

Bundessozialgericht

Az.: 9 RV 950/65

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

Verkündet am
16. Juli 1968

U r t e i l
in dem Rechtsstreit

RegObersekretär
Schriftführer

.....
Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

.....
Beklagter und Revisionskläger.

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 16. Juli 1968 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	L ö f f l e r	und
Bundessozialrichterin	K u n d e n r e i c h	

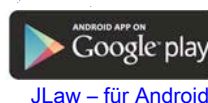
für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des
Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom
23. September 1965 wird mit der Maßgabe zurückge-
wiesen, daß die in dem Urteil des Landessozial-
gerichts aufrecht erhaltene Verurteilung des Be-
klagten zum Ersatz der entstandenen Aufwendungen in
Höhe von drei Vierteln der aufgewendeten Kosten
nur den noch streitigen Anspruch auf Ersatz der

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

aus Anlaß der Krankenhausbehandlung von Georg K. in der II. Pflegeklasse erstatteten Arztkosten betrifft, und daß die Kostenentscheidung des Sozialgerichts aufgehoben wird.

Außergerichtliche Kosten des Klage-, Berufungs- und Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

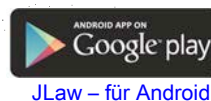
Bei dem freiwillig weiterversicherten Mitglied der klagenden Ersatzkasse, Georg K. (K.), wurde u.a. als Schädigungsfolge im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) "Verlust des rechten Beines im Unterschenkel oberhalb der Schaftmitte, Stumpfnarbe. Frischer, noch nicht prothesenreifer Stumpf" anerkannt; die Gesundheitsstörungen wurden gemäß Bescheid vom 7. Oktober 1960 rückwirkend ab 1. Oktober 1959 mit einer Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 70 v.H. bewertet. Vom 22. August bis 14. September 1960 wurde K. wegen seiner anerkannten Schädigungsfolgen in der II. Pflegeklasse der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten "Bergmannsheil" in Bochum stationär behandelt. Die Klägerin gewährte ihm aufgrund ihrer Versicherungsbedingungen (VB) neben dem Pauschalsatz der einfachen (III.) Pflegeklasse Kosten der ärztlichen Behandlung nach Anlage 4 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages (Arzt-E.V.), wie sie bei einer Behandlung in einem sogenannten Belegkrankenhaus oder in einer Klinik von der Kasse unmittelbar hätten vergütet werden müssen (bei den Krankenanstalten "Bergmannsheil" handelt es sich nicht um ein solches Belegkrankenhaus). Die VB (§ 16 Abs. 1) unterscheiden zwischen zugelassenen und anderen Krankenhäusern; zugelassen sind die staatlichen oder kommunalen Krankenhäuser und die Krankenhäuser, deren Bedingungen die Kasse anerkannt hat. In Anweisungen, die die Klägerin im September 1960 an ihre Geschäftsstellen gesandt hat, wird noch weiter zwischen

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

- 3 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 3 -

Anstalts- und Belegkrankenhäusern unterschieden, womit offenbar nur eine Unterteilung der "zugelassenen" Krankenhäuser vorgenommen werden sollte.

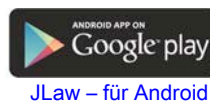
Die Klägerin führte mit dem Hauptbeleg Nr. 563 für das II. Vierteljahr des Rechnungsjahres 1960 die ihr für die stationäre Behandlung des K. entstandenen Kosten im Gesamtbetrage von 503,40 DM auf und legte sie dem Anspruch auf Ersatz von $\frac{3}{4}$ dieser Kosten nach § 19 BVG (= 377,75 DM) zugrunde. Darin waren u.a. neben den für Krankenhauspflege entstandenen Kosten auch Krankenhausarztkosten im Betrage von 99,60 DM – die Arztrechnung lautete über 1.080,-- DM – enthalten. Der Beklagte lehnte mit Schreiben vom 11. Oktober 1961 die anteilige Erstattung der Arztkosten von 99,60 DM ab, weil der Ersatzanspruch nach § 19 BVG nur in Höhe von $\frac{3}{4}$ der Krankenhauskosten geltend gemacht werden könne; zu diesen Kosten gehörten nur Beträge, die die Krankenkassen vertraglich für stationäre Behandlung zu zahlen hätten, ferner Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegesatz enthalten seien, und sonstige mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehende Kosten; die jetzt geforderten Arztkosten gehörten nicht zu den Krankenhauskosten.

