

Bundessozialgericht

Az.: 9 RV 182/70

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
21. Sept. 1970

.....
Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

.....
Beklagter und Revisionsbeklagter.

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat am 8. September 1970 ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 SGG durch

Senatspräsident	Dr. N e u h a u s	
	- Vorsitzender -,	
Bundesrichter	Dr. M a i s c h ,	
Bundesrichter	Dr. R e n n e r ,	
Bundessozialrichter	S c h ü t z	und
Bundessozialrichter	F e i g e	

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 22. Januar 1970 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

Die Beschädigten B., H., I., J., K., M., M., M., P., R., S., S., S., T., W., W. und W., die Mitglieder der Klägerin (der Allgemeinen Ortskrankenkasse Memmingen) sind, wurden nach den unangegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts (LSG) in der Zeit vom 1. Januar 1964 bis zum 31. März 1966 wegen anerkannter Schädigungsfolgen in sogenannten Belegkrankenhäusern behandelt. Am 26. August 1966 begehrte die Klägerin hierfür vom Beklagten mit Sonderkostennachweis für Belegarztfälle den Ersatz von Belegarztkosten, die im anschließenden Klageverfahren mit insgesamt 1943,55 DM beziffert worden sind. Das Versorgungsamt lehnte diese Forderung mit Schreiben vom 5. September 1966 ab, weil Arztkosten bei belegärztlicher Behandlung nur dann erstattet werden könnten, wenn sie von der Krankenkasse besonders vergütet werden müßten und nicht in der Gesamtvergütung enthalten seien. Dabei nahm die Versorgungsbehörde auf das Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vom 2. Juli 1963 (BVB1 1963 S. 82) Bezug, wonach eine gesonderte Erstattung solcher Arztkosten selbst dann nicht in Betracht komme, wenn sie als Rechengröße aus der Gesamtvergütung ermittelt werden könnten. Die Gesamtvergütung werde für die gesamte kassenärztliche Versorgung entrichtet und deshalb weder im ganzen noch zu einem Teil wegen der Krankenhauskosten in einem bestimmten Behandlungsfall aufgewendet. Das Sozialgericht (SG) hat die im November 1966 von der Klägerin erhobene Klage mit Urteil vom 6. Dezember 1967 abgewiesen. Mit ihrer Berufung hat die Klägerin (trotz des Wegfalls dieser Einschränkung ab 1. Januar 1964) nur noch den Ersatz von 3/4 des obigen Betrages

- 3 -



- 3 -

= 1457,66 DM geltend gemacht. Sie hat u.a. vorgetragen, nach § 368 f Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) richte sich die Gesamtvergütung nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen. Die von den Kassenärzten in ambulanter Praxis und den Belegärzten auf dem stationären Sektor erbrachten Leistungen seien einzeln vergütet worden. Obwohl also die Gesamtvergütung in Form der sog. Kopfpauschalregelung berechnet worden sei, sei die Vergütung grundsätzlich nach Einzelleistungen erfolgt. Der nach § 368 f Abs. 1 RVO aufgestellte Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 30. Mai 1962 habe dies ausdrücklich vorgesehen. Die Summierung der ambulanten und stationären ärztlichen Kosten im Einzelfall bestimme die Höhe der Gesamtvergütung. Es sei sogar jeweils eine Erhöhung oder Senkung der Gesamtvergütung vereinbart worden, wenn durch Neuzulassung eines Kassenarztes als Belegarzt bisher nicht angefallene stationäre Leistungen hinzugekommen oder solche entfallen seien, weil ein Kassenarzt seine Tätigkeit als Belegarzt am Krankenhaus eingestellt habe oder das Krankenhaus einen hauptamtlichen Arzt, dessen Vergütung mit dem Pflegesatz abzugelten gewesen sei, habe einstellen müssen. Auch daraus ergebe sich, daß die Klägerin auf dem stationären kassenärztlichen Sektor unmittelbar belastet worden sei, weil die Addition der Kosten im Einzelfall die Höhe der Gesamtvergütung bestimme.

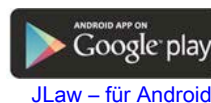
Das LSG hat die Berufung der Klägerin mit Urteil vom 22. Januar 1970 zurückgewiesen.

Es hat u.a. ausgeführt, es gehe um die Abgrenzung des Begriffs der Aufwendungen i.S. des § 19 Abs. 1 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) i.d.F. des 2. NOG. Darunter verstehe man ein Vermögensopfer, wobei unerheblich sei, ob

- 4 -



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



- 4 -

der Aufwendung auf der einen Seite ein Vermögensvorteil auf der anderen Seite gegenüberstehe. Die Klägerin habe für die belegärztliche Behandlung der bei ihr versicherten Beschädigten kein Opfer in Geld oder Geldeswert erbracht. Ob die Versorgungsbehörde andererseits etwas erspart habe, sei unwesentlich. Wenn die Krankenhauspflege eines gegen Krankheit versicherten Beschädigten in einem Krankenhaus mit beamteten Ärzten stattfinde, so bestehe die Aufwendung der Krankenkasse darin, daß sie den sogenannten großen Pflegesatz, der auch die Kosten der ärztlichen Betreuung mit umfasse, an den Krankenhausträger entrichte. In diesen Fällen brächten die Krankenkassen ein finanzielles Opfer von genau bestimmbarer Größe, für das von der Versorgungsverwaltung Ersatz geleistet werde. Darüber gebe es zwischen den Krankenkassen und den Versorgungsbehörden keinen Streit. Anders verhalte es sich dagegen bei der belegärztlichen Behandlung versicherter Beschädigter. Die Vergütung der Behandlung durch Kassenärzte bei Krankenhauspflege (sogenannte belegärztliche Behandlung) sei, sofern sie nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten werde, Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung. Nach der hier maßgebenden Regelung im kassenärztlichen Mantelvertrag für Bayern vom 25. März 1932 werde durch das sogenannte Kopfpauschale auch die kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Kliniken abgegolten. Hierbei werde aus dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen, multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die Gesamtvergütung errechnet, welche die Krankenkasse für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung entrichte. Seit der Neufassung des § 368 der Reichsversicherungsordnung durch das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17. August 1955 werde das Kopfpauschale an die

