

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

- 3 RK 18/76 -

Urteil

in dem Rechtsstreit

Barmer Ersatzkasse,
Wuppertal-Barmen, Untere Lichtenplatzer Straße 100,
Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege, Hamburg 6, Schäferkampsallee 24,
Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:
Rechtsanwalt

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne
mündliche Verhandlung am 20. Juli 1976 durch den
Vorsitzenden Richter

S c h r o e d e r - P r i n t z e n , die Richter
Dr. R e i n h o l d und Dr. H e i n z e
sowie die ehrenamtlichen Richter H a h n e r
und B l ä t t e r m a n n

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile
des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-
Westfalen vom 15. Mai 1974 und des Sozialgerichts
Düsseldorf vom 20. August 1973 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits sind
nicht zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

I

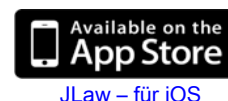
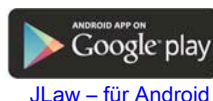
Die Klägerin begehrt von der Beklagten Ersatz von Arztkosten, die sie für die privatärztliche Behandlung ihres Mitglieds R B (B.) aufgewendet hat. Frau B., die bei ihr als Rentnerin pflichtversichert ist, bezieht von der Beklagten wegen einer seit Oktober 1951 bestehenden Berufskrankheit (Nierentuberkulose) Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 70 v.H. Sie wurde vom 14. Dezember 1970 bis 13. Januar 1971 wegen der Folgen dieser Krankheit stationär behandelt und hatte sich damals als Privatpatientin in die zweite Pflegeklasse aufnehmen lassen. Die Krankenhaus- und Arztkosten bezahlte sie selbst. Die Klägerin erstattete nach § 16 Abs. 4 ihrer damals geltenden Versicherungsbedingungen (VB) Frau B. die Kosten in Höhe des Pauschal-satzes der allgemeinen (3.) Pflegeklasse sowie der Arzt-honorare nach Anlage 1 des Arzt/Ersatzkassenvertrages vom 1. Oktober 1963. Die Beklagte ersetzte ihr die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse zuzüglich der Nebenkosten. Den Ersatz der Arzthonorare lehnte sie ab. Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte zur Zahlung des geforderten Betrages ver-urteilt (Urteil vom 20. August 1973). Die Berufung der Beklagten hatte keinen Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat ausgeführt (Urteil vom 15. Mai 1974): Nach § 1504 Abs.1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) seien dem Träger der Krankenversicherung auch die Leistungen zu erstatten, die er nach seiner Satzung als Mehrleistung nach § 179 Abs. 3 RVO zu leisten habe, sofern sie aufgrund einer gültigen Satzungsbestimmung erbracht worden seien. Die Frau B. er-statteten Arztkosten seien solche Leistungen, denn die

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

- 3 -



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



- 3 -

Klägerin habe sie aufgrund ihrer VB erbracht und diese seien als Bestandteil ihrer Satzung anzusehen. Auch lasse die Klägerin ihren Mitgliedern die bei Inanspruchnahme einer höheren Pflegeklasse vorgesehenen Mehrleistungen unterschiedlos und ohne Rücksicht darauf zukommen, ob sie von dritter Seite Ersatz erhalte, und beschränke die Erstattung grundsätzlich auf die Kosten, die entstanden wären, wenn die allgemeine Pflegeklasse eines nach § 16 Abs. 1 VB zugelassenen Krankenhauses aufgesucht worden wäre. Deshalb könne nicht davon gesprochen werden, daß sie ihre Pflicht zur Gleichbehandlung ihrer Mitglieder verletze.

Mit der zugelassenen Revision macht die Beklagte geltend, sie habe nur solche Leistungen des Krankenversicherungsträgers zu ersetzen, die dieser aufgrund seiner Satzung zu gewähren habe. Die VB der Klägerin seien jedoch nicht Teil ihrer Satzung. Auch habe das LSG nicht geprüft, ob die Satzung und die VB der Klägerin aufsichtsrechtlich genehmigt worden seien. Die Satzung enthalte ebensowenig wie die RVO eine Rechtsgrundlage für die Erstattung der hier begehrten Arztkosten.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),
die vorinstanzlichen Urteile aufzuheben und die
Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

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



- 4 -

- 4 -

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Ersatz der Frau B. gezahlten Arztkosten.

