

Bundessozialgericht

Az.: 9 RV 730/65

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

Verkündet am  
23. April 1968

Beklagter und Revisionskläger,

RegObersekretär  
Schriftführer

g e g e n

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Beigeladene:

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die  
mündliche Verhandlung vom 23. April 1968 hin durch

|                     |                     |     |
|---------------------|---------------------|-----|
| Senatspräsident     | Dr. N e u h a u s   |     |
|                     | - Vorsitzender -,   |     |
| Bundesrichter       | Dr. M a i s c h     | und |
| Bundesrichter       | S c h i n d l e r,  |     |
| Bundessozialrichter | K u h n e r t       | und |
| Bundessozialrichter | Dr. G e n e n g e r |     |

für Recht erkannt:

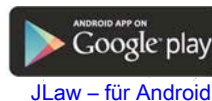
Auf die Revision des Beklagten werden die Urteile  
des Sozialgerichts Hamburg vom 5. August 1959 und  
des Landessozialgerichts Hamburg vom 16. Juni 1965  
aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten 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 :

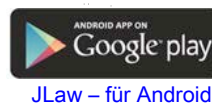
Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)  
- Klägerin - begehrt vom Beklagten nach § 20 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) Ersatz für Krankenhilfe-Leistungen in Höhe von 1.194,77 DM, die sie ihrem Mitglied, dem Beigeladenen F., im Jahre 1956 gewährt hat. Dieser war wegen einer als Schädigungsfolge anerkannten Lungentuberkulose vom 17. Oktober 1955 bis 29. Oktober 1956 arbeitsunfähig erkrankt. Nach den Versicherungsbedingungen der Klägerin hatten Mitglieder, denen wegen der Folgen einer Schädigung im Sinne des BVG Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt wurde, Anspruch auf Krankenhilfe für längstens 26 Wochen. Für die übrigen Mitglieder wurde Krankenhilfe ohne zeitliche Begrenzung und Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich bis zu 39 Wochen gewährt. Die Klägerin sah ihr Mitglied F. nach Ablauf von 26 Wochen als ausgesteuert an und machte deshalb für die Zeit ab 19. April 1956 einen Ersatzanspruch gemäß § 20 BVG geltend, soweit sie auf Grund des Bundesbehandlungsscheins ab diesem Zeitpunkt mit Leistungen in Höhe von 1.194,77 DM habe eintreten müssen. Der Beklagte lehnte diese Forderung mit dem Hinweis ab, die Aussteuerung kriegsversehrter Mitglieder nach 26 Wochen verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz, da für die übrigen Versicherten eine Leistungsdauer von 39 bzw. 52 Wochen festgelegt sei.

Die Klägerin hat sich im Klageverfahren in erster Linie auf ein von Prof. Dr. B. erstattetes Rechtsgutachten vom 31. Juli 1954 gestützt, in dem dieser zu dem Ergebnis kommt, die zeitliche Begrenzung der Kassenleistungen für versorgungsberechtigte Versicherte auf 26 Wochen stelle keinen Verstoß gegen Art. 3 des Grundgesetzes (GG) oder den Grundsatz der Gleichbehandlung der Versicherten dar. Die Klägerin hat ferner auf die Sonderregelung für diesen Personenkreis in dem Erlass des Reichsarbeitsministers (RAM)

- 3 -



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



- 3 -

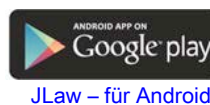
vom 2. November 1943 hingewiesen. Das Sozialgericht (SG) hat den Beklagten mit Urteil vom 5. August 1959 verurteilt, an die Klägerin 1.194,77 DM zu zahlen.

Der 1. (Kranken-Vers.) Senat des Landessozialgerichts (LSG) hat die Berufung des Beklagten durch Urteil vom 24. Mai 1960 zurückgewiesen. Nach Aufhebung dieses Urteils durch Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 7. September 1962 (9 RV 1186/61) hat der 3. (KOV-)Senat des LSG die Bundesrepublik Deutschland beigeladen und mit Urteil vom 16. Juni 1965 die Berufung des Beklagten wiederum zurückgewiesen. Er hat ausgeführt, die am 19. April 1956 erfolgte Aussteuerung des Beigeladenen F. verstoße nicht gegen geltendes Recht, insbesondere nicht gegen Art. 3 des GG. Die strittige Versicherungsbedingung, d.h. die Regelung in Abschnitt F Ziff. 3 Satz 1 der Satzung der Klägerin werde gesetzlich durch den Erlaß des RAM vom 2. November 1943 (zu § 183 der Reichsversicherungsordnung -RVO-) gestützt. Dieser Erlaß trage den Charakter einer Rechtsverordnung und sei unabhängig von der Frage der Gültigkeit der Ermächtigungsnorm heute noch gültig. Auch das erst später in Kraft getretene BVG habe die Gültigkeit dieses Erlasses nicht berührt. Hiernach sei grundsätzlich neben einer zeitlich unbegrenzten Leistungspflicht für Krankenpflege Krankengeld bis zu einer Dauer von 26 Wochen zu leisten, Krankenhauspflege könne unter den gleichen Voraussetzungen und in dem gleichen Umfang wie Krankengeld gewährt werden. Entsprechende Vorschriften enthielten auch die Versicherungsbedingungen der Klägerin. Diese Regelleistung könne aber satzungsrechtlich als Mehrleistung bis zu einer Bezugsdauer von einem Jahr erweitert werden (Nr. I 2c). Wenn die Klägerin in ihren Versicherungsbedingungen eine derartige Mehrleistung

