

Bundessozialgericht

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

Az.: 9 RV 412/66

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

Verkündet
8. Juli 1969

Kläger und Revisionskläger,

r Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Beklagter und Revisionsbeklagter.

beigeladen:

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 8. Juli 1969 durch

Senatspräsident	Dr. N e u h a u s	
	- Vorsitzender -,	
Bundesrichter	S c h i n d l e r ,	
Bundesrichter	Dr. R e n n e r ,	
Bundessozialrichter	S c h ö f f i s c h	und
Bundessozialrichterin	K u n d e n r e i c h	

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 10. März 1966
wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens
sind nicht zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

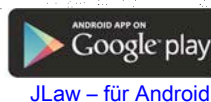
G r ü n d e :

Der Kläger bezieht wegen der mit den Bescheiden vom 26./27. April 1951 als Leistungsgründe bzw. Schädigungsfolgen (KBLG und BVG) anerkannten Gesundheitsstörungen auf Grund der in Ausführung des Oerversicherungsamts-Urteils vom 7. Februar 1952 ergangenen Benachrichtigungen vom 14./15. März 1952 seit 1. Oktober 1949 bzw. 1. Oktober 1950 Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H.. Er fuhr am 29. September 1962 im eigenen Pkw zusammen mit seiner Familie von seinem Wohnsitz in Wuppertal nach Erlangen in Urlaub. Dort erkrankte er an einer anerkannten Schädigungsfolge, nämlich an einem Rezidiv einer chronisch-rezidivierenden Schußbruchosteomyelitis des rechten Armes. Er befand sich deswegen vom 6. bis 11. Oktober 1962 in der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen in stationärer Behandlung, aus der er beschwerdefrei entlassen wurde. Inzwischen war seine Familie am 8. Oktober 1962 mit dem Pkw nach Wuppertal zurückgefahren, worauf er die Rückfahrt von Erlangen nach Wuppertal mit der Bundesbahn (D-Zug) durchführte. Mit Schreiben vom 12. November 1962 beantragte der Kläger die Erstattung der Bahnfahrtkosten von Erlangen nach Wuppertal einschließlich D-Zug-Zuschlag. Das Versorgungsamt lehnte den Antrag des Klägers nach Anhörung der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Wuppertal mit Bescheid vom 2. Januar 1963 ab. Der Widerspruch blieb ohne Erfolg (Bescheid vom 19. April 1963). Im Klageverfahren hat das Sozialgericht (SG) den Beklagten mit Urteil vom 25. März 1964 zur Erstattung der dem Kläger nach der stationären Behandlung vom 6. bis 11. Oktober 1962 für die Heimreise von Erlangen nach Wuppertal entstandenen Kosten verurteilt und die Berufung zugelassen. Auf die Berufung des Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) die AOK Wuppertal zum Verfahren beigegeben und den Beklagten mit Urteil vom 10. März 1966 unter Abänderung des SG-Urteils, Zurückweisung des Rechtsmittels und Abweisung der Klage im übrigen verurteilt, dem Kläger die Heimreisekosten für eine Entfernung von 50 km in der

- 3 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

2. Klasse Bundesbahn zu erstatten. Für die Erteilung der angefochtenen Bescheide, die unter der Geltung des Ersten Neuordnungsgesetzes (1. NOG) vom 27. Juni 1960 (BGBl I 453) erlassen worden seien, habe die sachliche Zuständigkeit des Beklagten bestanden. Die dem Kläger in der Zeit vom 6. bis 11. Oktober 1962 zuteil gewordene Heilbehandlung in der Erlanger Klinik sei vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) durchgeführt, jedoch vom Beklagten gewährt worden. Entgegen der Auffassung des SG habe der Kläger keinen Anspruch auf volle Erstattung der Kosten, die ihm nach Durchführung der stationären Behandlung für die Heimreise von Erlangen nach seinem damaligen Wohnsitz Wuppertal entstanden seien. § 11 Abs. 1 BVG bestimme, daß sich Art und Umfang der Heilbehandlung mit den Leistungen deckten, zu denen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet seien. Es komme also nicht lediglich eine entsprechende, sondern eine unmittelbare Anwendung der für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden Leistungsvorschriften in Betracht. Danach könne der Versorgungsberechtigte im Falle einer Heilbehandlung gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 BVG lediglich die Kassenleistungen fordern, weil im Gesetz nichts anderes bestimmt sei. Die Leistungen, zu denen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet seien, ergäben sich aus dem Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO), das aber keine Vorschrift über Reisekosten eines erkrankten Versicherten enthalte. Nach § 182 RVO umfasse die Krankenpflege u.a. die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei und kleineren Hilfsmitteln, wobei die Krankenpflege nach Abs. 2 ausreichend und zweckmäßig sein müsse, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe. Unter den Begriff der "ärztlichen Behandlung" in § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO seien auch die Aufwendungen einzureihen, durch welche eine ärztliche Behandlung erst ermöglicht werde, wie Fernsprech-, Reise-, Transport- und Fahrtkosten (vgl.



