkassen unmittelbar kraft Gesetzes verpflichtet seien (BSGE 50, 44 = SozR 2200 § 187 Nr 7 S 19; BSG SozR 2200 § 194 Nr 5 S 12). Für die "rechtlich schwächere Form" der Mehrleistung sei hingegen wesentlich, daß es sich um satzungs- und damit aufsichtsrechtlich genehmigungspflichtige Leistungen handele, zu denen sich die Krankenkassen mit Rechtsanspruch der Versicherten oder nach pflichtgemäßem Ermessen verpflichten könnten (BSGE 51, 115, 116 = SozR 2200 § 187 Nr 9 S 24). Entscheidend für den Begriff der Mehrleistung sei ihre ausdrückliche Einführung durch entsprechende Satzungsvorschriften; im übrigen seien satzungsrechtliche Mehrleistungen der Krankenkassen nur insoweit zulässig, als sie im Zweiten Buch der RVO ausdrücklich vorgesehen seien (BSGE 3, 18, 19f; 50, 44 = SozR 2200 § 187 Nr 7 S 19; BSG SozR 2200 § 194 Nr 5 S 13). Wenn aber die Krankenkassen zur Erbringung von Regelleistungen schon unmittelbar kraft Gesetzes verpflichtet gewesen sind und lediglich eine satzungsrechtliche "Mehrleistungs-" Autonomie besessen haben (vgl BSGE 51, 115, 118f = SozR 2200 § 187 Nr 9 S 27), so folgt



daraus zwangsläufig, daß sich auch unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung die gesetzliche Ermächtigung des § 321 Nr 2 RVO aF zur Bestimmung über Art und Umfang der Leistungen nur auf Mehrleistungen hat beziehen können.

Diese Frage kann jedoch letztlich auf sich beruhen. Selbst wenn sich die gesetzliche Ermächtigung des § 321 Nr 2 RVO aF zur satzungsrechtlichen Bestimmung über Art und Umfang der Leistungen sowohl auf Mehrleistungen als aber auch auf Regelleistungen hätte beziehen sollen, so ist doch jedenfalls für letztere ebenso wie für Mehrleistungen zu fordern, daß sie ihre Rechtsgrundlage in der RVO haben (vgl BSGE 40, 20, 21 = SozR 2200 § 187 Nr 5 S 13; speziell für Mehrleistungen BSGE 3, 18, 19; BSG SozR 2200 § 194 Nr 5 S 13). Eine Kostenerstattung allgemein oder für bestimmte Gruppen von Versicherten der GKV hat jedoch in der Zeit bis zum 31. Dezember 1988 das 2. Buch der RVO nicht nur nicht vorgesehen, sondern nach Meinung des beschließenden Senats sogar de lege lata ausgeschlossen. Dabei wird unter Kostenerstattung hier und im folgenden die Zahlung eines Geldbetrages seitens eines Trägers der GKV an den Versicherten zwecks (vollständigen oder teilweisen) Ersatzes der von diesem für eine selbstbeschaffte Leistung der Krankenpflege (§ 182 Abs 1 Nr 1, §§ 182b ff RVO aF) aufgewendeten finanziellen Mittel verstanden (zur Abgrenzung der Kostenerstattung in diesem Sinne von anderen Geldleistungen der gesetzlichen Krankenkassen an ihre Versicherten vgl Zacher/Friedrich-Marczyk ZfS 1980, 97, 99f).

Der Ausschluß der Kostenerstattung ist die Konsequenz des das Leistungsrecht der GKV bis zum 31. Dezember 1988 beherrschenden Sachleistungsprinzips gewesen.

Seinen sachlichen Inhalt hat dieses Prinzip dadurch erhalten, daß in ihrer rechtlichen Beziehung zum Versicherten die GKV den Charakter einer Sachleistungen gewährenden Institution hat (vgl BSGE 19, 21, 23 = SozR Nr 14 zu § 184 RVO). Die Träger der GKV hatten ihren Versicherten die Leistungen der Krankenpflege (§ 182 Abs 1 Nr 1 RVO aF) bzw den "Leistungsgegenstand als solchen" in Form