- 5 -



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

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

- 5 -

während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkasse sowie an die Grundlohnsumme angepaßt. Die Bedeutung des Kopfpauschale bestehe darin, daß es die Krankenkassen von dem unmittelbaren Krankheitsrisiko, und zwar sowohl hinsichtlich der Zahl der Behandlungsfälle als auch hinsichtlich der Zahl der Leistungen je Fall, enthebe. Eine Zunahme der Fälle und der Leistungen je Fall wirke sich nicht sofort und unmittelbar aus, sondern führe erst in der Zukunft zu einer Anpassung des Kopfpauschale. Daraus ergebe sich, daß, solange die Gesamtvergütung nach dem sogenannten Kopfpauschale berechnet werde, die Krankenkasse für die belegärztliche Behandlung eines versicherten Beschädigten kein zahlenmäßig bestimmbares Vermögensopfer erbringen müsse, d.h., daß sie - hier jedenfalls bis zum 31. März 1966 - für die Behandlung des einzelnen versicherten Beschädigten nichts aufzuwenden gehabt habe. Daran ändere der Umstand nichts, daß der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beschlossen durch deren Vertreterversammlung am 26. Mai 1962, in § 2 eine Vergütung nach Einzelleistungen vorsehe. Der Honorarverteilungsmaßstab habe nur die Verteilung der Gesamtvergütung an die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung geregelt, aber weder mittelbar noch unmittelbar die Höhe der von der Kasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Gesamtvergütung beeinflusst. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Fällen belegärztlicher Behandlung versicherter Beschädigter ermittelten Auszahlungsquoten könnten deshalb nicht als Aufwendungen der Krankenkassen angesehen werden. Die Höhe des an den einzelnen Arzt gezahlten Honorars wirke sich nur dann unmittelbar auf die Gesamtvergütung aus, wenn diese nach dem System der Einzelleistungen berechnet werde,

- 6 -



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

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

- 6 -

was in § 368 f Abs. 3 RVO n.F. ausdrücklich zugelassen worden sei. Eine solche Regelung enthalte der Gesamtvertrag, den der Verband gesetzlicher Krankenkassen in Nordschwaben für die Klägerin mit der Kassenärztlichen Vereinigung am 20. Januar 1966 mit Wirkung vom 1. April 1966 abgeschlossen habe. Nunmehr werde die zur Abgeltung der kassenärztlichen Versorgung zu entrichtende Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet. Seit dem 1. April 1966 führe somit die belegärztliche Behandlung eines versicherten Beschädigten zu einem erhöhten Aufwand der Krankenkasse, der nach § 19 Abs. 1 Satz 1 BVG erstattungsfähig sei. Deshalb gebe es auch seit diesem Zeitpunkt keinen Streit mehr zwischen den Krankenkassen, die bei der Berechnung der Gesamtvergütung das System der Einzelleistungsvergütung anwendeten, und den Versorgungsbehörden. Daß vor dem 1. April 1966 ein Ersatz nicht in Betracht komme, bestätigten auch die Ausführungen Lauterbach's im Kommentar zur Unfallversicherung (UV) 2. Aufl. Anm. 5 zu § 1509 a RVO. Danach habe die Krankenkasse, wenn sich nachträglich herausstelle, daß die Krankheit nicht Folge eines Unfalles gewesen sei, dem Träger der UV, der Leistungen gewährt habe, das zu ersetzen, was sie selbst nach dem Recht der Krankenversicherung hätte leisten müssen. Nach Lauterbach gehörten zu den Aufwendungen, welche die Krankenkasse dem Träger der UV zu ersetzen habe, nicht die Arztkosten, die durch die von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung abgegolten worden wäre, falls die Krankenkasse die Behandlung selbst durchgeführt hätte. Auch die Krankenkassen seien hierbei bis zum 1. April 1966 davon ausgegangen, daß sie für die kassenärztliche Behandlung eines einzelnen Versicherten keine besonderen Aufwendungen zu erbringen hätten. Das gleiche müsse aber auch für das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und dem Versorgungsträger gelten. Dieser Auffassung stehe auch Nr. 1 der Verwal-