- 4 -

RVA AN 1920, S. 399; 1929, S. 248), soweit sie das Maß des Notwendigen nicht überstiegen. Reisekosten in diesem Sinne seien auch die notwendigen Kosten für die Fahrt zum Arzt oder Krankenhaus zur Einleitung der Behandlung (vgl. RVA AN 1921, 168), also andere Kosten, als sie der Kläger geltend mache. Bei Erkrankungen außerhalb der Wohnung, z.B. auf der Arbeitsstelle, seien die Kosten der Reise eines Versicherten in seine Wohnung von ihm selbst zu tragen (VA Kiel in DKV 1917, 102; Gura in WzS 1956, 38, 39), es sei denn, die Überführung in die Wohnung bilde bereits den Beginn der der Kasse obliegenden Heilbehandlung; dies sei z.B. dann der Fall, wenn der Versicherte außerhalb des Wohnortes einen Unfall erleide, ein Arzt einen Notverband anlege und dann den Patienten nach Hause schicke, damit dort die weitere Behandlung erfolge (vgl. RVA AN 1921, 168), oder wenn eine am Erkrankungsort an sich notwendige Krankenhausbehandlung durch Rückführung des Erkrankten in seine Wohnung vermieden werden könne (vgl. "Arbeiterversorgung" 1941, 135). Erkrankte der Versicherte außerhalb seines Wohnortes und erhalte er, weil er wegen seines Gesundheitszustandes nicht nach Hause reisen könne, gemäß §§ 219, 220 RVO die ihm zustehenden Leistungen von der Krankenkasse des Aufenthaltsortes, dann sei er berechtigt, sobald es sein Zustand erlaube, die Hilfe eines Kassenarztes im Krankenbezirk seines Wohnortes in Anspruch zu nehmen und die Kosten der Rückbeförderung (als Kosten der ärztlichen Behandlung im Heimatbezirk) zu verlangen, falls nicht - diese Einschränkung ergebe sich aus § 182 Abs. 2 RVO - seine Wohnung vom Ort der Erkrankung unverhältnismäßig weit entfernt liege (RVA AN 1935, 179) und dadurch der Kasse ein unverhältnismäßiger Aufwand aufgebürdet werde (vgl. SG Düsseldorf in Sozialrechtliche Entscheidungssammlung III 1 § 182 RVO Nr. 99). Als erstattungsfähig habe das Reichsversicherungsamt (RVA) aaO den Betrag von 18 RM für eine Entfernung von 25 km angesehen. Demgegenüber seien Heimführungskosten in Höhe von 115 DM und Transportkosten für einen Heimweg

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

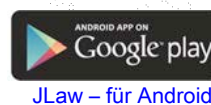
- 5 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

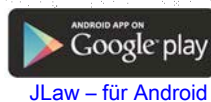
[\(mobile App\)](#)[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

