

Bundessozialgericht

- 3 RK 34/78 -

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

Verkündet

am 19. Dezember 1978

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1.

2.

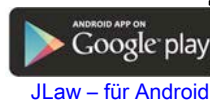
Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 19. Dezember 1978
für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozial-
gerichts für das Saarland vom 16. Februar 1978 wird zurück-
gewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht
zu erstatten.



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 :

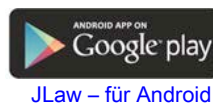
I

Streitig ist die Erstattung der Kosten eines privaten Krankenhausaufenthalts.

Der Kläger ist Pflichtmitglied der Beklagten. Er wurde wegen eines Reticulozellsarcoms ab 16. August 1968 in der Universitätsstrahlenklinik (C -Klinik) stationär behandelt. Als Therapie waren 50 Tele-Kobalt-Bestrahlungen vorgesehen. Nach Durchführung von 25 Bestrahlungen verließ der Kläger am 20. September 1968 vorzeitig die Klinik und suchte am 22. September 1968 die R -Klinik in R (Privat-Klinik Dr. I) auf. Dort ließ er sich auf eigene Kosten bis zum 8. Dezember 1968 sowie vom 23. August bis 4. Oktober 1969 stationär behandeln. Die Kosten für diese Behandlungen betrugen 17.745,89 DM. Die Beklagte erklärte sich ohne Anerkennung einer Rechtspflicht im Vergleichswege bereit, unter Zugrundelegung des Pflegesatzes der dritten Klasse die Kosten zu übernehmen, die bei einer stationären Behandlung in der C -Klinik entstanden wären. Die Übernahme eines restlichen Kostenbetrages von 5.682,49 DM lehnte sie ab. Widerspruch, Klage und Berufung hatten keinen Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat ausgeführt: Krankenhauspflege sei von den gesetzlichen Krankenkassen nur in Form der Sachleistung zur Verfügung zu stellen, nicht aber im Wege der Kostenerstattung. Deshalb bestehe gegenüber der Beklagten grundsätzlich nur Anspruch auf Behandlung in einem Vertragskrankenhaus der gesetzlichen Krankenversicherung. Die R -Klinik sei kein solches Vertragskrankenhaus. Es stehe zwar jedem Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich frei, einen Arzt oder ein Krankenhaus als Privatpatient aufzusuchen und damit auf den Sachleistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verzichten. Mit einem derartigen Verzicht entfielen jedoch alle weiteren Ansprüche gegen die Krankenkasse. Ein dringender Fall schließlich, der ausnahmsweise eine Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus erlaube, habe nicht vorgelegen; denn der Kläger habe sich in der (-Klinik in bester spezialärztlicher Behandlung befunden.



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



- 3 -

Mit der - zugelassenen - Revision rügt der Kläger Verletzung der §§ 103, 106, 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und der §§ 184 und 371 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Das LSG habe es unterlassen, mehrere von ihm benannte Zeugen darüber zu hören, daß er während einer früher erfolgten Behandlung in der Universitätsklinik H von den damals dort tätig gewesenen Ärzten als ein hoffnungsloser, weil unheilbarer Fall beurteilt worden sei und daß verschiedene Ärzte mit seiner Überweisung in die R -Klinik einverstanden gewesen seien. Auch habe das LSG entgegen seinem Antrag kein Gutachten des Prof. Dr. W in W zur Wirksamkeit der Kombination der Immuno- und Chemo-Therapie beigezogen. Außerdem habe ihm die Wahl des Krankenhauses nach § 184 RVO aF freigestanden. Schließlich habe das LSG zu Unrecht die Voraussetzungen eines dringenden Falles verneint.

Der Kläger beantragt,

das angefochtene Urteil sowie das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 5.682,49 DM zu zahlen, hilfsweise den Rechtsstreit an das LSG zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Aus den in vollem Umfang zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils ist die Beklagte nicht verpflichtet, dem Kläger die Kosten seines privaten Krankenhausaufenthalts zu erstatten.



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



- 4 -

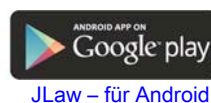
- 4 -

Nach den mit der Revision nicht angegriffenen und deshalb für den Senat als Revisionsgericht bindenden tatsächlichen Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) hat sich der Kläger in der R -Klinik in R auf eigene Kosten, also privat behandeln lassen. Derjenige, der einem Arzt oder einem Krankenhaus einen privaten Behandlungsauftrag erteilt, hat grundsätzlich auch die aufgrund dieses Auftrags entstehenden Behandlungskosten zu tragen. Daß er diese Kosten, falls er gleich dem Kläger in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, nicht nachträglich von seiner Krankenkasse erstattet bekommen kann, weil das System der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest bei Pflichtversicherten nicht vom Kostenerstattungs-, sondern vom Sachleistungsprinzip getragen wird und ihm deshalb die Möglichkeit einer privaten Behandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung durch die Krankenkasse fremd ist, steht nach der vom LSG bereits angeführten ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) außer Zweifel (BSGE 19, 21, 23 = SozR 14 zu § 184 RVO; BSGE 42, 117, 119 = SozR 2200 § 184 Nr 3; BSG SozR 2200 § 508 Nr 2, vgl auch BSGE 34, 172). Daß es sich aber bei dem Kläger nicht um einen dringenden Fall (§ 371 Abs 1 RVO aF) oder einen Notfall (§ 368d Abs 1 Satz 2 RVO aF) gehandelt hat, ist aufgrund der ausführlichen Begründung des angefochtenen Urteils offensichtlich. Auch brauchte das LSG die vom Kläger angebotenen Beweise nicht zu erheben; denn alle Beweisangebote bezogen sich lediglich auf seine gesundheitlichen Verhältnisse. Die Entscheidung des Rechtsstreits hing jedoch nicht von einer medizinischen Beurteilung dieser Verhältnisse ab; zu entscheiden war allein darüber, ob die Beklagte als gesetzlicher Krankenversicherungsträger dem Kläger als ihrem Pflichtmitglied die Kosten eines privaten Krankenhausaufenthalts zu erstatten hat.

- 5 -



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



- 5 -

Nach alledem ist der Revision des Klägers der Erfolg versagt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)