

Bundessozialgericht
- 3 RK 14/76 -

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

.....
Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:
.....

Das Bundessozialgericht - 3. Senat - hat ohne
mündliche Verhandlung am 13. Juli 1977
für Recht erkannt:

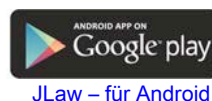
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des
Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen
vom 22. Januar 1976 aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zu neuer Verhandlung und Ent-
scheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

- 2 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 2 -

G r ü n d e :

I

Der Kläger (das Land Nordrhein-Westfalen, Versorgungsverwaltung) verlangt nach § 18 c Abs 6 Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) von der beklagten Ersatzkasse Erstattung von Aufwendungen, die er anlässlich einer der Ehefrau des Beigeladenen gewährten Badekur für Arztkosten und Kuranwendungen gemacht hat.

Der bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte Beigeladene erhält wegen einer Augenerkrankung, deren Folgen einer Erblindung gleichkommen, Beschädigtenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 100% und eine Pflegezulage der Stufe III. Er beantragte im Mai 1972 bei dem Kläger die Gewährung einer Badekur in einem Kriegsblindenheim und teilte mit, er werde seine Ehefrau als Begleitperson mitnehmen. Diese beantragte für sich bei dem Kläger ebenfalls eine Badekur, die zur selben Zeit und in demselben Kriegsblindenheim durchgeführt werden sollte. Der Kläger fragte bei der Beklagten an, welche Kosten sie aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen (VB) für die Kur der familienhilfeberechtigten Ehefrau des Beigeladenen übernehmen werde. Die Beklagte lehnte eine Kostenübernahme ab. Nunmehr ließ der Kläger die Ehefrau des Beigeladenen von dem Regierungsmedizinaldirektor Dr. S. untersuchen und begutachten. Dabei ergaben sich alte spezifische Residuen der Lunge sowie eine mäßige Bronchitis. Dr. S. vertrat die Auffassung, die Gewährung der Badekur sei zur Erhaltung der Fähigkeit, den Beigeladenen weiterhin zu pflegen, erforderlich. Der Kläger gab beiden Kuranträgen statt und erkannte dem Beigeladenen auch Begleitung für Reise und Aufenthalt zu. Beide Badekuren wurden in der Zeit vom 6. September bis

- 3 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

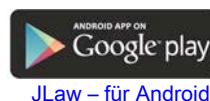
5. Oktober 1972 in demselben Kriegsblindenheim durchgeführt. Die Beklagte lehnte eine Kostenerstattung auch weiterhin ab. Sie verwies auf § 19 ihrer VB und erklärte, sie hätte die satzungsmäßigen Leistungen nicht versagt, wenn der Beigeladene die Badekur seiner Ehefrau bei ihr beantragt und ihre Notwendigkeit durch ausreichende ärztliche Unterlagen nachgewiesen hätte.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 27. Mai 1975). Das Landessozialgericht (LSG) hat mit Urteil vom 22. Januar 1976 die Beklagte verurteilt, dem Kläger für die Badekur der Ehefrau des Beigeladenen die satzungsmäßigen Leistungen für Arztkosten und Kuranwendungen zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Voraussetzungen des § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG seien erfüllt. Die Ehefrau des Beigeladenen habe als seine familienhilfeberechtigzte Angehörige nach § 19 der VB der Beklagten einen Zuschuß zu den Kurkosten verlangen können. Ein Leistungsantrag bei der Beklagten, wie er nach Abs 1 Satz 3 Buchst. a dieser Bestimmung im Regelfall zu fordern sei, könne hier nicht verlangt werden; der Erstattungsanspruch der Versorgungsverwaltung sei nicht davon abhängig, daß der nach dem BVG Leistungsberechtigte neben dem Sachleistungsantrag an das Versorgungsamt auch einen Zuschußantrag bei seiner Krankenkasse stelle. Ausreichende ärztliche Unterlagen über die Notwendigkeit der Kur aber, wie sie durch § 19 Abs 1 Satz 3 Buchst b der VB gefordert würden, seien beigebracht worden. Der Regierungsmedizinaldirektor Dr. S habe die erhobenen Befunde beschrieben und dargelegt, warum die Ehefrau des Beigeladenen eine Kur benötige, wenn ihre Fähigkeit, den Beigeladenen zu pflegen, weiterhin erhalten bleiben solle. Er habe also die Kur für geeignet gehalten, i.S. von § 19 Abs 1 Satz 1 der VB der Beklagten gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.

