

Bundessozialgericht
Az.: 10 RV 493/73

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

Zugestellt
am 6. Okt. 1974

Amtsinspektor
als Urk.Beamter
der Gesch.Stelle

.....
Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

.....
Beklagter und Revisionskläger,

Beigeladene:

Der 10. Senat des Bundessozialgerichts hat
ohne mündliche Verhandlung am 8. August 1974
durch den Vorsitzenden Richter
S o n n e n b e r g , die Richter
P e t e r s e n und Dr. V o l k m a n n und
die ehrenamtlichen Richter R e i s und
P f e i l

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil
des Landessozialgerichts für das Land
Nordrhein-Westfalen vom 25. Juli 1973 aufgehoben.

Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und
Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.



- 2 -

G r ü n d e :

I

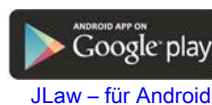
Der im Jahre 1896 geborene Kläger bezieht auf seinen Antrag vom August 1966 seit dem 1. Januar 1967 Elternrente nach seinen beiden Söhnen, die im zweiten Weltkrieg als Soldaten ums Leben gekommen sind (Bescheide vom 13. Februar und 6. Dezember 1968). Im Oktober 1969 beantragte er, ihm die in der Zeit vom Beginn seiner Versorgungsberechtigung, dem 1. Januar 1967 bis zum 31. März 1968 an die Barmenia Krankenversicherung AG geleisteten Versicherungsbeiträge in Höhe von 1.129,50 DM sowie die Ausgaben für Medikamente und Krankenbehandlung zu erstatten; von dem Gesamtbetrag setzte er die Leistungen der Barmenia ab. Er führte aus, er habe sich privat gegen Krankheit versichern müssen, weil er erst durch den Bescheid vom Februar 1968 erfahren habe, daß er als Bezieher von Elternrente Anspruch auf freie Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) habe.

Das Versorgungsamt ermittelte, daß der Kläger in der Zeit vom 1. Januar 1967 bis zum 31. März 1968 insgesamt 770,15 DM für Krankenbehandlung aufgewendet hatte, worauf die Barmenia 514,91 DM erstattet hatte. Es erklärte sich bereit, den von der Barmenia nicht übernommenen Restbetrag in Höhe von 255,24 DM an Kosten für Krankenbehandlung zu zahlen, und lehnte die Erstattung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 1.129,50 DM ab. Der Widerspruch, mit dem der Kläger sich gegen die Ablehnung der Erstattung von 1.129,50 DM wandte, war erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 10. September 1970).

- 3 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 3 -

Nachdem der Kläger vor dem Sozialgericht (SG) zunächst die Zahlung von 1.129,50 DM begehrt hatte, hat er später erklärt, daß er diesen Anspruch fallenlasse, aber nunmehr vom Beklagten die Zahlung des von der Barmenia erstatteten Betrages von 514,91 DM verlange. Das SG hat die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beigeladen und durch Urteil vom 31. August 1972 die Klage abgewiesen sowie die Berufung zugelassen. Die Verwaltungsvorschrift (VerwV) Nr. 1 Satz 4 zu § 18 BVG, wonach Leistungen privater Krankenversicherungen anzurechnen seien, werde dem im Gesetz enthaltenen Grundsatz der "Angemessenheit der Kostenerstattung" gerecht. Über die Erstattung der Versicherungsbeiträge sei nach der Einschränkung des Klagebegehrens nicht mehr zu entscheiden gewesen.

Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) durch Urteil vom 25. Juli 1973 die Entscheidung des SG abgeändert. Es hat den Verwaltungsakt des Beklagten insoweit aufgehoben, als die Erstattung von Heilbehandlungskosten über den Betrag von 255,24 DM hinaus abgelehnt worden ist. Das weitergehende Begehren des Klägers wurde zurückgewiesen und seine Berufung, soweit sie die Erstattung von Krankenkassenbeiträgen betraf, als unzulässig verworfen. Die Revision wurde zugelassen. Der Beklagte habe die Erstattung weiterer Aufwendungen für Heilbehandlung zu Unrecht wegen der VerwV Nr. 1 zu § 18 BVG abgelehnt; diese stimme mit dem Gesetz nicht überein. Zur Zahlung von 514,91 DM könne der Beklagte aber nicht verurteilt werden, weil der Begriff "in angemessenem Umfang" ein unbestimmter Rechtsbegriff sei, welcher der Versorgungsverwaltung ein Handlungsermessen einräume. Soweit der Kläger im Berufungsverfahren die Erstattung seiner an die Barmenia gezahlten Beiträge zur privaten Krankenversicherung begehre, sei die Berufung unzulässig, denn

- 4 -



- 4 -

er habe in der ersten Instanz seine Klage auf die Erstattung von Behandlungskosten beschränkt und damit im übrigen zurückgenommen.