- 7 -



- 7 -

waltungsvorschriften (VerwV) zu § 19 BVG i.d.F. vom 14. August 1961 nicht entgegen. Danach gehörten zu den Aufwendungen für Krankenhauspflege die Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegegesetz enthalten seien. Die Klägerin irre, wenn sie meine, mit den Arztkosten, die nicht im Pflegegesetz enthalten seien, könnten nur die Kosten belegärztlicher Behandlung gemeint sein. Kosten, die nicht im Pflegegesetz enthalten seien, aber echte Aufwendungen im Sinne des § 19 BVG darstellten, seien z.B. die Kosten für die ärztliche Behandlung eines in eine höhere Pflegeklasse als die dritte stationär aufgenommenen Ersatzkassenmitgliedes (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts - BSG - vom 16. Juli 1968 - Az.: 9 RV 950/65). Ganz abgesehen davon, daß die VerwV keine authentische Gesetzesinterpretation darstellten, gebe ihr Wortlaut also keinen Anlaß zu einer anderen Beurteilung. § 19 Abs. 1 BVG verpflichtete die Versorgungsverwaltung nicht, für in Zukunft möglicherweise eintretende Mehrbelastungen der Krankenkasse aufzukommen. Zudem sei es ungewiß, ob eine bestimmte Anzahl belegärztlicher Behandlungsfälle bei der Festsetzung der Gesamtvergütung für das nächste Jahr überhaupt zu einer Mehrbelastung führe. Die Krankenkassen hätten zwar auch für die ambulante Behandlung versicherter Beschädigter keine Aufwendungen im Sinne eines konkret bestimmbar Vermögensopfers zu erbringen, weil die Gesamtvergütung für die gesamte kassenärztliche Versorgung, die ambulante und die stationäre, entrichtet werde. Wenn der Gesetzgeber dennoch eine durch § 19 Abs. 3 BVG a.F. bzw. durch die Verordnung vom 5. August 1965 zu § 19 Abs. 1 BVG näher geregelte pauschale Abgeltung der im einzelnen nicht nachweisbaren Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung für erforderlich gehalten habe, so habe er sich dabei wohl von dem Bestreben leiten lassen, eine mögliche zukünftige finanzielle Belastung der Krankenkassen durch ärztliche Behandlung versicherter Beschädigter auszuschließen. Wenn die beleg-

- 8 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

ärztliche Behandlung in diese pauschale Regelung nicht einbezogen worden sei, so verstoße dies nicht gegen Artikel 120 des Grundgesetzes.

Mit der zugelassenen Revision trägt die Klägerin u.a. vor, die Neuregelung durch das Zweite Neuordnungsgesetz (2. NOG) zum BVG gehe von dem Grundsatz der vollen Kostenerstattung aus, der sich aus dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Versicherungsrisiko ergebe. Nach dem 2. NOG würden u.a. die Aufwendungen für Krankenhauspflege voll ersetzt. Der BMA habe unter dem Begriff "Gesamtvergütung" wohl ausschließlich das "Kopfpauschale" verstanden wissen wollen; denn nach § 368 f Abs. 1 RVO i.V.m. den Absätzen 2 und 3 könne sich die Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschalsystem, einem Fallpauschalsystem, nach Einzelleistungen oder nach einem Mischsystem errechnen. Nachdem die Versorgungsverwaltung - zumindest in Bayern - seit Zahlung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen ab 1. April 1966 die Kosten belegärztlicher Tätigkeit bei versicherten Beschädigten erstatte, sei diese Schlußfolgerung zwingend. Nach Heinemann-Liebold, Kassenarztrecht 4. Aufl. Bd. I S. I 27 d gliedere sich der Vergütungsvorgang bei einem Kopfpauschalsystem in vier Phasen:

- a) Abrechnung des Kassenarztes bei der Kassenärztlichen Vereinigung.
- b) Prüfung der Abrechnung.
- c) Errechnung der Gesamtvergütung (= Kopfpauschale) durch die Krankenkasse und Zahlung an die Kassenärztliche Vereinigung.
- d) Verteilung der Gesamtvergütung (= Kopfpauschale) durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Kassenärzte.

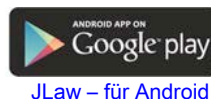
- 9 -

Diese Abrechnung habe bis zum 31. März 1966 gegolten, und zwar auch für die stationäre kassenärztliche Behandlung nach § 368 g Abs. 4 i.V.m. § 368 f Abs. 5 RVO. Wenn das LSG den Begriff "Aufwendungen" nunmehr so auslege, daß bei Abgeltung der Kosten belegärztlicher Behandlung durch die Krankenkassen mittels einer Gesamtvergütung in Form eines Kopfpauschales die Krankenkasse kein Opfer in Geld oder Geldeswert erbracht habe, so könne dem nicht gefolgt werden. Sinn und Zweck der Erstattungsregelung des § 19 BVG sei es, die Krankenkassen von Aufwendungen freizustellen, die Folgekosten des letzten Krieges seien. Deshalb könne sich der Revisionsbeklagte nicht darauf beschränken, bei stationärer Behandlung versicherter Beschädigter in Belegkrankenhäusern den Krankenkassen nur die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zu erstatten, es im übrigen aber der Krankenkasse zu überlassen, die Arztkosten zu tragen. Es gehe nicht an, den im Gesetz eindeutig zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers mit den bestehenden Verhältnissen nicht in Einklang zu bringen. § 19 Abs. 1 BVG stelle beim Kostenersatz der Aufwendungen für Krankenhauspflege nicht auf die Art der Berechnung der Kosten für ärztliche Behandlung, also nicht darauf ab, ob sie in einem Pauschalsatz enthalten seien oder gesondert in Rechnung gestellt würden, sondern, ob sie aufgewendet worden seien, also auf die Höhe der Kosten; das ergebe sich sinngemäß aus dem Urteil des BSG vom 16. Juli 1968 - Az.: 9 RV 950/65. Der Revisionsbeklagte könne nicht eine Verschiebung zu Lasten der Krankenversicherung vornehmen und die Ersatzleistung zum Nachteil der Krankenkasse teilweise verweigern. Bei dem geschilderten Vergütungsvorgang seien die von der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellten Kosten der belegärztlichen Tätigkeit (s. Buchst. b) in Höhe der Verteilung der Gesamtvergütung (s. Buchst. d),