Nach § 551 Abs. 3 Satz 1 RVO (§ 545 Abs. 1 Satz 2 RVO aF) gelten für Berufskrankheiten die für Arbeitsunfälle maßgebenden Vorschriften entsprechend. Entgegen der Auffassung der Vorinstanzen ist bei der Beurteilung des von der Klägerin erhobenen Ersatzanspruchs jedoch nicht von § 1504 RVO in seiner seit dem 1. Juli 1963 geltenden Fassung (Art. 2 Nr. 9 Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz vom 30. April 1963 -UVNG-, BGBl I 241) auszugehen; diese Vorschrift gilt nur für Unfälle, die nach dem 16. Mai 1963 eingetreten sind (Art. 4 § 4 UVNG). Bei Frau B. ist der Versicherungsfall (§ 545 Abs. 2 RVO aF iVm § 3 Abs. 2 der 3. Berufskrankheiten-VO) aber schon am 11. Oktober 1951 eingetreten (Rentenbescheid vom 12. März 1968). Ersatzansprüche zwischen den Trägern der Kranken- und der Unfallversicherung richten sich deshalb nach dem bis zum 30. Juni 1963 gültig gewesenen Recht. Das gilt auch, wenn die den Ersatzanspruch begründende Wiedererkrankung an Unfallfolgen - wie bei Frau B. - erst später begonnen hat (BSG 32, 166; vgl. Lauterbach, Ges. Unfallvers. 3. Aufl., Stand: Oktober 1975 Anm. 3 zu § 1504).

Nach den bis zum 30. Juni 1963 gültig gewesenen Vorschriften der RVO (§§ 1504, 1505, 1507, 1509) hat die Beklagte der Klägerin die Aufwendungen zu ersetzen, die notwendig waren und von der Klägerin pflichtgemäß aufgrund des Gesetzes oder einer gültigen Satzung erbracht wurden (Reichsversicherungsamt -RVA- AN 1922, 361, 363; RVA Breithaupt 1934, 248, 249). Diese Voraussetzung ist

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 5 -

hinsichtlich der Frau B. erstatteten Arztkosten nicht erfüllt; denn der dieser Erstattung zugrunde liegende § 16 Abs. 4 der im Januar 1971 gültig gewesenen VB der Klägerin verstieß gegen § 508 RVO und damit gegen zwingendes Recht.

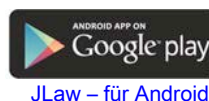
Nach § 16 Abs. 4 dieser VB (= Abschnitt VIII Nr. 1 der Richtlinien zu § 16 Abs. 4 der gegenwärtig gültigen VB der Klägerin) konnte die Klägerin Mitgliedern, die sich - wie Frau B. - nicht in die allgemeine Pflegeklasse eines Krankenhauses aufnehmen ließen, sowie Mitgliedern, denen für das von ihnen gewählte Krankenhaus kein Einweisungsschein ausgestellt werden konnte, auf die entstandenen Kosten eine Erstattung gewähren. Voraussetzung war nur, daß das in Anspruch genommene Krankenhaus von der Klägerin als solches anerkannt wurde. Die Erstattung konnte auf die Kosten beschränkt werden, die entstanden wären, wenn die allgemeine Pflegeklasse eines zugelassenen Krankenhauses aufgesucht worden wäre. Die Bestimmung des § 16 Abs. 4 VB trägt damit dem Umstand Rechnung, daß die dort genannten Mitglieder während der stationären Behandlung dem Krankenhaus als Privatpatienten gegenüberreten (vgl. § 11 Nr. 4 Arzt/Ersatzkassenvertrag), d.h. die Pflegekosten und die Kosten der ärztlichen Behandlung selbst zu zahlen haben. Für die versicherungspflichtigen Mitglieder einer Ersatzkasse ist eine derartige Kostenerstattung alternativ neben einer Krankenhauspflege als Sachleistung jedoch nicht zulässig. Denn nach § 508 RVO darf eine Ersatzkasse ihren Mitgliedern nur alle jene Leistungen gewähren, die § 179 RVO ihrer Art nach bei den gesetzlichen Krankenkassen zuläßt. Nach dieser Vorschrift ist Gegenstand der Versicherung u.a. die Krankenhilfe. In Form der Krankenhauspflege wird diese gemäß § 184 Abs. 1 RVO (in der bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung -KLVG- vom 19. Dezember 1973 - BGBl I 1925 - geltenden Fassung) nach pflichtgemäßem Ermessen gewährt.

