

# Bundessozialgericht

Az.: 3 RK 47/70

Im Namen des Volkes

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am  
12. Dez. 1972

Klägerin und Revisionsbeklagte,  
- Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Beklagte und Revisionsklägerin,  
- Prozeßbevollmächtigter:

beigeladen:

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die  
mündliche Verhandlung vom 12. Dezember 1972

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des  
Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 9. April 1970 auf-  
gehoben und die Beigeladene verurteilt, an die Klä-  
gerin für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968  
Hausgeld zu zahlen.

Die Beigeladene hat der Klägerin die außergericht-  
lichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.



- 2 -

G r ü n d e:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Allgemeine Ortskrankenkasse oder die beigeladene Bundesknappschaft verpflichtet ist, der Klägerin für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968 Hausgeld zu zahlen.

Die Klägerin ist Mitglied der Beklagten. In der Zeit vom 12. bis 22. August 1968 befand sie sich zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus, weil ihrer Tochter Barbara ein Knochenspan implantiert werden sollte, der von der Klägerin entnommen wurde. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung zur Abheilung der Operationswunde wurde ärztlich bescheinigt.

Die gleichzeitige stationäre Behandlung der Tochter, deren Vater knappschaftlich krankenversichert ist, erfolgte auf Kosten der Beigeladenen. Diese hat auch die Kosten der stationären Behandlung der Klägerin bis zum 22. August 1968 getragen. Die Kosten einer anschließend weiter erforderlichen stationären Behandlung übernahm die Beklagte, weil diese durch eine Gastroduoenitis bedingt war. Für die Zeit ab 23. August zahlte die Beklagte auch Hausgeld.

Mit Bescheid vom 20. August 1969 lehnte die Beklagte jedoch die Zahlung von Hausgeld an die Klägerin für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968 ab: Nicht sie, sondern die Beigeladene habe die genannte Leistung zu erbringen. Der Widerspruch blieb ohne Erfolg.

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte verurteilt, an die Klägerin Hausgeld für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968 zu zahlen. Es ist dabei im wesentlichen den Ausführungen des Reichsversicherungsamts (RVA) in seinem Bescheid vom 20. März 1942 (AN 251) gefolgt. Das SG hat die Berufung zugelassen.

- 3 -



- 3 -

Gegen dieses Urteil hat die Beklagte Sprungrevision eingelegt und die Einverständniserklärung der Klägerin sowie der Beigeladenen vorgelegt. Sie trägt vor: Hausgeld sei keine selbständige Leistung, sondern vielmehr an die Gewährung von Krankenhauspflege gekoppelt, und jene sei von der Beigeladenen gewährt worden. Die Beigeladene sei daher verpflichtet, für sämtliche Kosten der Gewebeübertragung aufzukommen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Gelsenkirchen vom 9. April 1970  
aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

die Beigeladene zu verurteilen, der Klägerin den  
entstandenen Lohnausfall für die Zeit vom 12. bis  
22. August 1968 zu ersetzen.

Die Klägerin und die Beigeladene beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

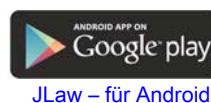
## II

Die Sprungrevision ist zulässig (§ 161 Abs. 1 i.V.m. § 150 Nr. 1 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-). Die Berufung war gemäß § 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG ausgeschlossen, da es sich um eine wiederkehrende Leistung für einen Zeitraum bis zu 13 Wochen handelt. Die Klägerin begehrt die Zahlung von Hausgeld für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968. Deshalb durfte das SG, wie geschehen, die Berufung zulassen. Die Revisionsklägerin hat die Einwilligung der Revisionsbeklagten und der beigeladenen Bundesknappschaft der Revisionschrift beigelegt.

- 4 -



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



- 4 -

Die Sprungrevision ist begründet. Die Beigeladene ist anstelle der Beklagten verpflichtet, der Klägerin für die genannte Zeit Hausgeld zu gewähren.

Die Beigeladene hat der Tochter des bei ihr versicherten Szlafka Krankenhauspflege gewährt, damit bei dieser ein Knochenspan implantiert werden konnte. Das war nur möglich, weil die Klägerin, die bei der Beklagten versichert ist, sich als Spenderin dafür zur Verfügung gestellt hatte. Deswegen hat die Beigeladene auch zutreffend die Kosten für die durch das Spenden des Knochenspans erforderliche stationäre Heilbehandlung der Klägerin übernommen; denn insoweit handelt es sich - dem Wesen der Organspende entsprechend - um eine Nebenleistung, die der stationären Behandlung der Empfängerin des Transplantats zuzurechnen ist (RVA in EuM 40, 351; Bescheid des RVA vom 20. März 1942 in AN 1942, 251; im Ergebnis ebenso die Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer Besprechung am 10./11. August 1971 in BKK 1971, 307). Wie in der letztgenannten Stellungnahme zutreffend hervorgehoben ist, wird die Organspende ausschließlich im Interesse des Empfängers vorgenommen. Sie ist ein Teil der Maßnahmen zur Wiederherstellung seiner Gesundheit oder zur Besserung seines Zustands. Wie alle sonstigen Vor- und Nebenleistungen im Zusammenhang mit solchen Maßnahmen gehören daher auch die Aufwendungen für die ambulante oder stationäre Behandlung des Organspenders zu der dem Empfänger zu gewährenden Krankenhilfe.