von 111 km durch die Oberversicherungsämter Stuttgart und Lüneburg abgelehnt worden (Breith. 1946-1948, S. 112 Nr. 61; WzS 1952, 248). Sei die außerhalb des Wohnortes aufgetretene Erkrankung am Aufenthaltsort geheilt worden, dann fielen die Rückreisekosten grundsätzlich der Krankenkasse nicht zur Last (vgl. Urteil des OVA Stettin vom 16. Februar 1943, zitiert bei Gura in WzS 1956 S. 38, 42); anders sei es nur dann, wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus zur weiteren Behandlung durch den Kassenarzt des Wohnortes erfolge (vgl. RVA "Arbeiterversorgung" 1922, 248; Gura in WzS 1956, 38, 41 Nr. 4). Erkrankte ein Versicherter während des Urlaubs an seinem Ferienort und werde er dort behandelt und geheilt, dann habe die Krankenkasse die Kosten der Heimreise nicht zu ersetzen, weil es sich dabei um private Reisekosten und damit um Kosten des privaten Lebensbedarfs handle, die durch eine Ferienreise naturgemäß entstünden (vgl. OVA Stuttgart in "Arbeiterversorgung" 1928, 299); das gelte auch dann, wenn die Reisekosten infolge der Erkrankung höher geworden seien (Albrecht in KrV 1956, 212 ff). All dies treffe allerdings nur mit der Einschränkung zu, daß die Kasse Reisekosten im Rahmen des Notwendigen erstatten müsse, auch wenn der Versicherte insoweit über das Notwendige hinausgehende Aufwendungen gemacht habe. Müsse sie doch auch bei Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse durch den Versicherten oder bei Beschaffung einer Brille mit luxuriösem Gestell oder bei Anpassung einer Goldkrone die Kosten der dritten Pflegeklasse, die für ein einfaches Brillengestell oder eine einfache Krone anfallenden Kosten übernehmen. Die Kasse dürfe also die Kostenerstattung nicht gänzlich versagen, sondern müsse sie im Rahmen des Notwendigen übernehmen. Diese Grundsätze seien wegen der zwingenden Vorschrift des § 11 Abs. 1 BVG nicht nur entsprechend, sondern unmittelbar auf den Anspruch des Klägers anzuwenden. Dieser habe als nach § 14 Abs. 2 Satz 2 BVG Zugeteilter - weil das Gesetz nichts anderes bestimme - keinen weitergehenden Anspruch



als jeder andere Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Tatsache, daß die Kriegsopferversorgung Angelegenheit des Bundes, die Krankenversicherung aber Sache zahlreicher selbständiger Versicherungsträger sei, ändere hieran nichts. Der Kläger sei am 11. Oktober 1962 als beschwerdefrei, jedoch nicht als geheilt entlassen worden, weil es sich bei ihm um eine chronische Krankheit handle, die ihrem Wesen nach eine laufende ärztliche Kontrolle erfordere. Die Heimreise sei somit auch zur Weiterbehandlung oder Kontrolle zu Hause erfolgt, habe aber das Maß des Notwendigen überstiegen, weil der Urlaubsort vom Wohnsitz unverhältnismäßig weit entfernt gelegen habe. Eine Entfernung von 50 km könne im Einklang mit der durch die Allgemeinen Ortskrankenkassen geübten Praxis noch als verhältnismäßig angesehen werden. Das darüber hinausgehende Kostenrisiko müsse der Versicherte selbst tragen, weshalb es nicht darauf ankomme, ob hier dem Kläger durch die Benutzung der Bundesbahn höhere Kosten entstanden seien, als wenn er mit dem Pkw nach Hause gefahren wäre. Demzufolge habe der Kläger Anspruch auf Erstattung von Kosten anlässlich der Rückreise von Erlangen nach Wuppertal als notwendige Leistung der Heilbehandlung in Höhe der Kosten der Bundesbahn für die 2. Klasse ohne Zuschlag nur für eine Entfernung von 50 km. Darin sei keine Verletzung des Grundgesetzes zu erblicken, denn die Versorgungsberechtigten würden sogar gegenüber den Krankenversicherten hinsichtlich der zeitlichen Dauer der Kassenleistungen privilegiert. Im übrigen lägen die Verhältnisse bei einem Krankenversicherten, der während der Urlaubsreise erkrankte, nicht anders als bei einem Versorgungsberechtigten.

Das LSG hat den Fragen, ob überhaupt und unter welchen Voraussetzungen einem Versorgungsberechtigten, der außerhalb seines Wohnsitzes erkrankt, die Kosten der Heimreise zu erstatten sind, und welche Stelle darüber zu befinden hat, grundsätzliche Bedeutung beigemessen und deswegen die Revision zugelassen.