- 10 -



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

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

- 10 -

in jedem Einzelfall nachzuweisen; in Höhe dieses Nachweises seien der Krankenkasse Aufwendungen für die belegärztliche Behandlung versicherter Beschädigter entstanden und ihr somit vom Beklagten nach § 19 Abs. 1 BVG zu erstatten.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für die belegärztliche stationäre Behandlung in Höhe von 1457,66 DM nach § 19 Abs. 3 BVG zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Dem LSG-Urteil sei voll zuzustimmen. Durch die Gesamtvergütung werde auch die Behandlung eines Versorgungsberechtigten in einem Belegkrankenhaus durch einen Belegarzt abgegolten. Die behandelnden Ärzte, auch die Belegärzte in Belegkrankenhäusern hätten vor dem 1. April 1966 aus der Gesamtvergütung nach einem bestimmten Verteilerschlüssel (Honorarverteilungsmaßstab) ihre Honorare erhalten. Diese Auszahlungen könnten somit nicht als "konkrete Aufwendungen" der Krankenkassen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 BVG bezeichnet werden. Die Klägerin habe auch nicht ohne Rechtsgrund Leistungen an den Belegarzt erbracht, sie sei hierzu vielmehr auf Grund des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung der RVO verpflichtet gewesen. Von dieser Rechtspflicht zur Leistung gehe die Aufwandsersatzregelung des § 19 BVG aus. Diese Regelung setze die Verpflichtung voraus, daß Heilbehandlung sowohl nach dem BVG als auch nach der RVO gewährt werden müsse, und beschränke gerade mit Rücksicht auf den letzteren Verpflichtungsgrund den Ersatzanspruch der

- 11 -



- 11 -

Krankenkasse im Falle der Krankenhauspflege eines versorgungsberechtigten Kassenmitgliedes auf die Erstattung der nachgewiesenen tatsächlichen Aufwendungen. Solche nachweisbaren und allein erstattungsfähigen "Aufwendungen" aus Anlaß einer Krankenhausbehandlung entstünden der Krankenkasse im allgemeinen aus der Zahlung des Pflegesatzes (der "große" und der "kleine Pflegesatz" würden von der Krankenkasse unmittelbar an die betreffenden Krankenanstalten bezahlt und von der Versorgungsverwaltung den Krankenkassen entsprechend erstattet) sowie in den besonderen Fällen, in denen von der Krankenkasse Arztkosten zu vergüten seien, die weder durch den Pflegesatz noch durch die Gesamtvergütung abgegolten würden. Würden die Belegarztkosten - wie im vorliegenden Falle - von der Krankenkasse durch die Hingabe einer Gesamtvergütung nach § 368 f RVO abgefunden, so komme mangels nachweisbarer Aufwendungen der Krankenkasse aus Anlaß eines konkreten Krankenhausbehandlungsfalles ein Ersatz an die beauftragte Krankenkasse (§ 14 Abs. 2 BVG) nach § 19 BVG nicht in Betracht. In Fällen, in denen die Wortauslegung wie hier zu einem eindeutigen Ergebnis führe, bestehe kein Bedürfnis für eine Auslegung nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift. Der Hinweis der Klägerin auf das "sinngemäße" Urteil des BSG vom 16. Juli 1968 - 9 RV 950/65 - gehe fehl, da es dort um einen Ersatzanspruch einer Krankenkasse über Belegarztkosten, die die Kasse auf Grund ihrer Vertragsbestimmungen bei stationärer Behandlung ihrem Mitglied zu erstatten gehabt habe, gegangen sei. Außerdem habe das BSG in diesem Falle ausdrücklich festgestellt, daß § 19 Abs. 3 BVG darauf abstelle, ob die Kosten "aufgewendet" worden seien. Im übrigen habe auch schon das Reichsversicherungsamt (RVA) zum Begriff der Aufwendungen im Rahmen der Erstattungsregelung am 4. März 1941 bestimmt (AN 1941 S. 128), daß zu den Aufwendungen, die die Krankenkasse nach § 1509 a RVO dem UV-Träger zu ersetzen habe, diejenigen Arztkosten nicht

- 12 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 12 -

gehörten, die durch die von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands gezahlte Gesamtvergütung (Kopfpauschale) abgegolten worden wären, falls die Krankenkasse die Behandlung selbst durchgeführt hätte. In diesem Sinne müsse auch hier der Begriff der "Aufwendungen" aufgefaßt werden, zumal die Krankenkassen im Falle der gegen sie gerichteten Ersatzansprüche der Sozialhilfeträger bei einer an die Kassenärztliche Vereinigung geleisteten Gesamtvergütung diese Begriffserklärung als Argument für ihre Auffassung anführten (vgl. Die Ortskrankenkasse 1969 S. 664, 665 unter II "b" und "zu b").

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

Die durch Zulassung statthafte Revision ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden und deshalb zulässig (vgl. §§ 162 Abs. 1 Nr. 1, 164, 166 SGG); sachlich konnte sie keinen Erfolg haben.