- 4 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

Mit der - zugelassenen - Revision rügt die Beklagte Verletzung des § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG sowie des § 19 ihrer VB. Sie weist erneut darauf hin, daß sie ihre Bereitschaft bekundet habe, eine Badekur zu gewähren, wenn ein entsprechender Antrag des Beigeladenen bei ihr gestellt und die Notwendigkeit der Badekur durch ausreichende ärztliche Zeugnisse nachgewiesen werde. Sie vertritt die Auffassung, nach § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG sei ein Ersatzanspruch nur gegeben, wenn der andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger den Versorgungsberechtigten auf den Anspruch nach dem BVG verweise. Dieser Ersatzanspruch sei auf Zuschuß- oder sonstige Geldleistungen beschränkt, wenn solche Leistungen bei der Krankenkasse beantragt, jedoch mit dem Hinweis auf den Sachleistungsanspruch gegenüber der Versorgungsverwaltung nicht gewährt würden. Außerdem habe sie die Gewährung von Leistungen für eine Badekur nicht deshalb abgelehnt, weil die Versorgungsverwaltung der Ehefrau des Beigeladenen eine Badekur nach § 12 Abs 3 BVG bewilligt habe, sondern weil der Beigeladene der ausdrücklichen und rechtzeitigen Aufforderung, bei ihr - der Beklagten - einen Antrag zu stellen, nicht nachgekommen sei. Es sei ihr deshalb nicht möglich gewesen, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Bewilligung der Badekur aufgrund ihrer VB zu prüfen und sachgerechte Ermessenerwägungen anzustellen.

Die Beklagte beantragt,
das angefochtene Urteil aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

- 5 -



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



- 5 -

Der Beigeladene stellt keine Anträge.

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

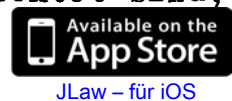
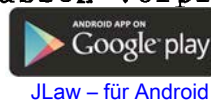
II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Das angefochtene Urteil ist aufzuheben und der Rechtsstreit ist zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Nach § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG in seiner hier in Betracht kommenden, durch das 3. Gesetz über die Anpassung der Leistungen des BVG vom 16. Dezember 1971 (3.AnpG-KOV; BGBl I 1985) geschaffenen und seit dem 1. Januar 1972 geltenden Fassung hat ein öffentlich-rechtlicher Leistungsträger, der eine Zuschuß- oder sonstige Geldleistung nicht erbringt, weil bereits aufgrund des BVG eine Sachleistung gewährt wird, den Betrag der Aufwendungen zu ersetzen, den er sonst als Leistung gewährt hätte. Entgegen der Auffassung der Beklagten läßt sich dieser Vorschrift nicht entnehmen, daß der mit ihr normierte Ersatzanspruch der Versorgungsverwaltung nur gegeben ist, wenn ein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger bei ihm beantragte Leistungen mit dem Hinweis auf den Sachleistungsanspruch des Antragstellers gegenüber der Versorgungsverwaltung nicht gewährt, den Antragsteller also auf den Anspruch nach dem BVG verweist. Durch die mit dem 3. AnpG-KOV (Art. 1 Nr 11) vorgenommene Änderung des § 18 c BVG sollte allerdings "dafür Sorge getragen werden, daß bei der Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen und bei der Krankenbehandlung andere Rechtsträger, die im konkreten Fall nur zur Gewährung von Kannleistungen oder Zuschüssen verpflichtet sind,