Zutreffend ist hieraus in der genannten Stellungnahme der Schluß gezogen worden, daß die gesamten mit der Organentnahme verbundenen Aufwendungen von der für den Empfänger zuständigen Krankenkasse zu tragen sind. Nicht gebilligt werden kann die Auffassung des RVA (Bescheid vom 20. März 1942, AN 251), wonach zwischen dem eigentlichen Entnahme-

- 5 -



- 5 -

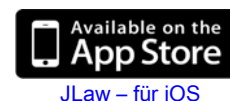
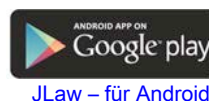
akt - dessen Kosten von der Krankenkasse des Empfängers getragen werden sollen - und dem Folgezustand - der als behandlungsbedürftige Krankheit zu Lasten der Krankenkasse des Spenders gehen soll - unterschieden wird. Diese Wertung des mit der Organspende verbundenen Folgezustands als "Krankheit", die eigentlich zu der auch vom RVA verworfenen Folgerung führen müßte, diese Krankheit habe sich der Organspender "vorsätzlich zugezogen" (vgl. § 192 Abs. 1 Nr. 2 RVO), ist mit dem von RVA selbst für die Organspende herausgestellten Leitgedanken unvereinbar, es handele sich hier um "eine einheitliche, unteilbare Leistung", die im ganzen von der Krankenkasse des Organempfängers zu tragen sei. Die ambulante oder stationäre Behandlung des Organspenders vor, bei und nach dem Entnahmeakt ist jedenfalls dann, wenn sie komplikationslos verläuft, grundsätzlich nur eine Teilmaßnahme im Rahmen der Behandlung des versicherten Empfängers und keine selbständig zu beurteilende Krankenhilfe für den "erkrankten" Spender. Ob eine subsidiäre Leistungspflicht der Krankenkasse des versicherten Spenders besteht, wenn der Empfänger nicht versichert ist, läßt der Senat offen.

Fallen demnach sämtliche mit einer Organspende verbundenen Aufwendungen der Krankenkasse des Organempfängers zur Last, so gehören hierzu auch die durch den Verdienstausschlag infolge der mit der Organentnahme verbundenen Arbeitsunfähigkeit des Spenders entstandenen Kosten. Wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer schon genannten Stellungnahme vom August 1971 erwägen, daß in einem solchen Fall der Verdienstausschlag in Höhe des Nettolohns ersetzt werden soll, so tragen sie damit dem Umstand Rechnung, daß eine Barleistung für den Verdienstausschlag eines Dritten, der im Zusammenhang mit der Krankenhilfe für den Versicherten steht, gesetzlich nicht vorgesehen ist. Insbesondere wird hier zutreffend angenommen, daß § 186 Abs. 1 RVO aF unmittelbar nicht anwendbar ist; denn das neben der Krankenhauspflege zu gewährende Hausgeld aF war eine Barleistung an den Versicherten.

- 6 -



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



- 6 -

Indessen bestehen jedenfalls dann, wenn auch der Spender gesetzlich Versicherter ist, keine Bedenken, die für die Arbeitsunfähigkeit bei Krankenhauspflege getroffene Regelung entsprechend anzuwenden. Das Hausgeld erfüllt in einem solchen Fall dieselbe Verdienstaufgleichsfunktion und ermöglicht eine versicherungsgerechte Lösung. Sie erlaubt den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, ihre Barleistungsverpflichtung im gewohnten Rahmen auf einfache Weise abzuwickeln, insbesondere dann, wenn sie sich dabei der Amtshilfe der Krankenkasse des Spenders bedienen. Demnach war die Beigeladene verpflichtet, der Klägerin Hausgeld für die Zeit vom 12. bis 22. August 1968 zu gewähren. Das angefochtene Urteil mußte aufgehoben werden.

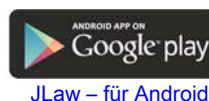
Gemäß § 75 Abs. 5 SGG konnte die Beigeladene verurteilt werden; denn sie ist zum Verfahren beigeladen worden. Einer ausdrücklichen Klageänderung bedarf es nicht. Das SGG geht vielmehr davon aus, daß der Kläger zwar in erster Linie die Verurteilung des beklagten Versicherungsträgers, hilfsweise aber auch die eines anderen in Betracht kommenden, am Verfahren durch Beiladung beteiligten Versicherungsträgers erstrebt (Urteil des Senats vom 30. Juni 1964, SozR Nr. 26 zu § 75 SGG mit weiteren Nachweisen).

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](#)