Die Klägerin stützt ihren Anspruch auf die Vorschrift des § 19 BVG in der hier anzuwendenden Fassung des 2. NOG vom 21. Februar 1964 (BGBl I 85), die in Abs. 1 Satz 1 bestimmt, daß den Krankenkassen, die nicht nur nach den Vorschriften dieses Gesetzes (des BVG) verpflichtet sind, Heilbehandlung zu gewähren, "die Aufwendungen für Krankenhauspflege und kleinere Heilmittel ersetzt" werden. Damit sind die Krankenkassen, wie die Revisionsklägerin unter Hinweis auf das Schrifttum mit Recht erwähnt, gegenüber der früheren Regelung des § 19 BVG insofern besser gestellt, als damals (vgl. z.B. § 19 Abs. 3 BVG i.d.F. des 1. NOG vom 27. Juni 1960 (BGBl I 453)) bei Krankenhausbehandlung nur drei Viertel der aufgewendeten Krankenhaus-

- 13 -



- 13 -

kosten ersetzt worden sind. Sonach gilt nunmehr auch für die Krankenhauspflege, deren Aufwendungen nach § 19 BVG zu erstatten sind, (ähnlich wie schon seither für § 20 BVG) der Grundsatz des vollen und unbefristeten Kostenersatzes (vgl. Wilke, Komm. zum BVG 2. Aufl. Anm. II zu § 19 BVG S. 166; Rohr/Beuster/Strässer, Handkomm. zum Bundesversorgungsrecht mit Verfahrensrecht Bd. 1 S. 205; Püllmann-Sawusch, Das Bundesversorgungsgesetz und seine Anwendung Bd. III Teil B S. 396 und Schieckel/Gurgel, Komm. zum BVG IV. Aufl. (Band I) Stand 1. Dezember 1969 Anm. 6 zu § 19 BVG S. 223 (01)), Im Schriftlichen Bericht des 22. Ausschusses des Deutschen Bundestages, 4. Wahlperiode, BT-Drucks. IV/1831 S. 4 zu Nr. 15 ist zu dieser Neuregelung ausgeführt, daß sich der Grundsatz der vollen Kostenersatzung (der für die Krankenhauspflege sowie für das Hausgeld neu eingeführt worden ist), aus dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Versicherungsrisiko ergebe; daher würden den Krankenkassen (nunmehr) alle nachweisbaren Ausgaben einzeln erstattet. Für die Erstattung der übrigen, nicht nachweisbaren Ausgaben habe eine Pauschalregelung vorgesehen werden müssen.

Der "Grundsatz des vollen Kostenersatzes" nach § 19 BVG gilt sonach nur für einen Teil der Aufwendungen der Krankenkasse und auch für diesen Teil nur eingeschränkt, wie ein Vergleich mit der Vorschrift des § 20 BVG zeigt. Denn auch die Neufassung des § 19 BVG sieht - anders als § 20 BVG - den Ersatz eines "entsprechenden Anteils an den Verwaltungskosten" (§ 20 BVG a.F.) nicht vor. Nach § 19 BVG werden auch nicht allgemein "die entstandenen Kosten" (wie in § 20 BVG a.F.) ersetzt, sondern - hinsichtlich der Krankenhausbehandlung - nur "die Aufwendungen für Krankenhauspflege" (Satz 1), die durch die "Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen entstanden sind" (Satz 2). Erstattungsfähig sind sonach nur die durch die Behandlung einer Schädigungsfolge verursachten

- 14 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 14 -

tatsächlichen Ausgaben der Krankenkasse. Das LSG spricht insoweit von einem "Vermögensopfer" der Krankenkasse. Der Kostenersatz nach § 19 BVG setzt also den zweifachen Nachweis voraus, daß 1.) Krankenhauspflegekosten für die Behandlung beschädigter Versicherter (wozu nach der VerwV Nr. 1 zu § 19 BVG unter Umständen auch Arztkosten kommen können) entstanden sind und daß 2.) diese Kosten im Einzelfall von der Krankenkasse auch tatsächlich für die Behandlung des Beschädigten aufgewendet worden sind. Zumindest an dem Nachweis der zweiten Voraussetzung fehlt es im vorliegenden Fall.

Das LSG hat festgestellt, daß die Aufwendung der Krankenkasse bei der Krankenhauspflege allgemein darin bestehe, daß sie den sogenannten großen Pflegesatz, der auch die Kosten der ärztlichen Betreuung mitumfasse, an den Krankenhausträger entrichte. Anders sei es bei der belegärztlichen Behandlung versicherter Beschädigter. Hier werde nach der Regelung im kassenärztlichen Mantelvertrag für Bayern vom 25. März 1932 durch das sogenannte Kopfpauschale auch die kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Kliniken abgegolten. Aus dem Kopfpauschale werde die Gesamtvergütung errechnet, welche die Krankenkasse für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung entrichte. Seit der Neufassung des § 368 RVO durch das Gesetz vom 17. August 1955 werde das Kopfpauschale an die während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkasse sowie an die Grundlohnsumme angepaßt. Die Bedeutung des Kopfpauschale bestehe darin, daß es die Krankenkassen von dem unmittelbaren Krankheitsrisiko, und zwar sowohl hinsichtlich