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



- 6 -

ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch oder auf das Fehlen eigener Aufwendungen des Berechtigten verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten können " (Begründung zum Regierungsentwurf des 3. AnpG-KOV; BT-Drucks VI/2649 S. 8 zu Nr 11). Wie der erkennende Senat bereits in zwei Urteilen vom 15. Dezember 1976 (3 RK 31/76 und 3 RK 34/76) klargestellt hat, erschöpft sich der Sinn des Ersatzanspruchs nach § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG jedoch nicht darin, dem Träger der Kriegsopferversorgung (KOV) die Leistungen zukommen zu lassen, die andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger dem Versicherten gegenüber wegen einer in Aussicht stehenden Leistung nach dem BVG ablehnen. Ein Verfahren - wie es offenbar der Beklagten vorschwebt -, bei dem der andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger zunächst Gelegenheit erhalten müßte zu prüfen und zu entscheiden, ob er den Versicherten wegen der von diesem begehrten Leistung auf den Anspruch nach dem BVG verweisen will, wäre auch unpraktikabel; es würde die verwaltungsmäßige Abwicklung komplizieren und damit naturgemäß auch verzögern. Das aber ginge zu Lasten des Anspruchsberechtigten und könnte unter Umständen dessen Heilbehandlung gefährden oder sogar unmöglich machen. Da das nicht Sinn der gesetzlichen Regelung sein kann, ist die verfahrensmäßige Abwicklung insoweit von untergeordneter Bedeutung. Entscheidend ist hier vielmehr, daß der Träger der KOV teilweise entschädigt wird für Leistungen, die er erbracht hat, obwohl diese Leistungen durch einen anderen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger ganz oder zum Teil finanziert worden wären oder hätten finanziert werden müssen. Das kommt mit hinreichender Deutlichkeit in der Formulierung der Rechtsfolge des § 18 c Abs. 6 Satz 2 BVG zum Ausdruck: Dem anderen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger wird die Verpflichtung auferlegt, "den Betrag der Aufwendungen zu ersetzen, den er sonst als Leistung gewährt hätte".

- 7 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 7 -

Nicht entscheidend für den Ersatzanspruch der Versorgungsverwaltung ist es dagegen, ob der andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger diesen Betrag dem Anspruchsberechtigten nur auf Antrag als Leistung gewährt hätte. Insoweit beruft sich die Beklagte für ihre Verweigerung der Ersatzleistung zu Unrecht auf § 19 ihrer VB. Nach dieser Bestimmung in ihrer damals geltenden Fassung konnte die Beklagte für ihre Mitglieder und deren anspruchsberechtigte Familienangehörige (§ 20 Abs 7 Buchst. b VB) Kuren selbst durchführen oder hierfür Zuschüsse festsetzen; Voraussetzung für die Gewährung dieser Leistungen war u.a., daß sie bei der Beklagten beantragt wurden (§ 19 Abs 1 Satz 1, Satz 3 Buchst. a VB). Die Leistung konnte dem Anspruchsberechtigten also nur gewährt werden, wenn dieser einen entsprechenden Antrag bei der Beklagten stellte; sein Anspruch auf Leistungsgewährung hing von diesem Antrag ab. Der Ersatzanspruch der Versorgungsverwaltung nach § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG ist jedoch mit diesem von § 19 der VB der Beklagten erfaßten Leistungsanspruch des anspruchsberechtigten Versicherten oder seines Familienangehörigen nicht identisch. Es handelt sich bei diesem Ersatzanspruch vielmehr um einen dem Leistungsanspruch des anspruchsberechtigten Versicherten gegenüber selbständigen Ausgleichsanspruch zwischen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern, der von dem Leistungsantrag des anspruchsberechtigten Versicherten ebenso wenig abhängt, wie der in § 1531 der Reichsversicherungsordnung (RVO) normierte Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers gegen den Versicherungsträger (vgl BSGE 14, 261, 266). Es entspräche weder dem Sinn und Zweck des § 18 c Abs 6 Satz 2 BVG noch den Erfordernissen der Praxis, wollte man die Verwirklichung dieses Ausgleichsanspruchs von einem Leistungsantrag und damit von dem Willen und Verhalten des anspruchsberechtigten Versicherten abhängig machen. Das hat bereits der 10. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in einem Urteil vom 16. Dezember 1976 (10 RV 201/75) für den Fall aus-