Im Klageverfahren hat die Klägerin ausgeführt, Zweck der zusätzlichen Erstattung der Arztkosten nach § 16 Abs. 4 der VB iVm Anlage 4 des Arztvertrages, die lediglich von der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung abhängig gemacht werde, sei es, bei einer Behandlung in der besseren Pflegeklasse überhaupt Erstattungen gewähren zu können, die ohne diese Ausnahmebestimmung nicht zulässig wären. Von der Möglichkeit, die Erstattung auf die Pflegekosten der allgemeinen Pflegeklasse zu beschränken, werde dann Gebrauch gemacht, wenn ein Versicherter die stationäre Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus wünsche. Bei den Krankenhäusern entstünden in der allgemeinen Pflegeklasse nur Arztkosten, wenn es sich um sogenannte Beleg-

- 4 -



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



- 4 -

Krankenhäuser handele. Trotz § 16 Abs. 2 der VB würden die Kosten für die II. Pflegeklasse bis zu dem Betrag erstattet, der in der allgemeinen Pflegeklasse in einem Belegkrankenhaus entstanden wäre. Auch der Beklagte hat ausgeführt, Arztkosten neben den vertraglich zwischen Krankenkasse und Krankenhaus festgesetzten Pflegekosten seien nur in sogenannten Belegkrankenhäusern üblich. Für die Frage, ob Arztkosten neben dem vertraglich zu zahlenden Pflegesatz erstattet werden müßten, sei unerheblich, ob die Kasse aufgrund ihrer VB dem Versicherten einen gewissen Betrag zu den Arztkosten habe ersetzen müssen.

Mit Urteil vom 20. Dezember 1962 hat das Sozialgericht (SG) den Beklagten verurteilt, der Klägerin die anlässlich der Krankenhausbehandlung des K. entstandenen Aufwendungen in Höhe von drei Vierteln der aufgewendeten Kosten zu ersetzen. Es hat die Berufung zugelassen. Mit Urteil vom 23. September 1965 hat das Landessozialgericht (LSG) die Berufung des Beklagten zurückgewiesen. Streitig sei, in welchem Umfang die Klägerin Ersatz verlangen könne, vor allem, ob eine über den Ersatz der Pflegekosten der III. (allgemeinen) Pflegeklasse hinausgehende Vergütung ärztlicher Leistungen in einer höheren Pflegeklasse zu ersetzen sei. Aufgrund der nach § 14 Abs. 2 BVG durchgeführten Heilbehandlung der - versicherten - Beschädigten würden bei Krankenhausbehandlung gemäß § 19 Abs. 3 BVG 3/4 der aufgewendeten Krankenhauskosten gewährt. Zur gleichmäßigen Behandlung aller Versorgungsberechtigten sei in Nr. 1 der Verwaltungsvorschriften (VerwV) zu § 19 BVG definiert, was zu den Krankenhauskosten gehöre. Dies seien die Beträge, die die Krankenkassen vertraglich den Krankenhäusern für stationäre Behandlung zu zahlen hätten, die Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegegesetz enthalten seien, und sonstige mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehende Kosten. Dieser ganz eindeutige Wortlaut der VerwV lasse bereits erkennen, daß der Ersatz von Arztkosten bei

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](#)