- 4 -



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



- 4 -

für alle Mitglieder mit Ausnahme der versorgungsberechtigten Mitglieder vorsehe, so sei das rechtlich nicht zu beanstanden. Das ergebe sich aus Nr. I 2a Satz 3 des Erlasses vom 2. November 1943. Allerdings sei diese Bestimmung nicht völlig eindeutig. In Übereinstimmung mit den Ausführungen in dem Rechtsgutachten von Prof. B. .... müsse die Sonderregelung für Versorgungsberechtigte (Nr. I 2a Satz 3, 2. Halbsatz) aber nicht nur als eine Zusatzklausel zu der Vorschrift im 1. Halbsatz des Satzes 3, sondern sowohl nach dem Gesetzeswortlaut als auch bei vernünftiger Auslegung nach ihrem Sinn und Zweck als eine Ausnahmevorschrift gegenüber der allgemeinen und grundsätzlichen Regelung in Nr. I 2a Satz 1 angesehen werden. Als Zusatzklausel zu dem 1. Halbsatz des Satzes 3 würde sie allerdings nur die Sonderleistung bei bald zu erwartender Einsatzfähigkeit betreffen; die strittige Bestimmung, durch welche die versorgungsberechtigten Mitglieder allgemein von der satzungsmäßig erweiterten Leistungsdauer ausgeschlossen seien, müßte in diesem Falle als rechtswidrig angesehen werden. Zu der Auslegung, daß nach Ablauf der 26 Wochen die Krankengeldansprüche der an einer Schädigungsfolge erkrankten versorgungsberechtigten Mitglieder sich ausschließlich nach dem BVG richten, zwängen aber schon die Unterschiede im Wortlaut beider Sätze. Die Sonderregelung könne sich nur dann als Zusatzklausel auf den 1. Halbsatz des Satzes 3 beziehen, wenn in dieser Vorschrift überhaupt ein "Anspruch" Gegenstand der getroffenen Regelung sei. Auf die im 1. Halbsatz vorgesehene Sonderleistung bei erwarteter Einsatzfähigkeit stehe dem Versicherten kein Rechtsanspruch zu; sie sei - wie sich eindeutig aus dem Wortlaut ergebe - nur eine "Kannleistung" des Versicherungsträgers. Im 2. Halbsatz heiße es jedoch, daß bei Kriegsdienstbeschädigung usw. sich die "Ansprüche" des Erkrankten nach Ablauf der 26 Wochen nach den besonderen Vorschriften richteten. Die Sonderregelung für Versorgungsberechtigte könne sich also nur auf solche Leistungen beziehen, die Gegenstand von "Ansprüchen" des Versicherten sein könnten, d.h. auf die Regelleistung

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



- 5 -

oder auf die satzungsrechtliche Mehrleistung. Die Sonderklausel besage also, daß nach Ablauf 26-wöchiger Krankengeldleistung, d.h. nach Erbringung der in Nr. I 2a Satz 1 bestimmten Leistung, sich die Ansprüche des durch Folgen einer Beschädigung arbeitsunfähig Erkrankten auf weitere Krankengeldgewährung nicht mehr nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften, sondern nach dem BVG richteten. Das entspreche auch einer vernünftigen Würdigung des Sinns und Zwecks dieser Vorschrift sowie ihres Rechtszusammenhangs mit dem BVG. Für das Versorgungskrankengeld bestimme § 17 BVG in Anlehnung an die Vorschriften der RVO, daß Voraussetzung und Umfang sich nach Gesetz oder Satzung, die Leistungsdauer sich dagegen nur nach dem Gesetz richte. § 17 BVG gehe davon aus, daß der Versorgungsberechtigte als Kassenleistung nur für 26 Wochen Krankengeld erhalte, und daß sich an diesen Krankengeldbezug das Versorgungskrankengeld unmittelbar anschließe. Für die Voraussetzungen und die Höhe des Krankengeldes seien sowohl das Gesetz als auch die Satzung heranzuziehen, d.h. es könnten hinsichtlich der Höhe auch Mehrleistungen berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Dauer des Versorgungskrankengeldes werde dagegen eindeutig bestimmt, daß dieses lediglich für die Dauer gesetzlicher Leistungspflicht gezahlt werde. Eine Verlängerung etwa durch Hinweis auf Satzungen sei ausgeschlossen. Das entspreche auch der Sonderklausel, die bezüglich der Höhe des Krankengeldes keine Regelung enthalte, aber die Dauer auf 26 Wochen beschränke. Wirtschaftlich sollten Versorgungsberechtigte so gestellt werden, daß sie die Höchstgrenze für versicherungsmäßigen Krankengeldbezug (52 Wochen) erreichen könnten. Es sei also für sie gleichgültig, ob ihre Kasse zufällig Krankengeld als Mehrleistung über 26 Wochen hinaus vorgesehen habe. Gerade weil auf das Versorgungskrankengeld das