- 15 -



- 15 -

der Zahl der Behandlungsfälle als auch hinsichtlich der Zahl der Leistungen je Fall, enthebe. Eine Zunahme der Fälle und der Leistungen je Fall wirke sich nicht sofort und unmittelbar aus, sondern führe erst in der Zukunft zu einer Anpassung des Kopfpauschale. Daraus ergebe sich, daß, solange die Gesamtvergütung nach dem sogenannten Kopfpauschale berechnet werde, die Krankenkasse für die belegärztliche Behandlung eines versicherten Beschädigten kein zahlenmäßig bestimmbares Vermögensopfer erbringen müsse, d.h., daß sie - hier jedenfalls bis zum 31. März 1966 - für die Behandlung des einzelnen versicherten Beschädigten nichts aufzuwenden gehabt habe. Diese Feststellungen sind, soweit sie tatsächlicher Natur sind, von der Revision nicht mit Verfahrensrügen angegriffen und daher für das BSG bindend (§ 163 SGG); soweit sie rechtlicher Natur sind, sind sie nicht zu beanstanden.

Nach Abs. 1 des § 368 f RVO i.d.F. des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl I 513) entrichtet die Krankenkasse für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368 RVO) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Diese verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte nach einem im Benehmen mit den Verbänden und Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen Abs. 2 schreibt vor, daß sich die Höhe der Gesamtvergütung erstens nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und zweitens nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (Kopfpauschale) bestimmt. Dabei sind für die Ermittlung des Jahresbedarfs die in einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen; die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse und die seit der letzten

- 16 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 16 -

Festsetzung des Kopfpauschale. eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme sind hierbei angemessen zu berücksichtigen. Das Kopfpauschale wird für jede Krankenkasse berechnet und im Gesamtvertrag festgesetzt. Der Gesamtvertrag muß Bestimmungen enthalten über die Anpassung des Kopfpauschale an eine während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkasse sowie über die Anpassung an die Grundlohnsumme ... Abs. 3 bestimmt, daß abweichend von den Vorschriften des Abs. 2 im Gesamtvertrag vereinbart werden kann, daß die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. Ferner sieht Abs. 5 dieser Vorschrift vor, daß die Verträge für die stationäre Behandlung in Krankenanstalten (§ 368 g Abs. 4) sowie für die ärztliche Behandlung solcher Personen, für die die Krankenkassen nach der Vorschrift des § 363 a oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften die Gewährung ärztlicher Behandlung übernehmen, besondere Bestimmungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen enthalten müssen, soweit die Vergütung nicht unmittelbar durch andere Kostenträger erfolgt (vgl. RVO nach dem Stand vom 1. Oktober 1959 und 1. Februar 1966).

Die Vorschriften über die Gesamtvergütung sind vor allem für die hier strittigen belegärztlichen Behandlungen von Bedeutung, d.h. für die Fälle, in denen die Vergütung des Kassenarztes nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird. § 368 g RVO bestimmt hierzu in Abs. 4, daß die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung ist, als sie

- 17 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 17 -

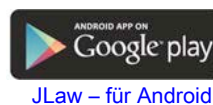
durch Kassenärzte erfolgt und deren Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird. Eine solche Vereinbarung über die Gesamtvergütung hat die Klägerin, die sich auf die vereinbarte "Kopfpauschalregelung" beruft, getroffen. Demgemäß hat auch das LSG zur Art der im Gesamtvertrag vereinbarten Vergütung unangegriffen festgestellt, daß nach dem kassenärztlichen Mantelvertrag für Bayern die Gesamtvergütung, die die Krankenkasse für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete, nach dem Kopfpauschale errechnet werde.

Unter Würdigung der Feststellungen des LSG ist sonach davon auszugehen, daß die Klägerin in dem hier strittigen Zeitraum eine Gesamtvergütung unter Zugrundelegung eines Kopfpauschale nach § 368 f Abs. 1 und 2 RVO geleistet, also von der Möglichkeit, nach Abs. 3 dieser Vorschrift die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale nach Einzelleistungen oder nach einem Mischsystem zu berechnen, keinen Gebrauch gemacht hat. Erst im Gesamtvertrag vom 20. Januar 1966 ist, wie das LSG festgestellt hat, mit Wirkung vom 1. April 1966 vereinbart worden, daß die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, weshalb es seitdem zu Streitigkeiten der vorliegenden Art nicht mehr kommt. Die Höhe der hier zu beurteilenden Art von Gesamtvergütung bestimmt sich gemäß § 368 f Abs. 2 RVO - wie oben erwähnt - nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (= Kopfpauschale). Das Gesetz schreibt ferner vor, daß für die Ermittlung des Jahresbedarfs die in einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen sind und das Kopfpauschale an die während der Laufzeit des Vertrages eingetretenen Veränderungen der kassenärztlichen Leistungen sowie an etwaige Veränderungen der