der Sachleistung "zur Verfügung zu stellen" bzw zu "beschaffen" (BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 4 S 10; BSGE 42, 229, 230 = SozR 2200 § 182b Nr 2 S 2). Das ist allerdings nicht gleichbedeutend damit gewesen, daß sie ihren Versicherten Leistungen der Krankenpflege als Eigenleistungen haben erbringen müssen. Ob sich aus dem Sachleistungsprinzip zumindest ein Recht der Träger der GKV zur Eigenleistung hat herleiten lassen (vgl dazu Urteil des beschließenden Senats vom 18. Mai 1988 in BSGE 63, 173 = SozR 2200 § 182 Nr 112 zur Zulässigkeit einer sogenannten "Selbstabgabestelle" einer Allgemeinen Ortskrankenkasse sowie ferner Beschlüsse des 8. Senats vom 19. Februar 1986 - 8 RK 43/84, 46/84, 20/85 - und vom 19. März 1986 - 8 RK 58/84 -, in denen die Überlassung von Hilfsmitteln seitens der Krankenkassen als Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Sachleistungsanspruchs des Versicherten für zulässig erachtet worden ist; ein Recht zur Eigenleistung wird verneint von Zacher/Friedrich-Marczyk, aaO, S 97), braucht hier nicht vertieft zu werden. Im Zusammenhang mit der dem GS zur Entscheidung vorgelegten Rechtsfrage ist für den Inhalt des Sachleistungsprinzips allein ausschlaggebend die "Verschaffungspflicht" der Träger der GKV des Inhalts, daß sie (wenn schon nicht durch Eigenleistung, so jedenfalls) durch Abschluß von Verträgen mit den Lieferanten von Gegenständen der Krankenpflege, mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) und mit Krankenhäusern die Erbringung von Leistungen der Krankenpflege zu gewährleisten und damit ihren Grundauftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder zu erfüllen hatten (BSGE 46, 179, 182 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 61; vgl auch Vorlagebeschluß des 3. Senats in SGB 1986, 28, 29 ff). In diesem Sinne umfaßt - im Gegensatz zum zwischenstaatlichen Recht - im Krankenversicherungsrecht der Bundesrepublik Deutschland der Begriff der "Sachleistungen" nur "Naturalleistungen" und nicht auch Geldleistungen zur vollständigen oder teilweisen Erstattung der Aufwendungen des Versicherten für Leistungen oder Gegenstände der Krankenpflege (BSGE 57, 50, 55 = SozR 2200 § 198 Nr 2 S 7). Eine derartige Verschaffungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gewährleistet, daß der Versicherte eine notwendige Leistung der Krankenpflege erhält, ohne sie sich selbst erst beschaffen und



insbesondere ohne bei ihrer Inanspruchnahme eine unmittelbare finanzielle Gegenleistung erbringen zu müssen (Zacher/Friedrich-Marczyk, aaO, S 98; v. Maydell, Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung, PKV-Dokumentation Heft 7, März 1982, S 25 und 31).

Mit diesem sachlichen Begriffsinhalt ist das Sachleistungsprinzip zwar bis zum 31. Dezember 1988 in der RVO - anders als in § 6 Abs 1 und § 29 Abs 1 des Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (RGBl S 73) und des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Neufassung vom 10. April 1892 (RGBl S 379) - nicht mehr ausdrücklich geregelt gewesen. Dennoch ist nicht nur seine Fortgeltung gleichsam als übernormatives Grundprinzip des Rechts der GKV auch für die Zeit seit Inkrafttreten der RVO vom 19. Juli 1911 (RGBl S 509) völlig unbestritten gewesen. Ihm sind darüber hinaus einhellig ein hervorragender Rang und eine fundamentale Bedeutung zugesprochen worden. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist das System der deutschen sozialen Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt oder getragen (BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 4 S 10; BSG USK 78160 S 678; BSG SozR 2200 § 184 Nr 13 S 19; BSG USK 79213 S 904 und USK 8002 S 4). Es ist ein wesentlicher Grundsatz der GKV (BSGE 46, 179, 181 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 61; BSG SozR 2200 § 182 Nr 74 S 133) und unterscheidet diese dadurch von der PKV, die weitgehend auf dem Erstattungsprinzip beruht (vgl. Beschluß des BSG vom 19. März 1986 - 8 RK 58/84 -). Auch im sozialrechtlichen Schrifttum ist das Sachleistungsprinzip als für die soziale Krankenversicherung seit ihrer Entstehung kennzeichnend (v. Maydell ZfS 1982, 221), als Zentralbegriff des Regulationssystems der GKV (Meydam SGB 1977, 92, 95) und als deren beherrschendes oder dominantes Strukturelement (Narr SGB 1986, 32, 33) gewertet worden.

Eine von dem die GKV beherrschenden Sachleistungsprinzip abweichende Kostenerstattung anlässlich der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenpflege (§ 179 Abs 1 Nr 2, Abs 2, § 182 Abs 1 Nr 1 RVO aF) generell oder zugunsten bestimmter Gruppen der



Versicherten hat die RVO weder unmittelbar noch - durch eine gesetzliche Ermächtigung zur satzungsrechtlichen Einführung einer solchen Kostenerstattung - mittelbar vorgesehen. Zwar ist dem 3. Senat (BSG SozR 2200 § 182 Nr 74 S 133) darin beizupflichten, daß die Erstattungsvorschriften der § 185 Abs 3, § 185b Abs 2 Satz 2 und § 182c iVm § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d) RVO aF verdeutlicht haben, daß das Kostenerstattungsprinzip der RVO nicht vollkommen fremd gewesen ist. Daraus auf die Zulässigkeit einer umfassenden Kostenerstattung zumindest für bestimmte Gruppen von Versicherten der GKV zu schließen, hält der Senat jedoch aus zwei Gründen für nicht zulässig.