Der Beklagte hat Revision eingelegt und beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 25. Juli 1973 abzuändern und die Berufung des Klägers in vollem Umfang zurückzuweisen, soweit sie nicht schon als unzulässig verworfen worden ist.

Er rügt mit näherer Begründung die Verletzung des § 18 BVG. Die VerwV Nr. 1 Satz 4 zu § 18 BVG entspreche dem Gesetz. Hilfweise rügt er eine Verletzung des § 128 Abs. 1 Satz 1 und des § 103 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) bei der Feststellung, daß der Kläger mit Wirkung vom 1. Januar 1967 einen Krankenversicherungsvertrag mit der Barmenia abgeschlossen habe.

Die beigeladene Bundesrepublik Deutschland führt mit näherer Begründung aus, warum der in § 18 Abs. 1 BVG enthaltene Begriff "in angemessenem Umfang" in der VerwV Nr. 1 zu § 18 BVG zutreffend erläutert worden sei.

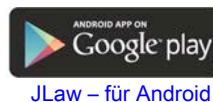
Der Kläger ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

Sämtliche Beteiligte haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

- 5 -



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



- 5 -

II

Der Beklagte hat die durch Zulassung statthafte Revision form- und fristgerecht eingelegt und begründet. Sein zulässiges Rechtsmittel mußte auch in dem Sinne Erfolg haben, daß der Rechtsstreit an das LSG zurückverwiesen werden mußte.

Da nur der Beklagte gegen das Urteil des LSG Revision eingelegt hat, ist dieses insoweit rechtskräftig geworden, als die Berufung des Klägers hinsichtlich der Erstattung der an die Barmenia gezahlten Beiträge als unzulässig verworfen ist. Es steht damit bindend fest, daß der Kläger die Erstattung der hierfür aufgewendeten 1.129,50 DM nicht verlangen kann. Im Revisionsverfahren ist nur noch der Anspruch auf Erstattung von Kosten für die Krankenbehandlung in Höhe von 514,91 DM streitig.

Das LSG hat über den Anspruch des Klägers hinsichtlich des Betrages von 514,91 DM, welchen die Barmenia an Krankenbehandlungskosten sowie an Medikamenten erstattet hat, zu Recht sachlich entschieden. Der Kläger hat sich von vornherein dadurch benachteiligt gefühlt, daß die Verwaltung ihn länger als ein Jahr auf seinen Elternrentenbescheid hat warten lassen und hat deshalb die Erstattung der Beträge verlangt, welche er für seine Krankenbehandlung privat hat aufwenden müssen, während er bei alsbaldigem Erhalt des Elternrentenbescheides gemäß § 10 Abs. 4 Buchst. c BVG einen Anspruch gegen den Beklagten auf Gewährung von Krankenbehandlung hätte geltend machen können. Bei diesem Begehren kommt es nicht darauf an, daß der Kläger zwischen seinen Beiträgen zur Barmenia (1.129,50 DM) und deren Leistungen (514,91 DM) unterschieden hat. Mag er auch bereit gewesen sein, sich die Zahlungen der Barmenia auf die von ihm geltend

- 6 -

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



- 6 -

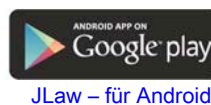
gemachten Beiträge zu dieser privaten Krankenversicherung anrechnen zu lassen, so hat er doch jedenfalls auf diesen Betrag nicht verzichtet. Ebenfalls ist ein solcher Verzicht auf einen Teil nicht etwa dadurch ausgesprochen, daß der Kläger die vom Versorgungsamt angebotene und dann auch gewährte Leistung von 255,24 DM angenommen hat. Er war also nicht daran gehindert, im ersten Rechtszuge seine ursprüngliche Forderung in Höhe von 1.129,50 DM auf den Betrag von 514,91 DM (die Leistung der Barmenia) zu beschränken. Infolgedessen hat das LSG diesen Betrag zu Recht als noch streitig angesehen und über ihn sachlich entschieden.