- 18 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 18 -

Grundlohnsumme anzupassen ist. Die Klägerin hat geltend gemacht, daß die von der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellten Kosten den Belegärzten einzeln vergütet worden seien. Das allein genügt jedoch nicht, vielmehr müssen diese Kosten, wie oben dargelegt worden ist, im Einzelfall auch nachweisbar für den Beschädigten von der Krankenkasse aufgewendet worden sein. Nach den Feststellungen des ISG hatte aber die Klägerin für den hier streitigen Zeitraum nur die pauschal errechnete Gesamtvergütung, nicht aber auch die hier streitigen Beträge zu zahlen. Die streitigen belegärztlichen Kosten lassen sich zwar "nachweisen", sie sind von der Klägerin aber nicht "aufgewendet" worden. Der Grundsatz des vollen Ersatzes gilt aber nur für die von der Krankenkasse selbst erbrachten, durch die Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen entstandenen "Aufwendungen für Krankenhauspflege". Dies ergibt sich eindeutig aus § 19 Abs. 1 Satz 1 und 2 BVG. Bei der gegebenen Sachlage ist die Feststellung des ISG, die Klägerin habe (bis zum 31. März 1966) für die belegärztliche Behandlung eines einzelnen versicherten Beschädigten außer der Gesamtvergütung nichts zusätzlich aufzuwenden gehabt, nicht zu beanstanden. Die hier streitigen belegärztlichen Behandlungen haben nach den Feststellungen des ISG in der Zeit vom 1. Januar 1964 bis 31. März 1966 stattgefunden, also zu einer Zeit, in der die Vergütung des Belegarztes aus der nach dem Kopfpauschalsystem berechneten Gesamtvergütung erfolgt ist. Sonach fehlt es an zusätzlichen Aufwendungen der Klägerin für die hier streitige belegärztliche Krankenhauspflege, weshalb diese nach § 19 BVG auch nicht erstattet werden können. Zutroffend ist daher bereits im Rundschreiben des BMA vom 20. April 1951 (BVBl 1951, 46 ff unter 2) ausgeführt worden, daß besonders vergütete Arztkosten, wenn die ärztliche Behandlung in der Gesamtvergütung enthalten ist, nicht besonders ersetzt werden können (vgl.

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

- 19 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 19 -

dazu auch den Kurzbericht in KOV 1963 S. 149). Insoweit hat die durch das 2. NOG eingeführte bloße Erhöhung des Kostenersatzes von 75 auf 100 v.H. der aufgewendeten Krankenhauskosten keine Änderung gebracht.

Das LSG hat nicht festgestellt, daß die hier streitigen Beträge in der damaligen Gesamtvergütung enthalten gewesen sind; es hat auch nicht festgestellt, daß die nicht von der Krankenkasse, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung gezahlten Vergütungen für die belegärztlichen Behandlungen der versicherten Beschädigten in einem späteren Abrechnungszeitraum tatsächlich zu einer entsprechenden Erhöhung der Gesamtvergütung geführt haben. Die Revision hat beides auch nicht behauptet, geschweige denn nachgewiesen, sondern nur vorgetragen, daß sich der Beklagte nicht darauf beschränken könne, der Krankenkasse bei belegärztlicher Behandlung die Arztkosten zu überlassen. Das LSG hat im übrigen nur allgemein ausgeführt, daß sich eine "Zunahme der Fälle und der Leistungen je Fall" nicht sofort und unmittelbar auswirke, sondern erst in der Zukunft zu einer Anpassung des Kopfpauschale führe. Es hat aber die Auffassung vertreten, es sei "ganz ungewiß", ob eine bestimmte Anzahl belegärztlicher Behandlungsfälle im nächsten Jahr zu einer höheren Gesamtvergütung führe. Sollte die Klägerin den Nachweis führen können, daß sie die hier streitigen Beträge durch eine entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütung in einem späteren Zeitraum tatsächlich hat aufwenden müssen, so mag sie einen dahingehenden Erstattungsantrag an den Beklagten richten (vgl. hierzu das Urteil des erkennenden Senats vom 16. Juli 1968 - 9 RV 950/65), in dem ausgeführt worden ist, daß § 19 Abs. 3 BVG (i.d.F. des 1. NOG) nicht auf die Art der Berechnung der Kosten für ärztliche Behandlung, also nicht darauf abstelle, ob sie in einem Pauschalsatz enthalten sind oder gesondert in Rechnung gestellt werden, sondern ob sie aufgewendet worden sind und daß von der Krankenkasse aufgewendete Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegegesetz enthalten sind, zu den Krankenhauskosten gehören).

- 20 -



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



JLaw – für Android



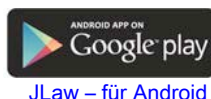
JLaw – für iOS

- 20 -

- Sollte sich ein solcher Nachweis trotz einer Erhöhung der Gesamtvergütung nicht führen lassen, so müßte die Klägerin die etwaigen Nachteile in Kauf nehmen, die ihr dadurch unter Umständen erwachsen sind, daß von der Möglichkeit der Berechnung der Gesamtvergütung nach § 368 f Abs. 3 RVO (Berechnung nach Einzelleistungen) nicht schon früher Gebrauch gemacht worden ist. Es ist hierzu allerdings darauf hinzuweisen, daß die Berechnung der Gesamtvergütung mit Hilfe eines Kopfpauschale, die nach dem Gesetz der Regelfall sein sollte, für beide Seiten (Krankenkasse und Kassenärzte) Vorteile mit sich bringt, wie im Kommentar von Heinemann/Liebold zum Kassenarztrecht 4. Aufl. 1. Bd. S. I 28 b bis c dargelegt ist (Anm. 8 zu § 368 f RVO). Denn das Kopfpauschale ermöglicht es der Krankenkasse, eine rechtzeitige Übersicht über die zu erwartenden Ausgaben für ärztliche Behandlung zu gewinnen und enthebt sie außerdem von dem unmittelbaren Krankheitsrisiko, und zwar sowohl hinsichtlich der Zahl der Behandlungsfälle als auch hinsichtlich der Zahl der Leistungen je Fall. Wenn diese Risikoverlagerung auf die Kassenärzte auch grundsätzlich nur eine zeitweilige ist, weil eine Zunahme der Fälle und der Leistungen je Fall über kurz oder lang zu einer entsprechenden Anpassung des Kopfpauschale führt, so wird doch daraus deutlich, daß zusätzliche belegärztliche Kosten - jedenfalls zunächst - nicht die Gesamtvergütung erhöhen, sondern das Einzelhonorar des Kassenarztes verringern. Die in § 368 f Abs. 2 Nr. 2 RVO gesetzlich vorgeschriebene Berücksichtigung der Grundlohnentwicklung läßt jedoch die Kassenärzte im Gegensatz zum System der Ermittlung der Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen (§ 368 f Abs. 3 RVO) ständig an der Wirtschaftsentwicklung teilnehmen. Für die Kassenärzte, die bei einem Mehranfall an Leistungen ein geringeres Honorar je Leistung in Kauf nehmen müssen, ergibt sich trotzdem ^{ein} etwa gleichbleibendes Gesamthonorar für den einzelnen Kassenarzt. Andererseits