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 -

Kassenkrankengeld nicht angerechnet werde, ergebe sich, daß § 17 BVG davon ausgehe, daß die Kassen nur für 26 Wochen Krankengeld zu leisten hätten. Die Regelung verstoße, so hat das LSG weiter ausgeführt, nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG. Die von Prof. B. in seinem Gutachten (ebenso auch schon in "Die Ortskrankenkasse" 1953, S. 423) überzeugend begründete Auffassung, daß es dem Wesen der Sozialversicherung widerspräche, bei Anwendung des Gleichheitsgrundsatzes von einem formalen Gleichheitsprinzip auszugehen, habe das LSG wiederholt vertreten. Der Begriff der Gleichberechtigung habe nichts mit "Gleichmacherei" zu tun, sondern fuße in seiner Gesamtheit auf der "Gleichwertigkeit". Das Differenzierungsverbot des Art. 3 GG müsse deshalb auf die im Gesetz genannten unterschiedlichen Merkmale beschränkt bleiben. Differenzierungen, die auf anderen Unterschiedlichkeiten der Person oder der Lebensumstände beruhten, würden von dem Differenzierungsverbot nicht berührt (BVerfG. Urteil vom 18. Dezember 1953, NJW 1954, S. 65). Zur Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes sei nur erforderlich, daß bei der vom Gesetzgeber getroffenen unterschiedlichen Regelung weder Willkür noch Ermessensmißbrauch walte und diese Vorschriften nicht eines verständigen und zu billigenden Sinnes entbehrten. Durchaus zutreffend halte Prof. B. auf dem Gebiet der Sozialversicherung Differenzierungen unter dem Gesichtspunkt der "austeilenden und ausgleichenden Gerechtigkeit" für geboten und zulässig. Bei der Austeilung der Leistungen aus der Sozialversicherung müsse der Gedanke der Gleichheit in dem Sinne herrschen, daß unsachliche und sachfremde Differenzierungen da unterbleiben, wo die Institution der Sozialversicherung ihrem Wesen nach eine gleiche Behandlung erfordere. Die Maßstäbe für eine verschiedene Bemessung der Leistungen müßten also ihren Aufgaben angepaßt und dürften nicht willkürlich gewählt sein. Die hier getroffene Sonderregelung werde auch

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  
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 7 -

durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Die Kassenmitglieder mit Versorgungsansprüchen unterschieden sich von allen anderen Mitgliedern durch einen besonderen körperlichen Zustand, nämlich durch die Beeinträchtigung ihrer Gesundheit infolge einer als Versorgungsleiden anerkannten Beschädigung. Es könne unbedenklich davon ausgegangen werden, daß diese Personen, bedingt durch diese Beschädigung, öfter und intensiver als die anderen Mitglieder arbeitsunfähig erkrankten und mithin die Krankenkassen öfter und intensiver mit Leistungen belasteten. Diesem Unterscheidungsmerkmal komme auch eine besondere rechtliche Bedeutung insoweit zu, als der Schutz der Sozialversicherung sich grundsätzlich nicht auf diesen Gefahrenkreis erstrecke, der von jeher Gegenstand einer staatlichen Sonderbetreuung gewesen sei. Dieser Grundgedanke habe in Art. 120 GG seinen Niederschlag gefunden, wonach Kriegsfolgelasten vom Staat, also der Allgemeinheit zu tragen seien. Die Sonderregelung enthalte sonach eine sinnvolle Abgrenzung zwischen den Leistungspflichten der Krankenkassen und des Staates. Es wäre unbillig, wenn die Kassenmitglieder durch ihre Beitragsaufwendungen die Mittel für wesentlich durch Versorgungsleiden bedingte Mehrleistungen an Krankengeld bereitstellen müßten. Aber auch für den einzelnen Betroffenen bedeute die Sonderregelung keine unbillige Benachteiligung. Nach § 17 Satz 1 Abs. 1 BVG stehe ihm gesetzlich zwingend gegenüber dem Staat das zu, was ein Versicherter nur dann erhalten könne, wenn die Kassensatzung die Dauer des Krankengeldbezuges bis zur Höchstgrenze tatsächlich erweitert habe. Ungleichheiten könnten sich nur unter den Versorgungsberechtigten selbst ergeben, wenn die Arbeitsunfähigkeit über die 52. Woche hinaus andauere. Auch die Höhe des Krankengeldes ändere sich nicht, denn nach § 17 Abs. 2 Satz 1 BVG bestimme sich die Höhe des Versor-

- 8 -



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



- 8 -

gungskrankengeldes nach dem Kassenkrankengeld. Da die Anwendung der Sonderklausel zu keinem Nachteil für den Versorgungsberechtigten selbst führe, liege auch für ihn eine ungleiche Behandlung durch den Gesetzgeber nicht vor. Die Sonderregelung betreffe vielmehr nur die Frage, ob die für den Beschädigten gleichbleibende Leistung intern eine Leistung der Kasse oder des Versorgungsträgers sei. Dieser Unterschied hinsichtlich des Schuldners bedeute aber keine Benachteiligung des beschädigten Versicherten.

Mit der zugelassenen Revision rügt der Beklagte Verletzung der Art. 3 und 120 GG sowie der §§ 17 aF, 19 und 20 BVG. Er verweist im wesentlichen auf seine Revisionsbegründung vom 13. September 1960 im früheren Revisionsverfahren - 9 RV 1186/61 - und verbleibt bei der Auffassung, daß die unterschiedliche Behandlung von kriegsbeschädigten Versicherten in der Satzung der Klägerin entgegen dem Rechtsgutachten von Prof. B. eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes des Art. 3 GG beinhalte. Auch Zeihe habe in ZfS 1952, 225 dargelegt, daß eine ausschließlich auf kriegsbeschädigte Kassenmitglieder bezogene Einschränkung von im übrigen satzungsmäßigen Kassenleistungen sowohl dem GG als auch dem besonderen materiellen Recht des BVG zuwiderlaufe. Im übrigen werde auch in den Ausführungsbestimmungen Nr. 4b Abs. 2 zu § 8 des Reichsversorgungsgesetzes (RVG) die vom Beklagten vertretene Rechtsauffassung für den Geltungsbereich des RVG als maßgeblich erklärt.

Der Beklagte beantragt,

die Urteile des LSG und des SG aufzuheben  
und die Klage auf Erstattung von 1.194,77 DM  
abzuweisen.

- 9 -



- 9 -

Der Beigeladene zu 2 tritt den Rechtsausführungen des Beklagten bei und nimmt auf seine Ausführungen im Schriftsatz vom 28. Januar 1965 (an das LSG) Bezug.

Der Beigeladene zu 1) ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verweist ebenfalls auf ihr bisheriges Vorbringen, insbesondere auf das im Schriftsatz vom 6. Februar 1962 zum Aktenzeichen - 9 RV 1186/61 -.