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

- 6 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 6 -

Das bedeutet, daß von gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhauspflege in Form der Sachleistung zur Verfügung zu stellen ist (BSG 19, 21, 23). Statt der Sachleistungen Barleistungen zu gewähren, ist - sieht man von den in dringenden Fällen ausnahmsweise selbstbeschafften Leistungen ab - unzulässig (RVA AN 1914, 379, 380; 1920, 332, 333; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 17. Aufl. Stand Dezember 1975, § 508 Anm. 3 d); denn das System der deutschen sozialen Krankenversicherung wird nicht vom Kostenerstattungs-, sondern von dem Sachleistungsprinzip geprägt (RVA AN 1920, 332, 333; BSG 19, 21, 23; vgl. auch Schroeder-Printzen, in SozVers 1966, 46; Hässler, in SozSich 1965, 290; Hillert, Die Sonderstellung der Ersatzkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation Göttingen 1973 S. 131). Das ergibt sich bereits aus § 6 des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG) vom 15. Juni 1883 (RGBI S. 73), der vorschreibt, daß als Krankenunterstützung "vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung" zu gewähren ist. Der Gesetzgeber bezweckte mit der Einführung des Sachleistungsprinzips, die ärztliche Versorgung aller Krankenkassenmitglieder sicherzustellen. Die Krankenkassen sind dadurch verpflichtet, die Dienste und Güter, deren der Versicherte bedarf und die ihm das Gesetz zubilligt, zu beschaffen. Sie schließt zu diesem Zweck u.a. Verträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 g RVO) und den Krankenhäusern (vgl. § 371 RVO). Damit wird die ambulante Behandlung und die Krankenhausbehandlung des Versicherten sichergestellt. Nur ausnahmsweise erbringt die Krankenkasse Leistungen in Form von Geldzahlungen an den Versicherten. Diese Fälle (z.B. in § 182 Abs. 1, Nr. 1 Buchst. d, Nr. 2 § 217 Abs. 1 RVO) sind jedoch ausdrücklich im Gesetz aufgeführt. Über sie hinaus ist es der Krankenkasse nicht erlaubt, ihre durch Gesetz bestimmten Pflichten durch

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

- 7 -



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



- 7 -

Satzungsrecht abzuändern. Die Krankenkasse darf ihre Tätigkeit somit nicht darauf beschränken, dem Versicherten nachträglich die Kosten zu erstatten.