Der Kläger rügt mit der Revision die Verletzung der §§ 11 BVG, 182 Abs. 1 und 2 RVO und wendet sich gegen die vom LSG getroffene "Kompromißlösung", wonach nur die Kosten der Heimreise für eine Entfernung von 50 km zu erstatten seien. Er räumt ein, daß das LSG zutreffend davon ausgegangen sei, daß, wenn die Krankenkasse die Heil- und Krankenbehandlung gemäß § 14 Abs. 2 BVG als Auftragsangelegenheit durchführe, der Anspruch des Beschädigten, auch soweit dieser den Ersatz der Heimreisekosten betreffe, nach § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG i.V.m. § 182 Abs. 1 und 2 RVO zu beurteilen sei. Auch könne der Auffassung des LSG insoweit beige-pflichtet werden, als eine Erstattung der Heimreisekosten des außerhalb seines Wohnortes behandlungsbedürftig Erkrankten das Maß des "Notwendigen" nicht überschreiten dürfe. Dagegen begegne die Auslegung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs Bedenken, wenn es sich wie hier um einen Teil der Versorgungsansprüche des Beschädigten im Rahmen der §§ 10 ff BVG handle. Das RVA (AN 1933, 179) habe zur Begründung seiner Auffassung, die für die Rückbeförderung des Erkrankten entstandenen Reisekosten seien als Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten der ärztlichen Behandlung anzusehen, falls nicht die Wohnung des Versicherten vom Ort der Erkrankung "unverhältnismäßig weit" entfernt liege ausgeführt, daß eine weitergehende Verpflichtung zur Kostentragung eine "unbillige Belastung" darstellen würde, die der Kasse offenbar vom Gesetz nicht auferlegt werden sollte. Die Übernahme dieser Beweisführung erscheine, abgesehen vom Wandel der Zeiten, der Verkehrsentwicklung in den letzten Jahrzehnten und der dadurch bedingten Verringerung aller Entfernungen, für den Bereich der Kriegsopferversorgung nicht überzeugend, weil sie ausschließlich auf das Verhältnis des Versicherten zur Krankenkasse und deren finanziellen Belangen abgestellt werde. Träger der Versorgungslast sei aber nicht die Krankenkasse, sondern der Staat, deshalb sei die angestellte Billigkeitserwägung hier nicht am Platze. Auch werde dem Sinngehalt des § 182 RVO erster Halbsatz des



Absatzes 2 zu wenig Rechnung getragen, wenn man zwar die Rückreisekosten eines auswärts Erkrankten grundsätzlich unter den Begriff "Krankenpflege" einreihen (die ausreichend und zweckmäßig sein müsse), jedoch Heimreisekosten, die sich im üblichen Rahmen hielten als unverhältnismäßig hoch ansehe, weil die Kosten für 50 km Entfernung überschritten würden. Eine der Billigkeit entsprechende Lösung könne für den Bereich der Kriegsopferversorgung nicht gefunden werden, wenn der Gesichtspunkt der Interessenabwägung zwischen Krankenkasse und Versichertem in den Vordergrund gestellt werde. Es handle sich hier um den Teil eines Versorgungsanspruchs, bei dessen Entscheidung die Versorgungsbehörde sich im Rahmen der versorgungsrechtlichen Gesamtkonzeption halten müsse. Die §§ 24 Abs. 1 BVG, 32 des Verwaltungsverfahrensgesetzes böten Anhaltspunkte dafür, daß der Staat als Träger der Versorgungslast diese nicht teilweise auf den Beschädigten abwälzen könne, wenn es sich um den Ersatz notwendiger Reisekosten handle, wobei das Maß des "Notwendigen" nur durch den Begriff der Angemessenheit eingeschränkt werde. Notwendig und angemessen sei aber das, was an Aufwendungen für die Rückführung des unterwegs an den Schädigungsfolgen Erkrankten erforderlich sei.

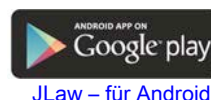
Der Kläger beantragt,

das angefochtene Urteil abzuändern und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25. März 1964 in vollem Umfang zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt,

die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Das LSG habe seine Entscheidung an der geltenden Rechtsprechung und Rechtspraxis ausgerichtet und deshalb § 11 BVG und § 182 Abs. 1 und 2 RVO nicht verletzt.



Die Beigeladene beantragt,

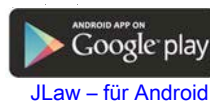
die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Sie hat sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen.

Die durch Zulassung statthafte Revision ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden und daher zulässig (§§ 162 Abs. 1 Nr. 1, 164, 166 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Sachlich ist sie nicht begründet.