Einmal sind die genannten Vorschriften - wie im Urteil vom 9. September 1981 auch der 3. Senat hervorgehoben hat - abschließend aufgezählte Ausnahmen von dem in der GKV grundsätzlich herrschenden Sachleistungsprinzip gewesen. Über diese hinaus hat die Rechtsprechung weitere Ausnahmen lediglich in zwei Sonderfällen für zulässig erachtet, in denen die Inanspruchnahme von Sachleistungen unmöglich gewesen ist (Erstattung der Kosten einer in dringenden Bedarfslagen - BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 4 S 10 - oder einer deshalb selbstbeschafften Leistung, weil die Krankenkasse zuvor rechtswidrig die Gewährung einer Sachleistung abgelehnt hat und der Versicherte deswegen gezwungen gewesen ist, sich die erforderliche Leistung auf eigene Kosten zu verschaffen - vgl ua BSGE 46, 179, 182 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 61; BSGE 48, 258, 260 = SozR aaO Nr 47 S 81; BSG USK 81179 S 742; BSG SozR 2200 § 182 Nr 86 S 179 sowie neuerdings zur Kostenerstattung nach rückwirkender "Aktivierung" des Versicherungsverhältnisses BSG SozR 2200 § 182 Nr 113 S 251 f; jeweils mit umfangreichen Hinweisen). Davon abgesehen ist es den Krankenkassen jedoch nicht gestattet gewesen, ihren Versicherten Barleistungen zu gewähren und ihre gesetzlich statuierte Sachleistungspflicht durch Satzungsrecht abzuändern (vgl BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 4 S 10; BSGE 46, 179, 183 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 62; BSG SozR 2200 § 184 Nr 13 S 19; zum Ausnahmecharakter von Kostenerstattungsvorschriften auch v. Maydell aaO, S 26; Fischwasser BABI 1981 Heft 11 S 35, 36; ders BKK 1982, 74, 75).



Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat für das bis zum 31. Dezember 1988 geltende Recht unter ausdrücklicher Billigung der Rechtsprechung des BSG festgestellt, daß eine Möglichkeit der Privatbehandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung dem System der GKV fremd sei und etwas anderes nur dann gelten könne, wenn die Versicherung die Sachleistung zu Unrecht verweigert und den Versicherten dadurch gezwungen habe, sie sich auf eigene Kosten zu verschaffen (vgl BVerfGE 78, 165, 172 f = SozR 2200 § 122 Nr 10 S 8). Der somit einhellig bejahte Ausnahmecharakter der Möglichkeiten einer Kostenerstattung unterstreicht den Willen des Gesetzgebers der RVO zur grundsätzlichen Einführung und Beibehaltung des Sachleistungsprinzips (Wanner DOK 1982, 116, 118).

Zum anderen haben § 185 Abs 3, § 185b Abs 2 Satz 2 und § 182c iVm § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d) RVO aF eine Kostenerstattung nur aufgrund und nach der Inanspruchnahme ganz bestimmter und enumerativ aufgezählter Regelleistungen der Krankenhilfe (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen) zugelassen. Sie haben damit allein auf bestimmte Leistungssituationen abgestellt, ohne dabei nach einzelnen Versichertengruppen differenziert zu haben. Dann aber muß es als rechtmethodisch bedenklich und sachlich nicht gerechtfertigt angesehen werden, aus diesen Ausnahmevorschriften auf die Zulässigkeit einer (satzungsrechtlichen Einführung der) von bestimmten Leistungssituationen gelösten und an die Inanspruchnahme jeglicher Regelleistung der Krankenpflege (§ 182 Abs 1 Nr 1 RVO aF) geknüpften Kostenerstattung zugunsten bestimmter Gruppen der Versicherten der GKV zu schließen (vgl v. Maydell aaO, S 28 f; ders ZfS 1982, 221, 223f; Wanner DOK 1982, 116, 118).

Speziell zugunsten der beitragsberechtigten Versicherten und der freiwillig Weiterversicherten hat sich die Zulässigkeit (der satzungsrechtlichen Einführung) einer umfassenden Kostenerstattung auch nicht unter Hinweis auf Entstehungsgeschichte und Regelungszweck der einschlägigen Vorschriften mit einer geringeren sozialen Schutzbedürftigkeit dieser Versichertengruppen begründen



lassen. Zwar trifft es zu, daß diese Versicherten insofern an der Durchführung und Aufrechterhaltung ihrer Versicherung eigenverantwortlich beteiligt gewesen sind, als sie zunächst - in diesem Zusammenhang kann allerdings auch die Regelung des § 405 RVO aF nicht unberücksichtigt bleiben - nach § 381 Abs 3 RVO aF die Beiträge allein haben tragen müssen und nach § 314 RVO aF die Folgen eines Zahlungsverzuges in Gestalt des Erlöschens der Mitgliedschaft allein sie getroffen haben. Indessen haben gerade diese Vorschriften wie auch die durch § 215 RVO aF eröffnete Möglichkeit einer Beschränkung der den freiwillig Versicherten zu gewährenden Regelleistungen (dazu Fischwasser BKK 1982, 74, 76) aufgezeigt, daß der Gesetzgeber selbst und ausdrücklich normiert hat, in welchen Bereichen und in welcher Weise einer geringeren sozialen Schutzbedürftigkeit der freiwillig Versicherten hat Rechnung getragen werden müssen oder können. Angesichts dessen hätte auch eine Kostenerstattung zugunsten dieser Versicherten im Hinblick auf eine etwaige geringere soziale Schutzbedürftigkeit (diese verneinend Fischwasser, aaO, S 75; vgl auch v. Maydell aaO, S 28 und 31) ausdrücklich vom Gesetzgeber geregelt werden können und müssen. Das ist nicht geschehen.