- 5 -

stationärer Krankenhausbehandlung nicht grundsätzlich ausgeschlossen sei. Deshalb bestünden keine Bedenken, die Ersatzpflicht bei Arztkosten zu bejahen, wenn seitens des Krankenversicherungsträgers eine Verpflichtung gegenüber dem Versicherten in dieser Hinsicht bestanden habe, anderenfalls ein kriegsbeschädigter Versicherter bei Behandlung von Versorgungsleiden stets benachteiligt sei. Die Klägerin habe anhand ihrer VB und des Arztvertrages dargelegt, weshalb sie in den Fällen, in denen - wie hier - eine höhere als die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch genommen werde, nicht nur die Kosten erstatte, die in der allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären, sondern auch noch entsprechend der Anlage 4 zum Arzt-E.V. gewisse ärztliche Forderungen. Diese Regelung halte sich durchaus im Rahmen der Satzung, wie sich aus § 16 Abs. 2 und 4 der VB eindeutig ergebe. Der Einwand des Beklagten, bei den Krankenanstalten "Bergmannsheil" handele es sich nicht um ein Belegkrankenhaus, sei unerheblich, weil nach § 16 Abs. 4 der VB grundsätzlich Voraussetzung für den Ersatz notwendig gewordener Arztkosten sei, daß das in Anspruch genommene Krankenhaus von der Krankenkasse als solches anerkannt werde. Zweifelsfrei handele es sich im vorliegenden Falle um ein solches anerkanntes Krankenhaus. Im übrigen habe die Klägerin, was ebenfalls den Bestimmungen der Satzung entspreche, die Erstattung auf die Kosten beschränkt, die entstanden wären, wenn die allgemeine Pflegeklasse eines nach Absatz 1 zugelassenen Krankenhauses aufgesucht worden wäre (eines sogenannten Belegkrankenhauses oder einer Klinik).

Mit der zugelassenen Revision rügt der Beklagte Verletzung des § 19 BVG. Der Klägerin seien 3/4 der Pflegekosten für die III. (allgemeine) Pflegeklasse erstattet worden. Das LSG habe übersehen, daß der Aufwendungsersatz nach § 19 BVG sich nicht aus den der Krankenkasse ihren Mitgliedern gegenüber obliegenden Verpflichtungen herleite, sondern sich allein aus der allgemeinen versorgungsrecht-

- 6 -



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

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

- 6 -

lichen Verpflichtung der Krankenkasse, die Heilbehandlung durchzuführen, ergebe. Der Ersatzanspruch stelle einen angemessenen Ausgleich für die Behandlung der bei ihr Versicherten und zugleich als versorgungsberechtigt anerkannten Mitglieder dar. Der Vollpauschalsatz sei der Betrag, den die Krankenkasse vertraglich für die stationäre Behandlung zu zahlen habe, und zwar als Vergütung für die gesamte kassenärztliche Versorgung im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO). In dieser Gesamtvergütung seien auch die Arztkosten bei einer Krankenhausbehandlung enthalten und abgegolten. Dagegen werde der anteilige Ersatz der Arztkosten neben dem Puschalsatz der einfachen Pflegeklasse nicht von § 19 BVG erfaßt oder gedeckt. Das Verfahren der Krankenkasse übersteige das Maß und die Grenze der notwendigen Krankenpflege. Der Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG und das Urteil des SG
aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

§ 19 BVG setze nicht voraus, daß der Aufwand an Krankenhauskosten nur in einem Puschalsatz bestehen dürfe. "Aufgewendet" seien Krankenhauskosten im Sinne des § 19 BVG auch dann, wenn die Leistung nicht pauschal abgegolten, sondern nach Maßgabe der bestehenden Verträge zergliedert werde und die notwendige ärztliche Behandlung gesondert zu vergüten sei, wie dies bei den sogenannten Belegkrankenhäusern regelmäßig der Fall sei. Die VB, die in Bezug auf die Leistungsansprüche der Versicherten als Satzung zu gelten hätten (BSG 16, 165), machten es erforderlich, die Krankenhauskosten aufzuwenden, die entstanden wären, wenn ein Belegkrankenhaus oder eine Klinik aufgesucht worden wäre. Der Beklagte bestreite auch nicht, daß die Klägerin nach § 16 Abs. 4 der VB nach pflichtgemäßem Ermessen verpflichtet