Grundlage für die Erstattung des Betrages von 514,91 DM ist § 18 Abs. 1 BVG. Nach dieser Vorschrift sind bei einer vom Berechtigten vor der Anerkennung des Versorgungsanspruchs selbst durchgeführten Heilbehandlung die Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfange zu erstatten. Das LSG hat den "angemessenen Umfang" zu Recht als einen unbestimmten Rechtsbegriff betrachtet. Er ist bei der Normierung einer Pflichtleistung der Versorgungsverwaltung verwendet - und nicht etwa bei einer Ermessens-(Kann-)Leistung. Infolgedessen ist er ausschließlich als Rechtsanwendung auszufüllen, ohne daß ein Ermessen der Versorgungsverwaltung ins Spiel kommen könnte. Mithin stellt sich hier das Problem nicht, ob eine Verbindung zwischen einem unbestimmten Rechtsbegriff und einer sich daran anschließenden Ermessensausübung vorliegen könnte (vgl. Forsthoff Lehrbuch des Verwaltungsrechts 1. Bd. Allgemeiner Teil 10. Aufl. § 5; Beschluß des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe vom 19. Oktober 1971 - NJW 1972 Seite 1411). Vielmehr sind die Gerichte dazu berufen, den unbestimmten Rechtsbegriff auszufüllen und die Verwaltungsentscheidung uneingeschränkt nachzuprüfen.

- 7 -



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



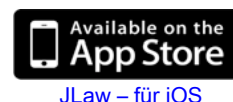
Nach der Auffassung des Beklagten und des Beigeladenen ist der unbestimmte Rechtsbegriff durch die Verwaltungsvorschriften vom 26. Juni 1969 Nr. 1 Satz 3 und 4 zu § 18 BVG zutreffend ausgedeutet worden. Sie lauten: "Leistungen anderer Stellen sind von den Gesamtaufwendungen abzusetzen; wenn bei ihrer Festsetzung Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz unberücksichtigt bleiben. Leistungen anderer Stellen sind auch die Leistungen privater Kranken- oder Unfallversicherungen". Die Regelung der VerwV hat nicht immer so gelaute. In den VerwV i.d.F. vom 14. August 1961 hieß es in Nr. 11 Satz 3 zu § 14: "Leistungen und Zuschüsse anderer Stellen sind auf den Kostenersatz anzurechnen". Der Arbeits- und Sozialminister von Nordrhein-Westfalen hat in einem Erlaß (vgl. ASP 1962, 395) die nachgeordneten Stellen angewiesen, von der Anrechnung der Leistungen privater Krankenversicherungen abzusehen. Er hat dies damit begründet, daß den Versorgungsberechtigten, deren Einkommen die Krankenversicherungspflichtgrenze nicht übersteigt, nicht zugemutet werden könne, sich privat zu versichern; die in der VerwV erwähnten "anderen Stellen" könnten daher nicht private Krankenversicherungen sein. Dieser Auffassung hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zugestimmt (vgl. ASP aaO). In den VerwV i.d.F. vom 23. Januar 1965 sind lediglich die Worte "und Zuschüsse" gestrichen worden; im übrigen wurde die VerwV Nr. 11 i.d.F. von 1961 unverändert als Nr. 12 übernommen. Erst die nach dem 3. Neuordnungsgesetz (NOG) neu gefaßten VerwV sagen in Nr. 1 Satz 4 zu § 18, daß als Leistungen anderer Stellen auch die Leistungen privater Kranken- oder Unfallversicherungen anzusehen sind. Die Materialien zu den neuen VerwV, soweit sie überhaupt veröffentlicht sind, geben keinen Aufschluß darüber, warum dieser Zusatz aufgenommen worden ist. Mühlbayer (vgl. Der Versorgungsbeamte 1970, 18) sieht den Grund darin, daß durch diese Regelung erreicht werden soll, daß der



Versorgungsberechtigte niemals mehr erstattet bekommt, als er selbst zu tragen hatte.

Hierzu bietet sich ein Vergleich mit anderen Vorschriften an.