Der Argumentation im Urteil des 3. Senats vom 9. September 1981 (aaO), daß zugunsten der beitragsberechtigten Versicherten und der freiwillig Weiterversicherten im Hinblick auf deren geringere soziale Schutzbedürftigkeit abweichend vom Sachleistungsprinzip eine Kostenerstattung zulässig sei, beruht im übrigen auf der Erwägung, daß gesetzgeberisches Motiv und Rechtfertigung für die Einführung und Beibehaltung des Sachleistungsprinzips die soziale Schutzbedürftigkeit der Versicherten gewesen sei. Dem kann in dieser Ausschließlichkeit nicht zugestimmt werden. Dabei kann auf sich beruhen, ob seit Bestehen der GKV der Begriff der "Schutzbedürftigkeit" niemals als normativer Regelungsbegriff verwendet worden ist (Fischwasser, aaO, S 75) und als wesentliche Grundlage des Sachleistungsprinzips von Anfang an die Steuerungsmöglichkeiten im Sinne der Wirtschaftlichkeit und der Sicherstellung der Versorgung im Vordergrund gestanden haben (so Fries/Trenk-Hinterberger SGB 1983, 94, 96). Jedenfalls kann das Sachleistungsprin-



zip nicht allein mit Blick auf die Versicherten und deren höhere oder geringere soziale Schutzbedürftigkeit gesehen und gewertet werden. Vielmehr hat es unter der Geltung der RVO zumindest gleichwertig auch im Zusammenhang mit dem Recht der Leistungserbringung und sonach insbesondere mit dem Kassenarztrecht gestanden. Dieser enge Zusammenhang ist in der Rechtsprechung des BSG wiederholt betont worden. Danach hat es zur Gewährleistung der ärztlichen Behandlung als Sachleistung eines umfassenden Systems ärztlicher Versorgung bedurft, welches Versicherte, Krankenkassen und KÄVen umspannt (BSGE 25, 195 = SozR Nr 7 zu § 4 der 12. AufbauVO vom 24. Dezember 1935). Ihre aus dem Sachleistungsprinzip resultierende Verpflichtung zur Verschaffung der vom Versicherten benötigten und ihm nach dem Gesetz zustehenden Dienste und Güter der Krankenpflege und damit ihren Grundauftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder haben die Krankenkassen durch Abschluß von Verträgen mit den KÄVen, den Krankenhäusern und den Lieferanten von Leistungen und Gegenständen der Krankenpflege erfüllt (BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 4 S 10; BSGE 44, 41, 43 = SozR 2200 § 508 Nr 2 S 4; BSGE 46, 179, 181f = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 61; BSG SozR 2200 § 184 Nr 13 S 19f; BSG SGB 1986, 28, 29f). Diese Verschaffungspflicht der Krankenkassen ist wesentlich gewesen, weil sie dadurch die Möglichkeit der Überwachung und Prüfung gehabt haben und auf diese Art in der Lage gewesen sind, ihren Versorgungsauftrag entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 182 Abs 2 RVO aF) ordnungsgemäß zu erfüllen (BSGE 46, 179, 182 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 61). Die das Sachleistungsprinzip bestimmenden Grundsätze für die Tätigkeit sowohl der Kassenärzte als auch der Angehörigen der nichtärztlichen Heilberufe sind Ausdruck des öffentlichen Interesses an der Funktionsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung als einer Aufgabe von Verfassungsrang gewesen. Kassenärzte wie auch andere Leistungserbringer sind in das Sachleistungssystem einbezogen und den dafür geltenden Grundsätzen unterworfen worden (Beschuß des BSG vom 19. März 1986 - 8 RK 58/84 -). Auch im sozialrechtlichen Schrifttum ist nachdrücklich auf den engen Zusammenhang zwischen dem Sachleistungsprinzip einerseits und dem Recht der Leistungserbringung sowie speziell



dem Kassenarztrecht andererseits hingewiesen worden (vgl. ua Hässler SozSich 1965, 290, 291; Meydam SGB 1977, 92f; Zacher/Friedrich-Marczyk ZfS 1980, 97; Fischwasser BKK 1982, 74, 76). Nach v Maydell (aaO, S 32) bilden die Vereinbarungen, welche die Krankenkassen mit den Lieferanten von Gegenständen der Krankenpflege, mit KÄVen und mit Krankenhäusern treffen, um damit die Versorgung der Versicherten sicherzustellen, die zweite Seite des Sachleistungsprinzips und dienen der Ausgestaltung der Verpflichtung der Krankenkassen aus § 182 Abs 2 RVO aF zur ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen aber nicht überschreitenden Versorgung der Versicherten. Narr (SGB 1986, 32, 33) hat das Kassenarztrecht als die Rechtsmaterie beschrieben, bei der die dominante Struktur des Natural- oder Sachleistungsprinzips am besten gesetzgeberisch ausgeformt worden sei; zwangsläufige Folge dieses Prinzips sei der gesetzliche Sicherstellungsauftrag der KÄVen.