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-); sie ist auch sachlich begründet.

Der Beklagte hat zwar in seiner Revisionsbegründung bezüglich seiner Stellungnahme zu dem Rechtsgutachten von Prof. Dr. B. auf seine im früheren Revisionsverfahren vorgelegte Revisionsbegründungsschrift vom 13. September 1960 verwiesen; die im vorliegenden Revisionsverfahren gemachten Ausführungen genügen jedoch dem Formerfordernis des § 164 Abs. 2 Satz 2 SGG, da nur die Verletzung sachlich-rechtlicher Vorschriften gerügt wird. Der erkennende Senat ist sonach an die Feststellungen des LSG, soweit sie tatsächlicher Art sind, gebunden (§ 163 SGG).

Es besteht kein Streit darüber, daß die Klägerin gemäß der Bestimmung unter I 2c des Erlasses des RAM vom 2. November 1943 über Verbesserungen in der gesetzlichen

- 10 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Krankenversicherung (vgl. AN 1943, Teil II S. 485 ff), der auch heute noch gilt (vgl. BSG 2, 162; 9, 112, 122; 22, 68, ferner BSG in SozR Nr. 1, 3, 4, 5 und 6 zu RAM-Erl. über KrV.Allg. vom 2. November 1943), die im Jahre 1956 geltende Regelleistung der Krankenhilfe von 26 Wochen (vgl. § 183 RVO aF) auf 39 bzw. 52 Wochen erhöhen durfte (vgl. Abschn. F Ziff. 2 und 3 Satz 3 der Versicherungsbedingungen und im übrigen § 187 Nr. 1 RVO, ferner RAM-Erlaß vom 20. Mai 1941, AN 1941 II, 197). Streitig ist nur, ob die Klägerin hinsichtlich dieser Mehrleistungen in ihren Versicherungsbedingungen unter Abschn. F. Ziff. 3 Satz 1 die Bestimmung treffen durfte, daß Mitglieder, denen wegen der Folgen einer Schädigung im Sinne des BVG-Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt wird, Anspruch auf Krankenhilfe für längstens 26 Wochen haben.

Die Frage, ob die Krankenkasse allen ihren Versicherten Mehrleistungen in gleicher Weise zukommen lassen muß, wird nicht einheitlich beurteilt. Brackmann (Handbuch der Sozialversicherung Bd. II S. 382 b) vertritt unter Hinweis auf AN 37, 351; BSG 9, 232, 236 die Auffassung, daß Mehrleistungen allen Mitgliedern gleichmäßig gewährt werden müssen; für das Sozialversicherungsrecht sei der Grundsatz der gleichmäßigen Behandlung der Kassenmitglieder allgemein maßgebend und zwingende Norm, gleichen Beiträgen müßten gleiche Rechte gegenüberstehen. Er betont an anderer Stelle, daß Art der Erkrankung und ihre Entstehungsursache für die Leistungspflicht der Krankenkasse grundsätzlich ohne Bedeutung seien, und daß es nicht gerechtfertigt sei, Angehörige einer bestimmten Gruppe einem Ausnahmerecht zu unterstellen (aaO S. 400 c). Andererseits hat das BSG in BSG 22, 67 keinen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG oder gegen den versicherungsmäßigen Grundsatz der Gleichbehandlung der Mitglieder angenommen, wenn eine Krankenkasse wegen der Gewährung eines Zuschusses durch einen Träger der Rentenversicherung eine geringere eigene Leistung - als Beihilfe - erbringt als bei sonstigen Mit-



- 11 -

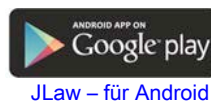
gliedern. In gleichem Sinne hat der 3. Senat des BSG im Urteil vom 25. Mai 1966 - 3 RK 58/64 - entschieden; hier war gewissen Versicherten, die von anderen öffentlichen Kostenträgern, insbesondere von Trägern der Rentenversicherung, aus dem gleichen Anlaß bereits einen Zuschuß erhalten hatten, ein geringerer Zuschuß als den übrigen Versicherten gewährt worden.

Der Senat konnte jedoch dahingestellt sein lassen, ob der generelle Ausschluß eines Teiles der Versicherten von Mehrleistungen gegen Art. 3 des GG oder gegen den versicherungsmäßigen Grundsatz der Gleichbehandlung der Mitglieder bzw. gegen die in § 21 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 6. Juni 1931 (RGBl. I 315, 317) für Ersatzkassen vorgeschriebene Gleichbehandlung der Mitglieder (vgl. Rechtsgutachten Prof. Dr. B. S. 41) verstößt. Denn der Einwand des Beklagten, daß die im vorliegenden Fall hinsichtlich der Kriegsbeschädigten getroffene unterschiedliche Regelung gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG verstoße, greift jedenfalls nicht durch, soweit es sich um die Belange der betroffenen Beschädigten selbst handelt. Eine Benachteiligung dieser Beschädigten gegenüber anderen Versicherten ist nämlich weder von der Klägerin beabsichtigt noch tritt eine solche im Ergebnis ein. Das LSG hat hierzu in Anlehnung an das Rechtsgutachten von Prof. Dr. B. ausgeführt, daß die Gleichheit vor dem Gesetz gewahrt sei, da jedenfalls der Beschädigte gegenüber den anderen Versicherten nicht benachteiligt sei, weil er nach der Beendigung der Zahlung des Kassenkrankengeldes Anspruch auf Versorgungskrankengeld für nochmals 26 Wochen habe, ihm also gesetzlich das zustehe, was ein anderer Versicherter nur dann erhalten könne, wenn die Kassensatzung die Dauer des Krankengeldbezuges bis zur

- 12 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 12 -

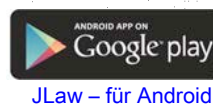
Höchstgrenze erweitert habe. Diese Feststellung, die ganz allgemein die Behandlung versorgungsberechtigter Versicherter der Klägerin betrifft, ist nicht zu beanstanden (vgl. im übrigen zur Frage des Gleichheitsgrundsatzes das Rechtsgutachten S. 36-54).