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



- 7 -

- 7 -

gewesen sei, bei grundsätzlich notwendiger stationärer Behandlung in der besseren Pflegeklasse dem Versicherten Kostenersatz in der Höhe zu leisten, in der ihr Aufwendungen bei einer Einweisung in die einfache Pflegeklasse eines Belegkrankenhauses entstanden wären. Der Gleichbehandlungsgrundsatz wäre verletzt, wenn die Kasse die selbst-beschaffte Krankenhauspflege gleichen Umfangs einmal nur mit einem Pauschalsatz, das andere Mal mit einem belegärztlichen Honorar neben einem ermäßigten Pauschalsatz vergüten würde, je nachdem, ob der Versicherte ein allgemeines Krankenhaus, ein Belegkrankenhaus oder eine Klinik aufgesucht habe. Soweit der Beklagte der Meinung sei, der im Falle einer Behandlung im Belegkrankenhaus aufzuwendende ermäßigte Pauschalbetrag umfasse bereits eine Vergütung für belegärztliche Behandlung, so daß die dafür geforderte Vergütung einer doppelten Bezahlung von Arztkosten gleichkomme, rüge der Beklagte einen Mangel im Verfahren des LSG; denn darüber, ob in der Abgeltung der belegärztlichen Behandlung durch Abgeltung mit einem Pauschalbetrag und einer vertraglich festgelegten besonderen Vergütung eine Doppelbezahlung liege, enthalte das angefochtene Urteil keine Feststellungen. Eine solche Rüge, die lediglich in der Aufstellung einer Tatsachenbehauptung bestehe, entspreche aber nicht den Anforderungen des § 164 Abs. 2 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Es treffe tatsächlich auch nicht zu, daß den Belegkrankenhäusern eine doppelte Vergütung für belegärztliche Behandlung gezahlt werde. Es könne keineswegs angenommen werden, daß die Krankenkassen in ihrer Gesamtheit mit Belegkrankenhäusern und Kliniken Verträge abgeschlossen haben könnten, durch die die ärztliche Tätigkeit bei stationärer Behandlung zweifach vergütet werde, diese somit in dem Pauschalsatz und in der besonderen Vergütung enthalten sei.

Die durch Zulassung statthafte Revision (§ 162 Abs. 1 Nr. 1 SGG) ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet

- 8 -



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

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

- 8 -

worden (§§ 164, 166 SGG) und deshalb zulässig. Sachlich ist sie nicht begründet.

Streitig ist, ob der Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin Arztkosten zu ersetzen, die ihr im Betrage von 99,60 DM dadurch entstanden sind, daß K. in die II. Pflegeklasse der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten "Bergmannsheil" aufgenommen wurde, und welche die Klägerin gemäß § 16 Abs. 4 der VB iVm der Anlage 4 des Arzt-E.V. ihrem Mitglied K. ersetzt hat. Das LSG hat den Ersatzanspruch bejaht, weil aufgrund der VB eine Verpflichtung der Klägerin zum teilweisen Ersatz der Aufwendungen des K. für Arztkosten aufgrund der Aufnahme in der II. Pflegeklasse bestanden habe und diese Regelung sich auch im Einklang mit der Satzung halte. Es sei unerheblich, daß es sich bei den Krankenanstalten "Bergmannsheil" nicht um ein Belegkrankenhaus handele.

Die Revision hat nur Verletzung des § 19 Abs. 3 BVG gerügt und – jedenfalls ausdrücklich – keine Verfahrensrügen erhoben; soweit sie nunmehr geltend macht, das LSG habe übersehen, daß die zusätzliche Erstattung von Krankenhaus-Arztkosten neben dem Pauschalsatz der III. Pflegeklasse einer doppelten Vergütung für Arztkosten gleichkomme, entspricht dieses Vorbringen – wenn damit ein Verfahrensmangel gerügt werden soll – nicht den Erfordernissen, die § 164 Abs. 2 Satz 2 SGG an eine Verfahrensrüge stellt. Im Verfahren vor dem LSG wurde nur darüber gestritten, ob der Beklagte nach § 19 Abs. 3 BVG idF des Ersten Neuordnungsgesetzes (1. NOG) vom 27. Juni 1960 (BGBl I 453) verpflichtet sei, Arztkosten zu erstatten, die die Klägerin nach ihren VB ihrem Mitglied ersetzen mußte, und ob es einen Unterschied begründen könne, daß K. in die II. Pflegeklasse eines Krankenhauses aufgenommen worden war, mit dem die Klägerin keinen Vertrag geschlossen hatte. In diesem Zusammenhang hat der Beklagte insbesondere nicht vorgebracht, daß die dem K. tatsächlich erstatteten Kosten unangemessen