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](#)

- 8 -

gesprochen, daß der Antrag des Versicherten nicht zu den materiell-rechtlichen Leistungsvoraussetzungen gehört. Die Frage, ob dem Fehlen des Antrags dann entscheidende Bedeutung auch im Verhältnis der öffentlich-rechtlichen Leistungsträger zueinander zukommt, wenn dieser Antrag - wie hier nach § 19 der VB der Beklagten - materiell-rechtliche Leistungsvoraussetzung ist, hat der 10. Senat in dem genannten Urteil allerdings ausdrücklich offengelassen, weil er über einen solchen Fall nicht zu entscheiden hatte. Auch in einem solchen Fall kann jedoch nichts anderes gelten; denn andernfalls wären die anderen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger in der Lage, durch entsprechende Formulierung ihrer Satzungsbestimmungen und VB den Ersatzanspruch der Versorgungsverwaltung von der Antragstellung durch den anspruchsberechtigten Versicherten, also von dessen Willen und Verhalten abhängig zu machen und damit seine Durchsetzung zu erschweren oder gar zu vereiteln, was einer Umgehung des § 18 c Abs 6 BVG gleich käme.

Dagegen fordert die Beklagte mit Recht, daß ihr im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ersatzanspruch ärztliche Unterlagen vorgelegt werden, die es ihr ermöglichen, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Bewilligung einer Badekur zu prüfen und sachgerechte Ermessenserwägungen anzustellen. Daß aber die beklagte Ersatzkasse der familienhilfeberechtigten Ehefrau des Beigeladenen die von dieser absolvierte Badekur oder auch nur einen Zuschuß dazu gewährt hätte, läßt sich nicht allein daraus herleiten, daß nach Auffassung des Versorgungsarztes Dr. S die Gewährung dieser Badekur erforderlich war, um der Ehefrau des Beigeladenen die Fähigkeit zu erhalten, ihren praktisch blinden Mann auch weiterhin zu pflegen. Die Erhaltung dieser Pflegefähigkeit ist zwar das Ziel derartiger von der Versorgungsverwaltung nach § 12 Abs 3 iVm § 18 c Abs 1 BVG zu gewährenden Badekuren. Das besagt

- 9 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 9 -

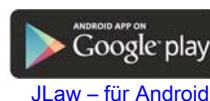
jedoch noch nicht, daß auch die Beklagte, deren Aufgaben als Krankenkasse von anderen Kriterien bestimmt werden, in diesem Fall eine solche für sie als Ermessensleistung in Betracht kommende Badekur für angemessen und notwendig erachtet hätte. So erscheint es zB nicht ausgeschlossen, daß die Kasse unter Berücksichtigung der örtlichen Befunde zu dem Ergebnis kommt, statt einer Kur sei zunächst ein Krankenhausaufenthalt geboten. Um ihr eine entsprechende Prüfung und sachgerechte Ermessenserwägungen zu ermöglichen, mußten ihr deshalb alle in diesem Fall erwachsenen ärztlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Ob der Beklagten überhaupt jemals derartige ärztliche Unterlagen vorgelegt worden sind und um welche ärztlichen Unterlagen es sich bejahendenfalls gehandelt hat, ist den tatsächlichen Feststellungen des LSG jedoch nicht zu entnehmen. Letztere reichen deshalb zu einer abschließenden Beurteilung nicht aus. Da das Revisionsgericht die fehlenden tatsächlichen Feststellungen nicht selbst treffen kann, muß das angefochtene Urteil aufgehoben und der Rechtsstreit zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden (§ 170 Abs 2 SGG).

Die Kostenentscheidung bleibt dem abschließenden Urteil des LSG vorbehalten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)