Durch die Einführung einer Erstattung der zuvor dem Versicherten in Rechnung gestellten und von ihm verauslagten Kosten für die Inanspruchnahme von Regelleistungen der Krankenpflege (§ 182 Abs 1 Nr 1 RVO aF) wäre hinsichtlich der Gruppe der derart begünstigten Versicherten der vom Gesetzgeber ausdrücklich hergestellte enge Zusammenhang zwischen dem Sachleistungsprinzip und dem Recht der Leistungserbringung, insbesondere dem Kassenarztrecht, aufgehoben worden. Das hätte vor allem für die Kosten der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung gegolten. Schon die Tatsache, daß diese Kosten dem erstattungsberechtigten Versicherten unmittelbar von dem behandelnden Arzt in Rechnung gestellt worden wären, hätte dem vom Sachleistungsprinzip geprägten Grundsatz des Kassenarztrechts widersprochen, daß dem Kassenarzt ein Vergütungsanspruch ausschließlich gegen die KÄV (§ 368f Abs 1 Satz 2 RVO aF) und somit weder unmittelbar gegenüber dem Versicherten noch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse zugestanden hat. Insbesondere aber hätte eine solche Kostenerstattung das kassenärztliche Gesamtvergütungssystem unterlaufen. Die Krankenkasse hat für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung an die KÄV eine Gesamtvergütung geleistet



(§ 368f Abs 1 Satz 1 und 2 RVO aF). Deren Verteilung unter die Kassenärzte und damit die Einzelhonorierung der ärztlichen Leistungen mit der sich daraus ergebenden Verpflichtung zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung (§ 368n Abs 5 RVO aF) ist ausschließlich Angelegenheit der KÄV gewesen. Diese wäre im Falle einer Kostenerstattung aus dem Vergütungs- und Abrechnungsverfahren vollständig ausgeschaltet worden. Es kann dahinstehen, ob damit mangels eines dafür geeigneten Instrumentariums bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Kontrolle der Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr möglich gewesen wäre und eine unwirtschaftliche Behandlung und Verordnung nicht mehr hätte unterbunden werden können (vgl v. Maydell aaO, S 32; ders ZfS 1982, 221, 225; Fischwasser BKK 1982, 74, 77). Zumindest hätte eine Kostenerstattung einen derart einschneidenden Eingriff in das gesetzlich geregelte und zwingend vorgeschriebene Vergütungs-, Abrechnungs- und Prüfungssystem bedeutet, daß sie ihrerseits nur aufgrund einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung hätte vorgenommen oder eingeführt werden können. Eine solche Regelung ist jedoch bis zum 31. Dezember 1988 nicht vorhanden gewesen.

Seine aus diesen Erwägungen resultierende Auffassung, daß in der Zeit bis zum 31. Dezember 1988 eine BKK als gesetzliche Krankenkasse eine Regelung über die Kostenerstattung an beitragsberechtigte Versicherte und freiwillig Weiterversicherte nicht in die Satzung aufnehmen dürfen, sieht der beschließende Senat durch das im wesentlichen am 1. Januar 1989 in Kraft getretene SGB 5 bestätigt. Danach darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB 5 vorsieht (§ 13 Abs 1 SGB 5). Das ist der Fall bei nicht rechtzeitiger Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung oder zu Unrecht erfolgter Ablehnung einer Leistung (§ 13 Abs 2 SGB 5), bei der Teilkostenerstattung an Dienstleistungs-Angestellte (§ 14 SGB 5), bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Zahnersatz (§§ 29, 30 SGB 5) sowie im Rahmen einer durch Satzung eingeführten sogenannten Erprobungsregelung (§ 64 SGB 5; speziell dazu Dalhoff BAB 1989, Heft 4, S 36, 38). § 13 SGB 5 ist mit demselben wie dem nunmehr



geltenden Wortlaut bereits in dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) (BR-Drucks 200/88 vom 29. April 1988) enthalten gewesen. Zur Begründung ist dort (aaO, S 164) ausgeführt worden, die Regelung verdeutliche das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Sachleistungsprinzip, das für alle Kassen und Kassenarten eine Kostenerstattung grundsätzlich ausschließe; sie sei deshalb nur zulässig, wenn sie ausdrücklich im SGB 5 vorgesehen sei. Dieser Begründung und insbesondere dem darin verwendeten Begriff "verdeutlichen" entnimmt der Senat, daß nach den Vorstellungen des Gesetzgebers auch schon unter der Herrschaft der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften der RVO das Sachleistungsprinzip essentielles Strukturelement der GKV gewesen ist und eine Kostenerstattung nur in ausdrücklich geregelten Ausnahmefällen zugelassen hat.