- 9 -



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



JLaw – für Android



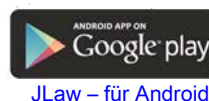
JLaw – für iOS

hoch gewesen seien, insbesondere einer Doppelbezahlung für ärztliche Behandlung gleichkämen. Zur Begründung eines Verfahrensverstosses gemäß den §§ 103, 128 SGG hätte somit dargelegt werden müssen, weshalb das LSG nicht von einer medizinisch gebotenen stationären Behandlung des K. und nicht von einer Verpflichtung der Klägerin zum Ersatz eines Teiles der gesondert in Rechnung gestellten Arztkosten hätte ausgehen dürfen, und aus welchen Umständen sich ergeben habe, daß die Vergütung von Arztkosten in der II. Pflegeklasse einer Doppelbezahlung gleichkomme. Ausführungen hierüber wären umso weniger entbehrlich gewesen, als nach dem unstreitigen Vorbringen der Beteiligten in Belegkrankenhäusern Arztkosten auch in der allgemeinen (III.) Pflegeklasse entstehen und zusätzliche Arztkosten nach den VB der Klägerin (§ 16 Abs. 1, 4 und Anlage 4 II 1 des Arzt-E.V.) auch bei Behandlung in Vertragskrankenhäusern nur ersetzt werden, wenn die stationäre Behandlung nicht durch das Krankenhaus geregelt und durch den Pflegesatz nicht abgegolten ist (§ 9 des Arzt-E.V., vgl. auch Anlage 4 II Nr. 3, Buchst. a des Arzt-E.V.). Der Beklagte hätte sich zur Begründung einer etwaigen Verfahrensrüge auch mit der in Anlage 4 II Nr. 1 des Arzt-E.V. enthaltenen Vorschrift auseinandersetzen müssen, daß unter den Voraussetzungen des § 9 im allgemeinen nur Vertragsärzte zu beteiligen sind, wenn sie für die stationäre Behandlung der Sozialversicherten in der allgemeinen Pflegeklasse vom Krankenhaus nicht besoldet oder entsprechend entschädigt werden. Das LSG hatte keinen Anlaß, auf diese Einzelfragen einzugehen; es konnte vielmehr, da insoweit kein Streit bestand, davon ausgehen, daß für die Klägerin die allgemeinen Voraussetzungen für den Ersatz von Arztkosten nach § 16 der VB und Anlage 4 des Arzt-E.V. erfüllt waren, und daß diese Leistungen im Einklang mit der Satzung standen. Aufgrund dieses festgestellten Sachverhalts ist die Rechtsauffassung des LSG auch nicht zu beanstanden.



Nach § 19 Abs. 3 BVG idF des 1. NOG werden den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung als Ersatz $\frac{3}{4}$ der aufgewendeten Krankenhauskosten ersetzt. Da die Krankenhausbehandlung die ärztliche Behandlung einschließt, sind auch die dafür entstandenen Kosten anteilmäßig zu ersetzen. Der Fassung des Gesetzes kann nicht entnommen werden, daß Arztkosten deshalb, weil sie im Einzelfall gesondert in Rechnung gestellt und von der Krankenkasse ganz oder teilweise übernommen worden sind, nicht erstattet werden könnten. § 19 Abs. 3 BVG stellt nicht auf die Art der Berechnung der Kosten für ärztliche Behandlung, also nicht darauf ab, ob sie in einem Pauschalsatz enthalten sind oder gesondert in Rechnung gestellt werden, sondern ob sie aufgewendet worden sind, also auf die Höhe der Kosten. Wenn es demgemäß in Nr. 1 der VerwV zu § 19 BVG idF vom 14. August 1961 (Bundesanzeiger Nr. 161 vom 23. August 1961) heißt: "Zu den Krankenhauskosten gehören Beträge, die die Krankenkassen vertraglich den Krankenhäusern für stationäre Behandlung zu zahlen haben, die Arztkosten, soweit sie nicht im Pflegegesetz enthalten sind, und sonstige mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehende Kosten", so entspricht dies für die Fälle, in denen die Krankenkassen Verträge mit den Krankenhäusern geschlossen haben, einer zutreffenden Auslegung des Gesetzes. Die Fassung ist aber zu eng, wenn damit zum Ausdruck kommen soll, daß nur die Beträge berücksichtigt werden könnten, die die Krankenkassen "vertraglich" den Krankenhäusern (d.h. aufgrund der zwischen ihnen geschlossenen Verträge) zu zahlen haben. Eine solche Beschränkung des Ersatzanspruchs ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Die Rechte der Beschädigten würden willkürlich beeinträchtigt, wenn Aufwendungen der Krankenkassen für ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder in Krankenhäusern, mit denen sie keinen Vertrag geschlossen haben, außer Betracht bleiben müßten.