Da nur der Kläger Revision gegen das Urteil des LSG vom 10. März 1966 eingelegt hat, ist dieses Urteil rechtskräftig, soweit der Beklagte verurteilt worden ist, dem Kläger die Heimreisekosten für eine Entfernung von 50 km in der 2. Klasse der Bundesbahn zu erstatten. Streitig ist der Anspruch des Klägers auf vollen Ersatz der darüber hinausgehenden Fahrtkosten von Erlangen nach Wuppertal. Zu Prüfen ist, ob die Klage insoweit mit Recht abgewiesen worden ist.

Das LSG hat zutreffend festgestellt, daß für die Verwaltungsentscheidung über den Kostenerstattungsanspruch der Beklagte und nicht die Beigeladene sachlich zuständig gewesen ist; denn die Versorgung der Kriegsoffer - zu der nach § 9 Nr. 1 BVG auch die Heilbehandlung gehört - wird von den Versorgungs- und Landesversorgungsämtern gewährt (§ 1 Abs. 1 des Gesetzes über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsofferversorgung vom 12. März 1951 /BGBI I 1697 idF des Vierten Überleitungsgesetzes vom 27. April 1955 /BGBI I 1897). Der Umstand, daß die Heilbehandlung - zumindest teilweise - von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 14 Abs. 2 BVG) durchgeführt wird, steht dem nicht entgegen; denn § 14 Abs. 3 Satz 2 BVG bestimmt, daß die zuständige Verwaltungsbehörde in jedem Falle in einer für die Krankenkasse bindenden Entscheidung Art, Umfang und Dauer der Behandlung zu be-



stimmen berechtigt ist. Dies bedeutet, daß die für die Versorgung zuständige Verwaltungsbehörde, deren Verhältnis zur Krankenkasse hinsichtlich des Kostenersatzes im übrigen in den §§ 19, 20 BVG geregelt ist, über die "Gewährung" der Heilbehandlung umfassend zu befinden hat, während der Krankenkasse nur die Durchführung der Heilbehandlung auf Grund der Verwaltungsentscheidung obliegt. Auch die Revision stimmt dem zu, wenn sie die Durchführung der Heilbehandlung durch die Krankenkasse als Auftragsangelegenheit bezeichnet. Nach § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG idF des 1. NOG vom 27. Juni 1960 (BGBl I 453) - die hier zur Anwendung kommt - decken sich Art und Umfang der Heilbehandlung mit den Leistungen, zu denen die gesetzlichen Krankenkassen (§ 14 Abs. 2 BVG) ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet sind, soweit das BVG nichts anderes bestimmt. Diese Deckungsgleichheit hat zur Folge, daß nicht eine nur entsprechende, sondern eine unmittelbare Anwendung der für die Krankenkassen geltenden Bestimmungen über die Krankenkassenleistungen erfolgen muß, wenn über Fragen der Heilbehandlung Versorgungsberechtigter i.S. des § 14 Abs. 2 BVG zu entscheiden ist. Denn etwas "anderes" (§ 11 Abs. 1 Satz 2 BVG) ist im Gesetz nicht bestimmt. Das aber bedeutet, daß bei der Gewährung von Heilbehandlung an einen Versorgungsberechtigten diese nur nach Maßgabe des § 182 RVO erfolgen kann, nach dessen Abs. 2 die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf. Dieser Auffassung ist auch die Revision, sie meint nur, als "Maß des Notwendigen" i.S. des § 182 Abs. 2 RVO müsse für einen nach den §§ 10 ff BVG Anspruchsberechtigten etwas anderes als bei einem Krankenkassenmitglied gelten, weil beim Versorgungsberechtigten der Staat Träger der Versorgungslast (§ 20 BVG) sei und deshalb die vom RVA zugunsten der Krankenkassen angestellten Billigkeitserwägungen nicht Platz greifen dürften (vgl. RVA AN 1933, 179). Mit diesem Vorbringen vermag sie aber eine Verletzung des § 11 BVG