- a) Nach § 17 Abs. 5 Satz 2 BVG z.B. sind auf den Einkommensausgleich "alle gesetzlichen Geldleistungen, die der Beschädigte ... erhält", anzurechnen. Hierunter fällt auch das von einer Ersatzkasse gezahlte Krankengeld, selbst wenn der Versorgungsberechtigte ihr freiwillig beigetreten ist (vgl. SozR § 17 BVG Nr. 3). Dies gilt aber nur für "gesetzliche Geldleistungen", so daß Leistungen einer privaten Krankenkasse oder einer privaten Unfallversicherung anrechnungsfrei bleiben und dazu führen können, daß dem Versorgungsberechtigten durch Einkommensausgleich und Versicherungsleistung mehr zusteht, als der während der Krankheitszeit entgangene Arbeitsverdienst ausgemacht hätte.
- b) Nach § 36 Abs. 4 BVG ist eine aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften für den gleichen Zweck zu gewährende Leistung auf das Bestattungsgeld nach dem BVG anzurechnen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden (vgl. SozR § 36 BVG Nrn. 5 und 7), daß eine Leistung, die der Versorgungsberechtigte durch ein auf freiwilliger Entschließung beruhendes Vermögensopfer erkaufte, anrechnungsfrei bleibt.
- c) Das vom Beklagten unter Hinweis auf § 30 Abs. 2 BVG gebrachte Gegenbeispiel überzeugt nicht. Daß eine vom Versorgungsberechtigten auf eigene Kosten durchgeführte Umschulung dazu führt, daß der Versorgungsträger künftig von den Kosten eines besonderen beruflichen Betroffenseins befreit wird, hat in § 18 BVG



- 9 -

die Parallele, daß dann, wenn eine selbst durchgeführte Heilbehandlung zur Abheilung der Schädigungsfolgen geführt hat, künftig keine Krankheitskosten mehr zu erstatten sind. Genauso, wie bei § 30 Abs. 2 BVG so lange Rente nach einer erhöhten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) gezahlt werden muß, als ein Ausgleich des beruflichen Schadens noch nicht erreicht ist, müssen beim § 18 BVG die Kosten einer selbst durchgeführten Heilbehandlung erstattet werden, solange die Schädigungsfolge noch besteht.

Hieraus ergibt sich jedenfalls, daß im System des BVG die Anrechnung von Leistungen, die auf einer privaten Vorsorge, insbesondere dem Abschluß einer privaten Krankenversicherung beruhen, nicht generell vorgesehen ist. Das BVG ist zwar von dem Grundsatz beherrscht, daß doppelte Leistungen aus öffentlichen Mitteln wegen des gleichen Ereignisses vermieden werden sollen. Dieser Grundsatz kommt aber gerade für die Rechtfertigung der Ansicht des Beklagten und des Beigeladenen nicht in Betracht. Denn die Leistungen der Barmenia beruhen auf einem privat-rechtlichen Versicherungsvertrag und nicht auf einem öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnis. Eine Versichertengemeinschaft öffentlichen Rechts steht außerdem nicht hinter diesem privat-rechtlichen Vertrag.

Der Kläger hat durch die Erstattung seiner privaten Krankenversicherung nur den Gegenwert dessen erhalten, für das er seinerzeit Beiträge geleistet hat. Es ist dabei gleichgültig, ob er sich erst zum 1. Januar 1967 freiwillig versichert hat oder ob er nur über diesen Zeitpunkt hinaus eine bereits bestehende private Krankenversicherung weiter aufrecht erhalten und nicht gekündigt hat. In jedem Fall hat er hier freiwillig ein Vermögensopfer erbracht, um zu seiner Zukunftssicherung beizutragen. Die generelle Anrech-

- 10 -



nung solcher Leistungen, die auf die Besonderheiten des Einzelfalles keine Rücksicht nimmt, kann nicht als zutreffende Auslegung des Begriffs "in angemessenem Umfang" angesehen werden. Es mag sein, daß in einzelnen Fällen die Leistungen einer privaten Krankenversicherung ganz oder zum Teil angerechnet werden können, wenn etwa die Beiträge des Versicherten eine unverhältnismäßig hohe Versicherungsleistung herbeigeführt haben. Das ist aber abhängig von den besonderen Umständen des Einzelfalles. Im Gegensatz zur gesetzlichen Regelung setzt die VerwV an die Stelle des angemessenen Umfangs im Einzelfall in jedem Falle rein schematisch die Leistung der privaten Krankenversicherung als eine abzugsfähige Größe. Damit trägt die VerwV dem Gesetzestext nicht Rechnung. Sollte hier die generelle Anrechnung solcher Leistungen rechtens sein, so hätte dies das Gesetz eindeutig erkennen lassen müssen. Erstattung in "angemessenem Umfang" im Sinne des § 18 Abs.1 BVG bedeutet jedenfalls nicht, daß Leistungen privater Krankenkassen ohne Prüfung des Einzelfalles stets und uneingeschränkt anzurechnen sind.