§ 19 Abs. 3 BVG beschränkt den Ersatzanspruch der Kranken-



- 11 -

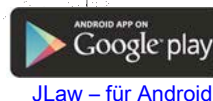
kassen nicht generell auf die Aufwendungen, die durch die Aufnahme des Beschädigten in der allgemeinen Pflegeklasse entstanden sind. Da jedoch Heilbehandlung und Krankenhausbehandlung nach § 14 Abs. 2 Satz 1 und 2 BVG von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen ihrer nach Gesetz oder Satzung bestehenden Leistungspflicht durchzuführen sind und die Heilbehandlung im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BVG, an deren Stelle die Krankenhausbehandlung treten kann (§ 11 Abs. 2 BVG), nach Art und Umfang sich mit den Leistungen deckt, zu denen die Krankenkasse ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet ist (§ 11 Abs. 1 Satz 2 BVG), ergibt sich eine unmittelbare Verknüpfung des Anspruchs auf Krankenhilfe im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 182 Abs. 1 RVO), an deren Stelle Krankenhauspflege treten kann (§ 184 Abs. 1 Satz 1 RVO), mit dem Ersatzanspruch der Krankenkassen nach § 19 Abs. 3 BVG. Denn nach § 182 Abs. 2 RVO muß die Krankenpflege zwar ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Deshalb kann auch der Ersatzanspruch nach § 19 Abs. 3 BVG nur die Leistungen betreffen, zu denen die Krankenkasse nach Gesetz und Satzung – wenn auch im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens – ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet ist. Das sind regelmäßig Verpflegung und ärztliche Behandlung in der III. Pflegeklasse, ohne daß es auf die Art der Berechnung für die Kosten der ärztlichen Behandlung ankäme. Die durch die Aufnahme in einer höheren Klasse entstandenen Mehrkosten sind deshalb in der Regel von dem Versicherten selbst zu tragen, während die Kosten, die in der untersten Klasse hätten aufgewendet werden müssen, als Zuschuß zu den Kosten die dem Versicherten durch die Krankenhauspflege entstehen, gewährt werden können (Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung – bis einschließlich 29. Nachtragslieferung – Bd. II S. 400 h; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 16. Aufl. Teil II, § 184 RVO, Anm. 3-17/364-). Ist aber wegen der Schwere des Falles, der Überfüllung der III. Pflegeklasse

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

- 12 -

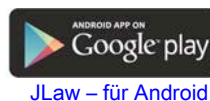


JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)