Der beschließende Senat gelangt nach alledem im Gegensatz zur Meinung des 3. Senats (BSG SozR 2200 § 182 Nr 74 S 131) zu dem Ergebnis, daß sich dem § 321 Nr 2 RVO aF eine Ermächtigung der gesetzlichen Krankenkassen zur satzungsrechtlichen Einführung einer Kostenerstattung an beitragsberechtigte Versicherte und freiwillig Weiterversicherte nicht entnehmen läßt. Er hat (Beschluß vom 11. Februar 1987 - 1/8 RR 34/83 -) beim 3. Senat des BSG angefragt, ob dieser an seiner im Urteil vom 9. September 1981 (aaO) vertretenen Rechtsansicht festhalte. Der 3. Senat (Beschluß vom 24. November 1987 - 3 S 5/87 -) hat dies bejaht und ua ausgeführt, der Begründung der Anfrage vom 11. Februar 1987 werde zwar weitgehend, aber nicht mit der Konsequenz zugestimmt, daß das Gesetz einer Auslegung iS des Urteils vom 9. September 1981 nicht zugänglich sei. Durch diese Auslegung sei die Lösung eines Rechtskonflikts versucht worden, der darin bestehe, daß hinsichtlich des Versicherungsanspruchs auf ärztliche Behandlung (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst a RVO aF) den Ersatzkassen das Recht zugestanden worden sei, für ihre freiwilligen Mitglieder bzw für bestimmte Gruppen dieser Mitglieder in ihrer Satzung die Möglichkeit der Wahl zwischen Sachleistung und Kostenerstattung vorzusehen, den gesetzlichen Krankenkassen aber dieses Recht nicht



zustehen solle. Diese Ungleichbehandlung wirke sich angesichts dessen, daß die GKV für Personen, die der Versicherungspflicht nicht unterlägen, weit geöffnet worden sei und damit die freiwilligen Mitglieder für die Krankenkassen erhebliche Bedeutung erlangt hätten, derart störend auf das System der GKV aus, daß sie (die Ungleichbehandlung) sich als unvereinbar mit den das System tragenden Grundsatzentscheidungen des Gesetzgebers erweise.

Der Senat verschließt sich diesen Erwägungen nicht. Ihm ist bekannt, daß bereits in der Zeit vor dem 1. Januar 1989 – sogar mit rechtsaufsichtlicher Genehmigung oder zumindest Duldung – auch bei den gesetzlichen Krankenkassen zugunsten der freiwillig Versicherten und in geringerem Umfange auch zugunsten von Pflichtversicherten eine Kostenerstattung durch Satzung eingeführt oder jedenfalls tatsächlich vorgenommen worden ist. Das mag einerseits angesichts des verschärften Wettbewerbs mit den Unternehmen der PKV und andererseits im Hinblick darauf, daß den Ersatzkassen ungeachtet des grundsätzlich auch für sie geltenden Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung für einen begrenzten Kreis freiwillig Versicherter ausdrücklich gestattet worden ist (vgl. ErsK 1971, 397, 398), in tatsächlicher Hinsicht berechtigt und notwendig gewesen sein. Der beschließende Senat sieht sich jedoch außerstande, daraus die rechtliche Konsequenz zu ziehen, anstelle des mit der Problematik vertrauten (vgl. Antwort der Bundesregierung vom 6. April 1982 – BT-Drucks 9/1566 – auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Müller/Remscheid und Genossen vom 25. März 1982 – BT-Drucks 9/1499 –) und zum Handeln aufgerufenen Gesetzgebers im Wege einer im Gesetz selbst nicht vorgezeichneten Auslegung, Interpretation oder Rechtsfortbildung die (satzungsrechtliche Einführung einer) Kostenerstattung für freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen oder für einzelne Gruppen dieser Versicherten für zulässig erklären zu dürfen (vgl. dazu Mayer-Maly JZ 1986, 557, 560, wonach auch die Untätigkeit einer demokratisch-parlamentarischen Legislative als Ausdruck einer politischen Entscheidung von den Gerichten respektiert werden sollte; in dieselbe Richtung zielend BVerfGE 78, 20, 25 = NJW



1988, 1902, wonach sich aus dem Schweigen des Gesetzgebers zu der höchstrichterlichen Auslegung eines mehrdeutigen Normtextes nicht auf eine legislatorische Übernahme der höchstrichterlichen Interpretation schließen läßt). Dagegen sprechen im wesentlichen zwei Erwägungen:

Einmal müßte eine solche Auslegung, Interpretation oder Rechtsfortbildung schwerwiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen. Der insbesondere der höchstrichterlichen Rechtsprechung zukommenden Aufgabe und Befugnis zur richterlichen Rechtsfortbildung sind durch den Grundsatz der Rechts- und Gesetzesbindung des Art 20 Abs 3 des Grundgesetzes (GG) Grenzen gezogen (BVerfGE 65, 182, 190f; 71, 354, 362f). Eine dieser Grenzen besteht dort, wo weder Wortlaut noch Lücke des Gesetzes dem Richter Raum zur Rechtsfortbildung gewähren und diese deswegen letztlich eine verfassungswidrige richterliche Gesetzeskorrektur darstellen würde (vgl. Leisner DVBl 1986, 705, 707 mit Hinweis auf die Rechtsprechung des BVerfG in Fn 35). Im übrigen ist es den Gerichten verwehrt, bestehendes Recht zugunsten oder zu Lasten einzelner Personen oder Personengruppen nicht anzuwenden (vgl. BVerfGE 71, 354, 362 mwN). Der Gesetzgeber der RVO hat das Sachleistungsprinzip als übergreifenden Grundsatz des Leistungsrechts für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 Abs 1 RVO aF) normiert und nicht einzelne Gruppen dieser Versicherten davon ausgenommen oder ihre Ausnahme durch Satzungsrecht gestattet. Dann aber würde eine darauf abzielende richterliche Entscheidung die Grenzen zulässiger Rechtsfortbildung überschreiten und zur verfassungswidrigen Nichtanwendung bestehenden Rechts zugunsten einzelner Gruppen der Normadressaten führen.