Nur das Sachleistungsprinzip stellt sicher, daß alle Krankenkassenpatienten hinreichend ärztlich betreut werden. Wenn die Krankenkassen die Beschaffung der ärztlichen Behandlung ihren Mitgliedern überließen und lediglich die Behandlungskosten übernähmen, könnte der Fall eintreten, daß Versicherte, die nicht über hinreichende finanzielle Mittel verfügen, aus diesem Grunde von der Inanspruchnahme versicherungsmäßiger Leistungen Abstand nähmen (vgl. dazu schon RVA AN 1914, 379, 380). Das Kostenerstattungsprinzip ist daher dem Sachleistungsprinzip gegenüber weder gleichartig noch gleichwertig. An dem Sachleistungsprinzip ist deshalb bis heute grundsätzlich festgehalten worden (BSG 19, 21, 23; Peters, aaO). Schon der Wortlaut des § 508 RVO (alle Leistungen "die § 179 RVO ihrer Art nach bei den Krankenkassen zuläßt") beschränkt die Leistungen der Ersatzkasse jedenfalls für die pflichtversicherten Mitglieder auf die Leistungsarten der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Hässler aaO, S. 291; Schroeder-Printzen aaO S. 47). Da nach § 184 RVO die Krankenhausbehandlung als Sachleistung zu gewähren ist, kann deshalb die Ersatzkasse ihren pflichtversicherten Mitgliedern die Beschaffung dieser Behandlung nicht selbst überlassen und ihnen die dafür aufgewandten Kosten ersetzen. Diese Beschränkung ist auch vom Gesetzgeber gewollt (siehe dazu die Darstellung bei Peters, aaO, § 508 Anm. 3 d Abs. 1). Daran hat sich bis heute nichts geändert (vgl. BSG 19, 21, 23). Die Klägerin hatte mithin der Frau B. als pflichtversichertem Mitglied die Krankenhausbehandlung in Form der Sachleistung zu gewähren. Ob auch für freiwillig versicherte Mitglieder von Ersatzkassen die Kostenerstattung unzulässig ist, braucht hier nicht entschieden zu werden; denn Frau B. ist als Rentnerin versicherungspflichtiges

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

- 8 -



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



- 8 -

Mitglied der Klägerin. Deshalb ist die von dieser angeführte Entscheidung des 9. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. Juli 1968 - 9 RV 950/65 - (teilweise abgedruckt in ErsK 1968, 423 f) nicht einschlägig und bedarf keiner Erörterung.

Die Klägerin vermag sich schließlich auch nicht darauf zu berufen, daß die VB von der Aufsichtsbehörde genehmigt worden sind. Diese Genehmigung bildet nur die formelle Voraussetzung ihrer Gültigkeit, sie kann aber keine Mängel heilen (BSG 18, 126, 129; BSG 24, 266, 269). Endlich kann die Klägerin ihre Ansprüche auch nicht aus der von den gesetzlichen Krankenkassen geübten Praxis herleiten, nach der diese im Falle der Krankenhauspflege dem Leistungsberechtigten zwar die Benutzung einer höheren als der allgemeinen Pflegeklasse ermöglichen, jedoch nur die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse tragen. Diese Praxis widerspricht nicht dem Sachleistungsprinzip; denn die Krankenkasse erbringt die Krankenhauspflege (allg. Pflegeklasse) und der Versicherte hat nur für die übersteigenden Kosten aufzukommen.

Nach alledem verstieß § 16 der genannten VB der Klägerin insoweit gegen § 508 RVO, als er für pflichtversicherte Mitglieder anstelle der Sachleistung "Krankenhauspflege" die Kostenerstattung vorsah. Die Klägerin kann deshalb nur insoweit Ersatz beanspruchen, als ihre Aufwendungen sich im Rahmen der gesetzlich zulässigen Leistungen gehalten haben. Daran ändert auch nichts der Umstand, daß nach II. § 19 Buchst. a) der Bestimmungen des RVA vom 19. Juni 1936 (RABl IV 195) der Krankenkasse die tatsächlichen Aufwendungen zu erstatten sind. "Tatsächlich" bedeutet nicht jegliche Aufwendungen, sondern nur diejenigen, zu denen die Krankenkasse nach Gesetz und Satzung berechtigt

- 9 -



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



- 9 -

und verpflichtet war und die sie in diesem Rahmen tatsächlich erbracht hat. Demgemäß sind nur die Pflegekosten der allgemeinen Pflegeklasse zu ersetzen. Wegen der Arztkosten steht der Klägerin kein Ersatzanspruch zu. Diese sind überdies durch den allgemeinen Pflegesatz abgegolten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

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](#)