Der Versorgungsberechtigte hatte nach den hier maßgebenden Fassungen des BVG vom 19. Januar 1955 (BGBI I, 25) und 6. Juni 1956 (BGBI I, 469) -aF- (unabhängig von dem Inhalt einer Krankenkassensatzung) für die Behandlung derjenigen Leiden, die als Schädigungsfolgen anerkannt waren, einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Heilbehandlung nach §§ 10 bis 12 BVG aF. Der Beschädigte war auch hinsichtlich des Krankengeldes nicht schlechter gestellt, denn die Zeit des Bezuges von Kassenkrankengeld bis zur Aussteuerung wurde auf die 26-Wochen-Frist, die für das Versorgungskrankengeld galt, - diese konnte noch verlängert werden -, nicht angerechnet (vgl. Verwaltungsvorschriften Nr. 4 Abs. 1 und 2 zu § 17 BVG idF vom 31. August 1953 - BAnz. Nr. 170 v. 4. September 1953 -, geändert am 1. Juni 1955 - BAnz. Nr. 106 vom 4. Juni 1955 - und idF vom 9. August 1956 - Beilage zu BAnz. Nr. 157 vom 15. August 1956 -). Demgemäß ist auch nicht festgestellt, daß sich der Beigeladene F..... und die anderen bei der Klägerin versicherten Beschädigten durch die strittige Satzungsbestimmung ungleich behandelt fühlten; sie mußten sich - anders als in den oben angeführten Entscheidungen in BSG 22, 67 und im Urteil vom 25. Mai 1966 - nicht mit der ganzen oder teilweisen Anrechnung eines von dritter Seite gewährten Zuschusses zufrieden geben. Der beigeladene F..... hat auch nach Ablauf der 26-Wochenfrist Leistungen von seiner Krankenkasse (Ersatzkasse) erhalten. Denn diese hatte die Heilbehandlung nach § 14 Abs. 2 Sätze 1 und 2 BVG aF grundsätzlich auch dann durchzuführen, wenn ihre Leistungspflicht nach Gesetz oder Satzung erschöpft war. Für die Zeit danach änderte sich nur der Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die

- 13 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 13 -

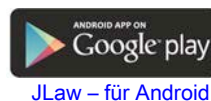
Versorgungsverwaltung. Die Krankenkasse erhielt bis zur Aussteuerung gemäß § 19 BVG aF drei Viertel der aufgewendeten Krankenhauskosten, bei ambulanter Behandlung, wenn und solange Krankengeld gewährt wurde, das satzungsmäßige Krankengeld, sonst 3,-- DM für jeden Behandlungstag; daneben wurde der Aufwand für kleinere Heilmittel ersetzt. Dieser eingeschränkte Ersatzanspruch ist dazu bestimmt, den Krankenkassen einen Ausgleich für das Versicherungsrisiko zu gewähren, das sie durch die Übernahme der Heilbehandlung solcher Kassenmitglieder zu tragen haben, die wegen ihrer Schädigungsfolgen arbeitsunfähig oder behandlungsbedürftig geworden sind. Nach der Aussteuerung wurden der Krankenkasse gemäß § 20 BVG aF die entstandenen (also vollen) Kosten und ein Verwaltungskostenanteil ersetzt. Da die Krankenkasse sonach bei Kriegsbeschädigten, die wegen der Folgen einer Schädigung behandelt wurden, in jedem Falle, d.h. also auch schon vor der Aussteuerung, erhebliche Ersatzleistungen erhielt und ihr insbesondere das hier im Vordergrund der Betrachtung stehende Krankengeld (vgl. Rechtsgutachten S. 14) sowohl nach § 19 wie auch nach § 20 BVG in vollem Umfange erstattet wurde (vgl. § 19 Abs. 3 BVG, ferner Zeihe in ZfS 1962, S. 270), ist dem Gedanken des Art. 120 GG, auf den das LSG und Prof. Dr. B. .... abgehoben haben, in hinreichender Weise Rechnung getragen. Soweit das Rechtsgutachten - nach dem damaligen Rechtszustand - davon ausgegangen ist, daß den Kassen Krankengeld, das an noch nicht ausgesteuerte Versicherte geleistet wird, nur bis zum 30. September 1955 aus Billigkeitsgründen ersetzt werde und sie diese Leistungen später ohne Ausgleich tragen müßten, ist dies überholt; insoweit wird auf § 19 BVG idF des 1., 2. und 3. Neuordnungsgesetzes (NOG) verwiesen.