Zum anderen hält der beschließende Senat schon die Ausgangserwägung des 3. Senats, daß die Ersatzkassen berechtigt seien, für ihre freiwilligen Mitglieder bzw für bestimmte Gruppen dieser Mitglieder in der Satzung die Möglichkeit der Wahl zwischen Sachleistung und Kostenerstattung vorzusehen, nicht für zwingend und deshalb aus den bereits dargelegten Gründen auch insoweit eine Entscheidung des GS für geboten. Eine gesetzliche Vorschrift, aus



welcher unmittelbar sich eine Befugnis der Ersatzkassen zur (satzungsrechtlichen Einführung einer) Kostenerstattung an ihre Mitglieder oder an bestimmte Gruppen von ihnen ergibt, hat bis zum 31. Dezember 1988 nicht existiert. Nach § 4 Nr 2 des ab 1. Oktober 1963 geltenden Arzt-/Ersatzkassenvertrages (AEKV) vom 20. Juli 1963 (Abdruck der Vertragsnorm bei Schraft, Rechtsgutachten zu der Frage "Ist das in den Satzungen und Versicherungsbedingungen der Ersatzkassen sowie in dem Ersatzkassen-/Ärzte-Vertrag festgelegte Prinzip einer ärztlichen Behandlung gegen teilweise Kostenerstattung für freiwillig weiterversicherte Ersatzkassenmitglieder mit dem geltenden Recht vereinbar?", erstellt im Auftrag des Bundesvorstandes des Deutschen Gewerkschaftsbundes, abgeschlossen am 31. Mai 1965, S A 90 f und A 92) sind Ersatzkassenmitglieder mit Bruttoeinkünften über der damals noch geltenden Angestelltenversicherungspflichtgrenze von der Inanspruchnahme von Sachleistungen ausgeschlossen gewesen; für sie haben die Versicherungsbedingungen der Ersatzkassen durchgängig eine Kostenerstattung vorgesehen (dazu BSGE 25, 195, 196 ff = SozR Nr 7 zu § 4 der 12. AufbauVO vom 24. Dezember 1935). Nach Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in der Angestelltenversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 1968 (vgl Art 1 § 2 Nr 1 des Gesetzes zur Verwirklichung der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes, II. Teil - Finanzänderungsgesetz 1967; BGBI I S 1259) haben die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart, daß zukünftig grundsätzlich alle Ersatzkassenversicherten ohne Rücksicht auf die Höhe ihrer Einkünfte einen (wahlweisen) Anspruch auf Krankenscheinbehandlung haben sollten (vgl ErsK 1972, 1, 3). Dazu hat § 4 Nr 2 AEKV in seiner ab 1. Juni 1971 geltenden Fassung (Hinweis darauf bei v. Maydell aaO, S 16) bestimmt, daß diejenigen Versicherten, die nach dem für sie geltenden Versicherungsverhältnis kostenerstattungsberechtigt seien, nicht verpflichtet seien, ärztliche Behandlung als Sachleistung in Anspruch zu nehmen. Daraufhin haben mehrere Ersatzkassen eine Änderung ihrer Versicherungsbedingungen dahingehend beschlossen, daß nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern und ihren familienhilfeberechtigten Angehörigen im Falle der Inanspruchnahme privatärztlicher oder privat Zahnärztlicher



Behandlung die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten seien (vgl DOK 1971, 638, 639). Diesen Nachträgen hat die Beklagte ihre Genehmigung versagt (vgl DOK 1971, 642 ff). Als Ergebnis einer daraufhin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung am 1. September 1971 durchgeführten Besprechung ist in Nr 2 des darüber herausgegebenen Communiqués (ErsK 1971, 397, 398) berichtet worden, es habe Einverständnis darüber bestanden, daß die Ersatzkassen im gleichen Umfang wie bisher für einen begrenzten Kreis von Versicherten Kostenerstattung vornehmen könnten.