nicht zu begründen, weil, wie bereits dargelegt, das Bundesversorgungsgesetz als "dieses Gesetz" (§ 11 Abs. 1 Satz 2 BVG) die Deckungsgleichheit mit den Krankenkassenleistungen und nur diese bestimmt. Maßgeblich für die Beantwortung der streitigen Frage ist danach allein, welche Leistungen die Beigeladene ihren Mitgliedern als Krankenhilfe zu erbringen hat. Hierzu bestimmt § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO, daß als Krankenhilfe die - ausreichende und zweckmäßige - Krankenpflege vom Beginn der Erkrankung an gewährt wird und u.a. die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei umfaßt. Eine Erstattung notwendiger Reisekosten, wie sie § 24 Abs. 1 BVG für die dort besonders aufgeführten Fälle vorsieht, ist in der genannten Vorschrift der RVO nicht erwähnt. Ungeachtet dessen haben Rechtsprechung, Schrifttum und Verwaltungspraxis der Träger der Krankenversicherung - wie das LSG an Hand der zitierten Entscheidungen und des Schrifttums zutreffend ausgeführt hat - der Auffassung Raum gegeben, daß Reise- und Transportkosten für die Fahrt zum Arzt oder Krankenhaus zur Erlangung der notwendigen ärztlichen Behandlung als Teil der ärztlichen Behandlung übernommen werden können (RVA AN 1920, 399), wenn sie das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Solche Kosten oder ähnliche sind aber andere als diejenigen, die der Kläger geltend macht; sie stehen in enger Beziehung zu dem Recht und der Pflicht der Krankenkasse, ihrer Leistungspflicht am Erfüllungsort zu genügen. Denn die Krankenkasse hat ihre Leistungen dem Berechtigten am Erfüllungsort - der in der Regel mit dem Kassenbezirk übereinstimmt - zur Verfügung zu stellen. Transportkosten im Rahmen des Notwendigen, die mit der Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung verbunden sind, können im allgemeinen daher nur übernommen werden, wenn sie innerhalb des Erfüllungsortes bzw. des Kassenbezirks entstehen. Das durch § 368 d Abs. 1 RVO festgelegte Prinzip der freien Arztwahl unter den Kassenärzten bedeutet insoweit nur, daß die ärztliche Behandlung kostenlos ist, und zwar grundsätzlich unabhängig davon, welchen Kassenarzt der Versicherte aufsucht (vgl. Brackmann,



Handbuch der SozVers Bd. 2 S. 386 mit weiteren Hinweisen); der Versicherte hat aber nach § 368 d Abs. 2 RVO die Mehrkosten zu tragen, wenn er ohne zwingenden Grund einen anderen als einen der nächsterreichbaren Kassenärzte in Anspruch nimmt. Versicherte, die außerhalb des Bezirks ihrer Krankenkassen wohnen oder während eines vorübergehenden Aufenthalts (§§ 219, 220 RVO) außerhalb ihres Kassenbereichs erkranken, erhalten auf Erfordern ihrer Kasse die ihnen bei ihr zustehenden Leistungen von der Krankenkasse ihres Wohnorts; dabei sind etwaige durch die Rückbeförderung an den Wohnort entstandene Reisekosten als Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten der ärztlichen Behandlung anzusehen, falls nicht die Wohnung des Versicherten vom Ort der Erkrankung unverhältnismäßig weit entfernt liegt (vgl. Brackmann, aaO S. 432 a mit weiteren Hinweisen). Dies alles trifft aber nur dann zu, wenn der Rücktransport zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung am Wohnort durchgeführt worden ist oder wenn Transportkosten am Urlaubsort (ersatz Erfüllungsort) anlässlich der Verbringung in ärztliche Behandlung angefallen sind, nicht aber auch dann, wenn - wie im vorliegenden Falle - die Krankenhilfe am Urlaubsort erfolgreich beendet gewesen ist, der Rücktransport also nur der Rückkehr vom Urlaubsort an den Wohnort gedient hat. In solchen Fällen handelt es sich um private Reise- und Lebenshaltungskosten, auch wenn die Kosten der Rückreise infolge der Erkrankung höher geworden sind, als dies ohne die Erkrankung der Fall gewesen wäre (vgl. OVA Stuttgart in Breith. 1946-1948, Teil II, S. 112 Nr. 61; OVA Lüneburg in WzS 1952, 248 und Gura in WzS 1956, S. 41, 42 Nr. 3; OVA Stettin in "Arbeiterversorgung" 1943, 220 und OVA Stuttgart in "Arbeiterversorgung" 1928, 299; Albrecht in KrV 1956, 212 ff).