Die in der Satzung der Klägerin getroffene Regelung

- 14 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 14 -

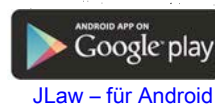
benachteiligt sonach die bei dieser versicherten Kriegsbeschädigten nicht. Ob dem Beigeladenen F. während der Heilstättenbehandlung nur ein Taschengeld von 1,87 DM oder das satzungsmäßige Krankengeld von 7,50 DM bzw. Versorgungsgeld für einen vor dem 30. Juni 1956 liegenden Zeitraum zu gewähren war, wie der Beklagte im früheren Revisionsverfahren vorgetragen hatte, war hier nicht zu erörtern, da diese Fragen nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind und damit jedenfalls nicht dargetan ist, daß die übrigen, nicht beschädigten Versicherten der Klägerin günstiger als F. behandelt würden. Daß eine Schlechterstellung der Versorgungsberechtigten nicht beabsichtigt ist, ergibt sich auch eindeutig aus dem Wortlaut der Satzung. In dem an die strittige Bestimmung des Abschn. F Ziff. 3 Satz 1 sich anschließenden Satz wird der versicherte Kriegsbeschädigte darüber unterrichtet, daß ihm anstelle der zuvor gemachten Einschränkung ein anderer Anspruch gewährleistet ist. Der Satz lautet: "Nach Ablauf dieser Frist (26 Wochen) gelten für die Mitglieder nur die besonderen Vorschriften des BVG hinsichtlich der Heilbehandlung sowie des Versorgungskranken- und -hausgeldes"; der nächste Satz nimmt dem kriegsbeschädigten Versicherten jede etwa aufkommende Sorge einer denkbaren Schlechterstellung, indem er ausspricht: "Sofern ein anderer Kostenträger Heilbehandlung nicht zu gewähren hat, verlängert sich nach einjähriger Dauer der Mitgliedschaft die Leistungsdauer für Krankengeld und Krankenhauspflege auf 52 Wochen."

Eine Würdigung der in Frage stehenden Satzungsbestimmung ergibt sonach, daß sie in Wahrheit keine Schlechterstellung des nach dem BVG versorgungsberechtigten Mitgliedes, sondern nur eine erweiterte Heranziehung des Versorgungsträgers hinsichtlich der Kostenerstattung zum Ziele hat. Auch wenn man mit Prof. Dr. B. der Auffassung ist, daß sich die Frage der Aussteuerung eines versicherten Beschädigten mit Krankengeld ausschließlich nach dem Recht der

- 15 -



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



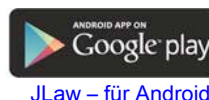
JLaw – für Android



JLaw – für iOS

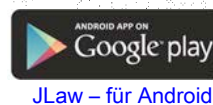
RVO richtet (Gutachten S. 25), bleibt doch festzustellen, daß es Sinn und Zweck der hier strittigen Satzungsbestimmung ist, die im BVG getroffene Regelung über den von der Versorgungsbehörde an die Krankenkasse zu leistenden Kostenersatz zu Gunsten der Krankenkasse zu verändern, d.h. nach Ablauf von 26 Wochen nicht mehr eine Kostenerstattung nach § 19 BVG, sondern nach § 20 BVG eintreten zu lassen. Soweit in § 20 BVG vorausgesetzt ist, daß die Krankenkassen nur nach den Vorschriften des BVG verpflichtet sind, Heilbehandlung zu gewähren, und in Satz 2 den nicht versicherten Beschädigten die ausgesteuerten gleichgestellt sind, knüpft somit § 20 BVG für Kassenmitglieder an den Wegfall der nach dem Gesetz zu erbringenden Regelleistung und auch der nach der Satzung bestimmten Mehrleistung an. Der Ersatzanspruch nach § 20 BVG kann sonach erst entstehen, wenn die Leistungen der Krankenkasse nach dem Recht der Krankenversicherung erschöpft sind. Eine Verschiebung der im BVG geregelten Ersatzleistungen an die Krankenkassen als Folge einer Satzungsbestimmung der Krankenkasse könnte allenfalls nur dann wirksam sein, wenn sich die Klägerin insoweit auf die in dem - gesetzesgleichen (vgl. BSG 22, 68) - Erlaß des RAM vom 2. November 1943 enthaltene "Sonderklausel" berufen könnte. Das ist entgegen der vom LSG und im Rechtsgutachten von Prof. Dr. B. vertretenen Auffassung nicht der Fall. Die fragliche Bestimmung unter I Ziff. 2a des Erlasses lautet:

"Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit bis zu sechsundzwanzig Wochen gewährt, auch wenn während dieser Zeit eine neue Krankheit auftritt. Ist der Versicherte wieder arbeitsfähig, aber noch behandlungsbedürftig, und wird er wegen einer neuen Krankheit arbeitsunfähig, so hat er einen neuen Anspruch auf Krankengeld. Hat der Versicherte für sechs-



undzwanzig Wochen Krankengeld bezogen und besteht nach vertrauensärztlichem Gutachten begründete Aussicht, daß er in absehbarer Zeit wieder arbeitseinsatzfähig sein wird, so kann die Kasse Krankengeld bis zur Wiederherstellung der Arbeitseinsatzfähigkeit weitergewähren; bei Kriegsdienstbeschädigung, Wehrdienstbeschädigung, Beschädigung bei besonderem Einsatz, Reichsarbeitsdienstbeschädigung sowie Körperbeschädigung nach der Personenschadenverordnung und in gleichgestellten Fällen richten sich die Ansprüche des Erkrankten nach Ablauf der sechsundzwanzig Wochen nach den besonderen Vorschriften" (vgl. AN 1943, 486).

Der Satzteil im 3. Satzteil (Sonderklausel), der bestimmt, daß sich bei Kriegsdienstbeschädigung, Wehrdienstbeschädigung usw. die Ansprüche des Erkrankten nach Ablauf der 26 Wochen nach den besonderen Vorschriften richten, ist nur durch ein Semikolon von dem 1. Satzteil getrennt, der die Fälle betrifft, in denen begründete Aussicht besteht, daß in absehbarer Zeit wieder Arbeitseinsatzfähigkeit erreicht sein wird. Satz 3 folgt auch nicht unmittelbar dem in Satz 1 ausgesprochenen Gedanken. Es sprechen sonach schon Anordnung und Aufbau des Satzes (wie Prof. Dr. B. ... einräumt) dafür, daß sich der 2. Halbsatz auf den im gleichen Satz stehenden 1. Halbsatz des 3. Satzes bezieht, nicht aber auf den 1. Satz, der den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld bis zu 26 Wochen betrifft. Diese Bestimmung ergänzt somit nur - einschränkend - die unmittelbar vorangehende Bestimmung über eine Kannleistung bei in absehbarer Zeit zu erwartender Arbeitseinsatzfähigkeit und gibt sonach keine Handhabe, Kriegsbeschädigte von dem -satzungs-