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

oder wegen der Besonderheit des Krankheitszustandes des Versicherten (große Schmerzen, besonderes Ruhebedürfnis) oder wegen der Notwendigkeit der Behandlung durch einen bestimmten Arzt die Aufnahme in die II. Pflegeklasse erforderlich, weil nur hierdurch eine ausreichende und zweckmäßige Krankenpflege im Sinne des § 182 Abs. 2 RVO gewährleistet ist, so sind die der Krankenkasse durch eine solche Einweisung entstandenen Kosten einschließlich der besonders berechneten Arztkosten auch nach § 19 Abs. 3 BVG anteilmäßig zu erstatten. Der erkennende Senat hat in dem Urteil vom 22. Juni 1967 - 9 RV 554/66 - bereits zu den §§ 10 Abs. 6, 14 Abs. 4 BVG idF des Zweiten Neuordnungsgesetzes (2. NOG) - nF - für den dort entschiedenen Fall der Selbstdurchführung der Heilbehandlung durch den Beschädigten vor Anerkennung der Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge ausgesprochen, daß dem Beschädigten mindestens die Kosten für diejenige Heilbehandlung zu ersetzen sind, die auch sonstigen Beschädigten in vergleichbaren Fällen zusteht, und daß hiernach unter Umständen auch Kosten der nächsthöheren Pflegeklasse im Sinne des § 14 Abs. 4 BVG nF übernommen werden können. Zwar ist diese Entscheidung auch auf § 14 Abs. 4 2. Halbs. BVG idF des 2. NOG gestützt, wonach in den Fällen, in denen die Verwaltungsbehörde Heilbehandlung und Krankenbehandlung selbst durchführt, in besonders gelagerten Fällen bei stationärer Behandlung auch die Kosten der "nächsthöheren Pflegeklasse" übernommen werden können. Dieser Halbsatz ist in § 14 Abs. 4 BVG idF des 1. NOG noch nicht enthalten. Dagegen stimmt die Vorschrift des § 10 Abs. 6 Satz 1 BVG in beiden Fassungen darin überein, daß, wenn eine Heil- oder Krankenbehandlung von dem Berechtigten vor der Anerkennung selbst durchgeführt worden ist, die Kosten für die notwendige Behandlung "in angemessenem Umfang" zu ersetzen sind. Dazu gehören aber auch Kosten der höheren Pflegeklasse, wenn die Aufnahme in diese Klasse medizinisch angezeigt war. In dem Urteil vom 22. Juni 1967 ist im

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



übrigen ausgeführt, daß das Gesetz auch sonst nicht vorschreibt, daß die Versorgungsberechtigten stets nur in der III. Pflegeklasse behandelt werden dürften. Habe die Krankenkasse die Kosten einer höheren Pflegeklasse übernommen, so würden ihr diese nach § 19 Abs. 1 Satz 1 BVG (idF des 2. NOG) ersetzt. Aufgrund der §§ 11 Abs. 1 Und 2, 14 Abs. 2, 4 BVG ergibt sich somit, daß die Ansprüche des Beschädigten gegen die Versorgungsverwaltung grundsätzlich (mindestens) den Ansprüchen entsprechen, die der Beschädigte als Kassenmitglied geltend machen kann. Nach diesen Grundsätzen ist auch der Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Versorgungsverwaltung in § 19 BVG geregelt, wenngleich nur ein Teil der Aufwendungen der Krankenkassen erstattet wird.

Das LSG hat den Ersatzanspruch der Klägerin, der die in der II. Pflegeklasse entstandenen Arztkosten betraf, aufgrund des von ihm vorausgesetzten Sachverhalts ohne Rechtsirrtum bejahen können. Es hat insbesondere feststellen dürfen, daß die Aufwendungen der Klägerin für ärztliche Behandlung in der II. Pflegeklasse der Satzung entsprachen. Es hat sich hierfür auf die durch Verfügungen der zuständigen Aufsichtsbehörden genehmigten Versicherungsbedingungen der Klägerin beziehen können. § 16 Abs. 2 und 4 der VB bezweckt die Gleichstellung der Mitglieder, die sich nicht in die allgemeine Pflegeklasse eines Krankenhauses aufnehmen lassen, und der Mitglieder, die in ein nicht "zugelassenes" Krankenhaus aufgenommen werden, also nicht in ein staatliches, kommunales oder ein solches Krankenhaus, dessen Bedingungen die Kasse anerkannt hat (§ 16 Abs. 1 Satz 1 der VB). Die Erstattung kann in solchen Fällen aber auch auf die Kosten beschränkt werden, die entstanden sein würden, wenn die allgemeine Pflegeklasse eines zugelassenen Krankenhauses aufgesucht worden wäre (§ 16 Abs. 4 Satz 3 der VB). Damit ist zum Ausdruck gebracht, daß ausnahmsweise auch die in der höheren Pflegeklasse berechneten Arztkosten im Rahmen der in Anlage 4 des Arzt-E.V. bestimmten Leistungen für ärztliche Behandlung berücksichtigt werden