Das LSG hat zwar trotz Kenntnis des Befundberichts der Chirurgischen Klinik Erlangen vom 7. September 1965, wonach der Kläger beschwerdefrei entlassen worden ist, im Hinblick auf "das Wesen der Krankheit" unterstellt, daß die



Heimreise des Klägers von Erlangen nach Wuppertal auch wegen der Weiterbehandlung oder Weiterkontrolle erfolgt sei. Dieser Feststellung kommt jedoch, da es sich hierbei nur um eine erneute Erkrankung im Rahmen eines chronischen Leidens handeln konnte, im Rahmen der Revision des Klägers keine Bedeutung zu. Das LSG hat insoweit den Rechtsbegriff der notwendigen Krankenpflege verkannt. Das LSG hat in Anlehnung an Schrifttum und Rechtsprechung zu den §§ 219, 220 RVO entschieden, daß eine Reisekostenerstattung für die Fahrt von Erlangen nach Wuppertal nur in begrenztem Umfang, nämlich nach dem "Maß des Notwendigen" i.S. des § 182 Abs. 2 RVO, erfolgen könne. Dabei entspricht die Auferlegung eines Kostenersatzes in Höhe der Kosten der Bundesbahn 2. Klasse für eine Entfernung von 50 km nach den tatsächlichen, das Revisionsgericht bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG den bei den Krankenkassen in den Fällen der §§ 219, 220 RVO üblichen Erstattungssätzen. Da im Falle des Klägers eine - auch entsprechende - Anwendung der §§ 219, 220 RVO jedoch nicht in Betracht kommt und der Anspruch hier nicht mehr in vollem Umfange nachzuprüfen ist, muß dahingestellt bleiben, ob er nach Sachlage überhaupt einen Anspruch auf Kostenerstattung hat. Eine höhere Kostenerstattung als die vom LSG zugesprochene kann jedenfalls nicht erfolgen, weil der Kläger hier ein Urlaubsrisiko eingegangen ist, dessen kostenmäßige Mehrbelastung durch erhöhte Rückkehrkosten mit der Durchführung einer Urlaubsfahrt, aber nicht mehr mit der ärztlichen Behandlung wegen der anerkannten Schädigungsfolgen im Zusammenhang steht. Hinzu kommt, daß Mehrkosten allein dadurch entstanden sind, daß der Kläger die Urlaubsreise mit dem Pkw unter Mitbeförderung der Familie unternommen hat; denn gerade dies hat sich kostensteigernd auf die voneinander getrennt durchgeführte Heimfahrt ausgewirkt. Hätte der Kläger die Urlaubsreise allein unternommen, wären zwangsläufig nur die einfachen Kosten einer Urlaubshin- und -rückreise, gleich ob mit Pkw oder Bundesbahn, angefallen. Daraus



- 14 -

ergibt sich, daß die vom Kläger geltend gemachten Kosten primär durch die Familienurlaubsreise und die Rückreise der Familie ohne den Kläger entstanden sind, also ursächlich nicht auf die anerkannte Schädigungsfolge und die durch diese bedingte notwendig gewordene Heilbehandlung zu beziehen sind. Einer Erörterung darüber, weshalb die übrige Familie bereits am 8. Oktober 1962 an den Wohnort zurückgekehrt ist, ohne die Krankenhausentlassung des Klägers abzuwarten und ihn alsdann mit dem Pkw mitzunehmen, um Mehrkosten zu ersparen, bedurfte es nicht. Entscheidend ist schließlich, daß BVG und RVO einen teilweisen Ersatz der Kosten einer Urlaubsreise, wie sie vom Kläger begehrt werden, nicht zulassen. Hierin eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zu erblicken oder deshalb einen Verstoß gegen das Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit oder gegen die Freizügigkeit zu rügen, geht fehl; denn einmal werden alle Beschädigten gleichmäßig nach den Bestimmungen des BVG und

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

- 15 -

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

- 15 -

der RVO behandelt, und weiter steht der Freizügigkeit und der Persönlichkeitsentfaltung bei Urlaubsfahrten im Rahmen eines frei übernommenen allgemeinen Kostenrisikos nichts entgegen.

Da nach alledem Verstöße gegen die §§ 11 BVG, 182 RVO nicht festzustellen sind, war die Revision des Klägers zurückzuweisen.

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](#)