- 17 -

mäßigen - Anspruch auf Krankengeld und Krankenhauspflege über die Dauer von 26 Wochen hinaus als Mehrleistung auszuschließen (vgl. I 2a Abs. 1 Satz 3 und 2c des Erlasses vom 2. November 1943). Wenn auf S. 19 des Rechtsgutachtens ausgeführt wird, Nr. I 2c des Erlasses (zu § 187 Nr. 1 RVO) enthalte in Satz 2 lediglich eine Verweisung auf Nr. I 2a "Satz 3, 1. Halbsatz" und nicht auch auf den 2. Halbsatz, so kann dem nicht zugestimmt werden, denn hier ist ohne Einschränkung auf "(Buchst. a)" verwiesen; gemeint ist offensichtlich der ganze 3. Satz mit seinen beiden Halbsätzen. Beide gelten in gleicher Weise für § 183 RVO wie für § 187 Nr. 1 RVO. Unter Nr. I 2c wird lediglich klargestellt, daß die in Satz 3 des Buchst. a) geregelte Ermessensleistung - die für Wehrdienstbeschädigte nicht in Betracht kommt - auch dann gewährt werden kann, wenn die Bezugsdauer der Kassenleistungen bis zu einem Jahr erweitert worden ist. Der strittige Satz 3 handelt sonach weder von der gesetzlichen noch der satzungsmäßig erweiterten Bezugsdauer, sondern nur von der Ermessensleistung bei bald erwarteter Arbeitsfähigkeit. Daß diese Bestimmung für die satzungsmäßige Mehrleistung, d.h. den erweiterten Anspruch i.S. des § 187 Nr. 1 RVO keine einschränkende Regelung für Wehrdienstbeschädigte treffen will, wird auch daraus deutlich, daß der Erlass unter Ziffer I 2c zu § 187 Nr. 1 RVO keine solche Einschränkung macht, sondern nur den Buchstaben a) der Ziff. I 2, soweit er die Weitergewährung von Leistungen bei zu erwartender Arbeitseinsatzfähigkeit als Ermessensleistung vorsieht, für anwendbar erklärt. Eine andere Auslegung würde auch im Widerspruch zur Ausführungsbestimmung (AB) Nr. 4 b zu § 8 RVG gestanden haben, wo ausdrücklich betont worden ist, daß die Ansprüche Beschädigter auf die gesetz- oder satzungsmäßigen

- 18 -

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](#)

- 18 -

Leistungen der Kasse durch Satzungsbestimmungen nicht lediglich deshalb aufgehoben oder beschränkt werden können, weil es sich um Kriegsbeschädigte handelt (Handbuch der Reichsversorgung I S. 45). Auch für den Bereich des Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetzes (Stand 1. Januar 1943) war in AB Nr. 7 zu § 71 bestimmt, daß die über die Regelleistungen hinausgehenden Mehrleistungen sogar den Zugeteilten - d.h., um so mehr den versicherungspflichtigen Mitgliedern - zu gewähren sind, "denn das Gesetz bestimmt ausdrücklich, daß die Leistungen nach der RVO und den Satzungen der Krankenkassen zu gewähren sind" (vgl. Fischbach, Fürsorge- und Versorgungsgesetz usw. 2. Auflage 1943 s. 115). Insoweit hält daher der erkennende Senat die von Zeihe in der Abhandlung: "Sind Leistungen an Versicherte, die zugleich Versorgungsberechtigte sind, einschränkbar?" (ZfS 1962, 225 ff, vgl. auch 268 ff) vertretene ablehnende Auffassung für zutreffend. Ihr ist auch das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 8. Oktober 1964 (L 16 Kr 39/61) gefolgt. Dieses hat dabei zutreffend auf den Erlaß des RAM vom 1. August 1942 (IIa 11078/42) hingewiesen, wonach der aus dem Wehrdienst Entlassene unabhängig davon, ob seine Erkrankung auf einer Dienstbeschädigung beruht, für die "gesetz- und satzungsmäßige Unterstützungsdauer Krankengeld" zu erhalten hat (vgl. Rinks, Gesetzestexte der deutschen Krankenversicherung Juli/September 1942). Insoweit ist in diesem Erlaß auf Abschnitt I 2a Satz 1) und c) des Erlasses vom 20. Mai 1941 verwiesen (vgl. AN 41 II/197). Da Abschnitt I 2a Abs. 1 des RAM-Erlasses vom 20. Mai 1941 mit dem hier streitigen Abschnitt I 2a Abs. 1 des RAM-Erlasses vom 2. November 1943 wörtlich übereinstimmt, wird die vom Senat für richtig gehaltene Auslegung, daß der satzungsgemäße Anspruch auf die Mehrleistung durch die in dem Abschnitt I 2a dieses Erlasses geregelte Ermessensleistung nicht berührt wird, sonach auch durch den Erlaß