Zu Unrecht bemängeln der Beklagte und der Beigeladene, daß das LSG dahingestellt gelassen hat, ob die gesamten Behandlungskosten zu erstatten sind, wenn die von einer privaten Krankenversicherung erbrachten Leistungen wesentlich höher sind als die vom Versorgungsberechtigten gezahlten Beiträge. Der Kläger hat in privater Vorsorge aufgewendet zunächst einmal die Beiträge zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 1.129,50 DM und sodann die Kosten für Krankenbehandlung sowie Medikamente mit insgesamt 770,15 DM, also zusammen 1.899,65 DM. Dem stehen gegenüber die Erstattung durch das Versorgungsamt in Höhe von 255,24 DM und die Leistungen der Barmenia in Höhe von 514,91 DM, also zusammen 770,15 DM. Werden



dazu die jetzt noch streitigen 514,91 DM gerechnet, welche der Kläger von der Beklagten erstattet verlangt, so ergäbe sich beim vollen Obsiegen des Klägers ein Betrag von 1.285,06 DM, so daß die Gesamterstattung noch etwa 600,-DM weniger ausmachen würde, als die Gesamtaufwendungen des Klägers im Zusammenhang mit seiner Krankenbehandlung. Das LSG ist danach zu Recht zu dem Ergebnis gekommen, daß jedenfalls im vorliegenden Fall keine "unangemessene Erstattung begehrt wird, wenn die Anrechnung der Leistung der privaten Krankenkasse unterbleibt, weil der Kläger für seine Krankheitsvorsorge und seine Krankenbehandlung erheblich mehr aufgewendet hat, als die private Leistung und der hier geltend gemachte Erstattungsbetrag zusammen ergeben. Zu Unrecht sehen der Beklagte und der Beigeladene in der Erstattung der 514,91 DM eine vom Gesetz nicht vorgesehene Erstattung der Beiträge des Klägers zur Barmenia. Es handelt sich bei diesem Betrag um echte Aufwendungen, welche der Kläger für seine Krankenbehandlung gemacht hat. Infolgedessen gibt der vorliegende Fall - wie auch das LSG zutreffend angemessen hat - keinen Anlaß dazu, zu der von dem Beklagten und von dem Beigeladenen herausgestellten Rechtsfrage Stellung zu nehmen, in welchen Fällen eine Anrechnung der Leistungen der privaten Krankenversicherung im Rahmen des § 18 Abs. 1 BVG angemessen sein könnte.

Zu der Frage, was als "angemessener Umfang" im vorliegenden Falle anzusehen ist, hat das LSG die Rechtslage verkannt, wenn es ausgeführt hat, lediglich die Kosten seien erstattungsfähig, welche der Höhe und dem Umfang nach in einem sinnvollen Verhältnis zu den krankhaften Befunden und dem Krankheitsverlauf gestanden hätten. Diese Kriterien bilden bereits einen Teil des gesetzlichen Tatbestandes und dienen der Ausfüllung des Begriffes "notwendige Behandlung". Die können deshalb zur Ausdeutung des angemessenen



- 12 -

Umfanges der Erstattung nicht noch einmal herangezogen werden.

Weiterhin hat das LSG nicht zutreffend angenommen, es habe nur über die Anrechenbarkeit der privaten Leistung entscheiden müssen und nicht über den Anspruch selbst. Bei dem hier geltend gemachten Rechtsanspruch hatte das LSG alle Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen und über sie zu entscheiden, auch über die Frage der Notwendigkeit der Heilbehandlungskosten. Deshalb war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die Sache an das LSG zurückzuverweisen.

Die Entscheidung über die Kosten bleibt dem Urteil vorbehalten, durch welches der Rechtsstreit abschließend entschieden wird.

Wenn auch der Kläger im Revisionsverfahren nicht gemäß § 166 SGG vertreten ist, so konnte er doch persönlich die Einwilligung zu einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung wirksam abgeben

- 13 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 13 -

(BSG SozR Nr. 5 zu § 124 SGG). Da also die Voraussetzungen der §§ 165, 153 Abs. 1 und 124 Abs. 2 SGG erfüllt waren, konnte der Senat durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)