Der beschließende Senat bezweifelt, daß die Zulässigkeit einer Kostenerstattung für Mitglieder der Ersatzkassen oder bestimmte Gruppen von ihnen allein durch die Bekundung eines "Einverständnisses" darüber ohne eine dementsprechende Rechtsgrundlage hat begründet werden können. Allerdings ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 1988 als Grundlage einer Berechtigung der Ersatzkassen zur satzungsrechtlichen Einführung der Kostenerstattung für nicht versicherungspflichtige Mitglieder auch Art 2 § 4 Abs 2 der 12. AufbauVO angeführt worden. Danach haben für die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht die Bestimmungen der Satzung gegolten. Hieraus hat die Rechtsprechung des BSG auf eine weitgehende Satzungsautonomie der Ersatzkassen geschlossen. Es sei grundsätzlich dem Ermessen der einzelnen Ersatzkasse überlassen, die Weiterversicherung zuzulassen, ihre Bedingungen zu regeln sowie die Voraussetzungen und den Umfang der Leistungen festzusetzen; Erlaß und Inhalt des Satzungsrechts lägen im Ermessen der einzelnen Ersatzkasse (so grundlegend BSGE 25, 195, 197 = SozR Nr 7 zu § 4 der 12. AufbauVO vom 24. Dezember 1935; daran anschließend BSGE 46, 179, 181 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 60; BSG USK 7914 S 42; BSGE 48, 134, 136 = SozR 5428 § 4 Nr 6 S 16). Dabei ist jedoch stets betont worden, daß die den Ersatzkassen aufgrund ihrer Satzungsautonomie zustehende Rechtsetzungsbefugnis durch höherrangiges Recht eingeschränkt werde und deshalb Satzungsbestimmungen nicht gegen solches Recht verstoßen dürften (BSG USK 7914 S 42; BSGE 48, 134, 136 = SozR 5428 § 4 Nr 6 S 16; BSG USK 8002 S 4). Insbesondere ist wiederholt, ohne daß dies allerdings abschließend entschieden worden ist,



angedeutet worden, daß als vorgehende Norm des höherrangigen Rechts § 508 Satz 1 RVO aF in Betracht kommen und sich daraus ergeben könnte, daß die Ersatzkassen bei der Gestaltung ihres Satzungsrechts, auch soweit es sich um ihre freiwillig weiterversicherten Mitglieder handele, die Schranke der Vorschrift zu beachten hätten und auch diesen Mitgliedern und deren Angehörigen nur Leistungen gewähren dürften, die § 179 RVO ihrer Art nach bei den gesetzlichen Krankenkassen zulasse (BSGE 25, 195, 199 = SozR Nr 7 zu § 4 der 12. AufbauVO vom 24. Dezember 1935; BSGE 46, 179, 181 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 60). Das entspricht der nahezu einhelligen Meinung im Schrifttum, welches wesentlich entschiedener die Auffassung vertreten hat, daß infolge der Verweisung des § 508 RVO aF auf § 179 RVO aF die Ersatzkassen in ihrer Satzung auch für ihre freiwillig weiterversicherten Mitglieder nur Leistungen, die § 179 RVO aF ihrer Art nach zulasse, und damit ausschließlich Sachleistungen vorsehen dürften (Hässler SozSich 1964, 4, 6 und 1965, 290, 292; v. Maydell aaO, S 43 ff; Schraft aaO, S 56, 79, 82; Schroeder-Printzen SozVers 1966, 46, 48).

Der beschließende Senat kann nach alledem der Meinung des 3. Senats, die gesetzlichen Krankenkassen müßten in der Zeit bis zum 31. Dezember 1988 jedenfalls deswegen die Befugnis zur satzungsrechtlichen Einführung der Kostenerstattung für beitriffsberechtigten Versicherten und freiwillig Weiterversicherten gehabt haben, weil auch die Ersatzkassen eine entsprechende Befugnis gehabt hätten, schon in ihrem Ansatzpunkt nicht folgen. Vielmehr bedarf auch diese Frage, obgleich sie nicht unmittelbar Gegenstand der vom beschließenden Senat im Ausgangsverfahren zu treffenden Entscheidung ist, als Vorfrage von grundsätzlicher Bedeutung der Entscheidung des GS, die insoweit gemäß § 43 SGG herbeigeführt wird.

Die dem GS zur Entscheidung vorgelegte Rechtsfrage ist nach dem Inkrafttreten des SGB 5 am 1. Januar 1989 und der damit einhergegangenen Aufhebung des wesentlichen Teils der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften der RVO für das beim beschließenden Senat anhängige Revisionsverfahren weiterhin entscheidungserheb-



lich und von Bedeutung auch über den 31. Dezember 1988 hinaus. Letzteres ergibt sich aus Art 61 GRG. Hiernach können Krankenkassen, die aufgrund ihrer Satzung und in rechtlich zulässiger Weise Kostenerstattung durchführen, dies nach dem 31. Dezember 1988 in dem Umfang, wie es die Satzung am 31. Dezember 1988 vorsieht, fortsetzen. Die Entscheidung der dem GS vorgelegten Rechtsfrage dient damit der Klärung, unter welchen Voraussetzungen eine Kostenerstattung bis zum 31. Dezember 1988 iS des Art 61 GRG "in rechtlich zulässiger Weise" durchgeführt worden ist und damit nach diesem Stichtag fortgeführt werden darf. Diese Frage hat erhebliche Breitenwirkung. Nach dem Schriftsatz der Beklagten vom 12. Juni 1989 haben bis zum 31. Dezember 1988 79 bundesunmittelbare Krankenversicherungsträger bei der Beklagten die aufsichtsrechtliche Genehmigung von Satzungsvorschriften über eine Kostenerstattung beantragt (vgl dazu Heller BABI 1989, Heft 4, S 15: "Was eindeutig als Besitzschutzregelung ausgewiesen ist, hat ... vielfach einen vom Gesetzgeber nicht intendierten Aufforderungseffekt bewirkt").



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)