- 19 -



- 19 -

vom 1. August 1942, der im wesentlichen eine Äußerung des Reichsversicherungsamts wiedergibt, bestätigt. Mit Recht hat das LSG Nordrhein-Westfalen auch auf die Bekanntgabe des Verbesserungserlasses vom 20. Mai 1941 in den Fürsorge- und Versorgungsbestimmungen Blatt 13 vom 31. Juli 1941 hingewiesen, wo es heißt: "Soweit auf die erhöhten Leistungen ein Anspruch besteht, haben diesen auch die Fürsorge- und Versorgungsberechtigten". Hier ist anschließend auch betont worden, daß bei Wehrdienstbeschädigung nur die Bestimmung nicht anzuwenden ist, daß Krankengeld und Krankenhauspflege über die satzungsmäßige Frist hinaus gewährt werden können, wenn begründete Aussicht besteht, daß der Versicherte in absehbarer Zeit wieder arbeitseinsatzfähig sein wird. Auch damit wird die vom Senat für richtig gehaltene Auslegung der gleichlautenden Bestimmung des Erlasses vom 2. November 1943, daß die Wehrdienstbeschädigten nur von den Ermessensleistungen nach Abschnitt I 2a Satz 3 dieses Erlasses ausgeschlossen sind, bestätigt. Mehrfach ist auch hier darauf hingewiesen, daß Krankengeld "bis zur satzungsmäßigen Dauer" bzw. satzungsmäßigen "Anspruchsdauer" bzw. solange "nach der Satzung" Krankenhilfe zu gewähren ist, zusteht (vgl. Wehrmachtfürsorge- und -versorgungsbestimmungen, herausgegeben vom Oberkommando der Wehrmacht, 5. Jahrgang, Blatt 13 vom 31. Juli 1941 Nr. 184). Nach alledem läßt der Erlaß vom 2. November 1943 nicht die Auslegung zu, daß durch ihn der für alle Mitglieder geltende satzungsgemäße Anspruch auf das Krankengeld zu Ungunsten der Wehrdienstbeschädigten verkürzt werden könne; aus ihm ergibt sich vielmehr, daß die Einschränkung der Leistungen für Beschädigte sich nur auf die in Abschnitt I 2a Satz 3 dieses Erlasses bezeichneten Ermessensleistungen beziehen kann.

- 20 -

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](#)

- 20 -

Wenn das LSG im vorliegenden Fall schließlich noch zur Stützung seiner gegenteiligen Ansicht darauf abhebt, daß im 2. Halbsatz des Satzes 3 das Wort "Ansprüche" verwendet sei, woraus sich ergebe, daß damit nur die krankenversicherungsrechtliche Regelleistung in Satz 1 gemeint sein könne, so übersieht damit das LSG, daß dieser Halbsatz offensichtlich nur auf die versorgungsrechtlichen Ansprüche der Kriegsbeschädigten verweist, um damit zum Ausdruck zu bringen, daß sie insoweit d.h. im Rahmen des Satz 3 an die Stelle der für die anderen Kassenmitglieder vorgesehenen Ermessensleistung treten, Ansprüche auf satzungsmäßige Mehrleistungen aber dadurch nicht ausgeschlossen sind. Soweit das LSG ferner aus dem Wortlaut des § 17 BVG schließen will, daß das Krankengeld nur solange zu gewähren sei, wie es "nach Gesetz" zu zahlen wäre, ist darauf hinzuweisen, daß diese Vorschrift nur den Fall regelt, in dem "keine der in § 14 Abs. 2 genannte Kassen zur Zahlung" an den Beschädigten verpflichtet ist; um einem solchen Fall handelt es sich hier aber nicht. Ist der Beschädigte, wie hier, Mitglied einer Krankenkasse, so gilt § 14 Abs. 2 Satz 2 BVG, wo bestimmt ist, daß dieser Krankenkasse die Durchführung der Heilbehandlung obliegt, auch wenn ihre Leistungspflicht "nach Gesetz oder Satzung" erschöpft ist.

Gibt der Erlaß des RAM vom 2. November 1943 der Klägerin sonach keine Handhabe zum Erlaß der strittigen Satzungsbestimmung, so ist sie rechtswidrig, weil sie gleichermaßen gegen § 323 RVO wie gegen die zwingenden Vorschriften der §§ 19, 20 BVG verstößt, nämlich dadurch, daß sie den hier gesetzlich geregelten Ausgleich zwischen Versorgungsverwaltung und den Krankenkassen zum Nachteil der Versorgungsverwaltung verändert und überdies auch nicht beachtet, daß nach § 19 Abs. 3 BVG das "satzungsmäßige Krankengeld" und nicht etwa nur die aus dem Gesetz sich ergebende Regellei-

- 21 -



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



- 21 -

stung ersetzt wird. Selbst wenn der Erlaß des RAM vom 2. November 1943 anders auszulegen wäre, wäre er später durch das BVG insoweit geändert worden, wie Zeihe (aaO S. 229) mit Recht hervorhebt. Nach § 323 RVO darf die Satzung nichts bestimmen, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft. Dabei kommen nicht nur die Vorschriften der Sozialversicherung, sondern ganz allgemein alle Gesetze in Betracht. Die Satzung hat hiernach lediglich den bestehenden Gesetzen Rechnung zu tragen bzw. sie auszuführen; anderenfalls ist sie (insoweit) ungültig und unverbindlich (vgl. Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II Anm. 1 am Ende und Anm. 2 zu § 323 RVO S. 17/1248; ferner Anm. 4 aaO S. 17/1251 und Rechtsgutachten S. 17). Solche Mängel werden auch nicht durch staatliche Genehmigung der Satzung geheilt (vgl. BSG 18, 129; 24, 266).

Nach alledem ist die strittige Bestimmung der Versicherungsbedingungen der Klägerin (Abschn. F Ziff. 3 Satz 1) unwirksam, weshalb die Klägerin jedenfalls nicht nach § 20 BVG Ersatz ihrer Leistungen begehren kann. Ob und inwieweit die Klägerin Ersatz ihrer Kosten gemäß § 19 BVG verlangen kann, war hier nicht zu entscheiden. Die auf § 20 BVG

- 22 -



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

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

- 22 -

gestützte Klage war sonach unter Aufhebung der  
angefochtenen Urteile als unbegründet abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 4 SGG.