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

- 21 -



- 21 -

steigt bei einem Minderanfall an Leistungen die Vergütung je Leistung, während auch hier das gesamte Honorar je Kassenarzt etwa gleichbleibt. Der Kassenarzt kann somit mit etwa gleichbleibenden Einnahmen rechnen, was von vielen Kassenärzten durchaus als Positivum angesehen wird. Ähnliches muß aber auch für die Höhe der Gesamtvergütung der Krankenkasse gelten. Soweit diese durch eine Steigerung der Grundlohnsomme vergrößert wird, verfügt die Krankenkasse über ein größeres Beitragsaufkommen, zu dem im übrigen auch der versicherte Beschädigte beiträgt. Angesichts der genannten, der Krankenkasse bei der Errechnung der Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale entstehenden Vorteile, kann ohnehin nicht ohne weiteres festgestellt werden, daß der Klägerin dadurch, daß § 19 Abs. 1 BVG den Ersatz der hier strittigen Beträge nicht zuläßt, insgesamt keine finanzielle Benachteiligung entsteht. Eine etwaige Erhöhung der Gesamtvergütung durch die Neuzulassung eines Kassenarztes ist für die Beurteilung des vorliegenden Streitfalles ohne wesentliche Bedeutung.

Das gewonnene Ergebnis wird durch den von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 26. Mai 1962 beschlossenen Honorarverteilungsmaßstab (vgl. Bayerisches Ärzteblatt 1962, 362) nicht berührt, denn diese Regelung ist zwar für die nach Einzelleistungen zu berechnende und zu verteilende Gesamtvergütung von Bedeutung (vgl. Heine mann/Liebold a.a.O. S. I 27 d), sie konnte jedoch, wie das LSG mit Recht ausgeführt hat, keinen Einfluß auf die Höhe der von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung bis zum 31. März 1966 gezahlte oder zu zahlende Gesamtvergütung haben, weil sie eben nur die "Verteilung" der Gesamtvergütung an die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung betrifft. Diese Gesamtvergütung nach dem Kopfpauschale wird auch nicht etwa - wie

- 22 -



- 22 -

bei dem Einzelleistungsvergütungssystem - durch die Kassenärztliche Vereinigung auf Grund der Abrechnungen der Kassenärzte ermittelt, sondern wie die Revision unter Hinweis auf Heinemann/Liebold a.a.O. S. I 27 d zutreffend vorträgt, durch die Krankenkasse errechnet.

Schließlich ist das LSG auch zutreffend zu dem Ergebnis gelangt, daß die VerwV Nr. 1 zu § 19 BVG i.d.F. vom 14. August 1961 (bzw. vom 23. Januar 1965 - Bundesanzeiger Nr. 19 vom 29. Januar 1965 -), die ohnedies das Gesetz nicht ändern könnte, zu keiner anderen Beurteilung Anlaß gibt. Insoweit wird auf das Rundschreiben des BMA vom 2. Juli 1963 (BVB1 1963 S. 82 Nr. 37) Bezug genommen, in dem ausgeführt worden ist, daß durch die Neufassung der VerwV Nr. 1 zu § 19 BVG die Erstattung der Arztkosten bei belegärztlicher Behandlung nicht grundsätzlich neu geregelt worden sei, vielmehr Nr. 2 des Rundschreibens vom 20. April 1951 (BVB1 1951, 46) weiterhin gelte. Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, daß diese VerwV, wenn sie bestimmt, daß zu den Aufwendungen für Krankenhauspflege Beträge, die die Krankenkassen vertraglich den Krankenhäusern für stationäre Behandlung zu zahlen habe, die Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegesatz enthalten sind, und sonstige mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten gehören, damit nur Aufwendungen im Auge hat, die den Krankenkassen für die Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen tatsächlich entstanden sind; dies ergibt sich nicht nur aus dem Gesetz (§ 19 Abs. 1 BVG), sondern auch aus den in der VerwV verwendeten Worten: "die die Krankenkassen,.... zu zahlen haben".

Da es am Nachweis dieser unerläßlichen Voraussetzung im vorliegenden Fall fehlt, ist der von der Klägerin

- 23 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 23 -

erhobene Erstattungsanspruch nicht begründet. Sonach war die Revision der Klägerin als unbegründet zurückzuweisen, ohne daß noch auf die Vorschrift des § 1509a RVO, auf die § 19 BVG nicht Bezug nimmt, einzugehen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 4 SGG.