können. Voraussetzung dafür ist aber, daß die ärztliche Behandlung nicht durch das Krankenhaus geregelt und auch durch den Pflegegesetz nicht abgegolten ist (§ 9 des Arzt-E.V. iVm Anlage 4 II Nr. 1). Durch § 16 Abs. 4 der VB erlangt die Klägerin aber nicht nur die Möglichkeit, Versicherte, die in einem nicht anerkannten Krankenhaus behandelt wurden, den anderen Mitgliedern gleichzustellen, sondern auch etwa bestehende Unterschiede in der Höhe des Pauschalsatzes für die III. Pflegeklasse oder in der Art der Berechnung (Aufgliederung in Verpflegungskosten und Kosten der ärztlichen Behandlung), die sich auch bei den zum Vergleich herangezogenen Belegkrankenhäusern in der allgemeinen Pflegeklasse ergeben können, zu berücksichtigen. Schließlich kann die Krankenkasse aufgrund des § 16 Abs. 4 Satz 3 der VB in geeigneten Fällen auch ihrer Verpflichtung gerecht werden, im Einklang mit § 182 Abs. 2 RVO nicht nur die regelmäßig bei der Benutzung der III. Pflegeklasse entstehenden Kosten, sondern darüber hinaus auch bestimmte Beträge für die gesondert in Rechnung gestellte ärztliche Behandlung in einer höheren Pflegeklasse zu übernehmen. Ob ein solcher Ersatz über die Kosten der III. Pflegeklasse hinaus nach § 182 Abs. 2 RVO geboten ist, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Deshalb ist die in § 16 Abs. 4 Satz 3 der VB enthaltene Kann-Bestimmung dennoch im Ergebnis nicht zu beanstanden, wenn an die Gewährung der Leistungen der Maßstab des § 182 Abs. 2 RVO angelegt wird. Aufwendungen der Krankenkassen sind allerdings nach § 19 Abs. 3 BVG nicht zu berücksichtigen, wenn sie dem versorgungsberechtigten Mitglied nur deshalb als "Kann-Leistung" gewährt werden, weil ein Kostenersatz nach den Bestimmungen des BVG in Betracht kommt oder wenn mit ihnen im Ergebnis nur eine Verschiebung der im BVG geregelten Ersatzleistungen an die Krankenkassen zum Nachteil der Versorgungsverwaltung bezweckt ist (BSG-Urteil vom 23. April 1968 - 9 RV 730/65 -). Für die Annahme, daß hier ein solcher Sachverhalt gegeben sein



- 15 -

könnte, besteht jedoch kein Anhalt. Im vorliegenden Fall hat der Beklagte im Berufungsverfahren nicht bestritten, daß sich die Klägerin bei der von ihr erbrachten Leistung im Rahmen der ihr nach ihren VB eingeräumten pflichtgemäßen Ermessen gehalten hat. Er hat insbesondere nicht geltend gemacht, daß die Leistungen der Klägerin unter Berücksichtigung der bei Belegkrankenhäusern geltenden Bedingungen über die nach Gesetz und Satzung zugelassenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgegangen sind. Das LSG konnte vielmehr davon ausgehen, daß die Klägerin Leistungen nur in diesem Rahmen gewährt hat und demgemäß der Ersatzanspruch nach § 19 Abs. 3 BVG auch nicht auf einen Ersatz der pauschal berechneten Kosten nur für Pflege in der III. Klasse beschränkt war.

Nach alledem war die Revision des Beklagten gegen das Urteil des LSG, mit dem die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des SG zurückgewiesen worden ist, als unbegründet zurückzuweisen. Das SG hat zwar den Beklagten verurteilt, der Klägerin die anlässlich der Krankenhausbehandlung des K. entstandenen Aufwendungen in Höhe von 3/4 der aufgewendeten Kosten zu ersetzen. Streitig war jedoch ausschließlich der anteilige Ersatz der von der Klägerin nur zu einem geringen Teil (99,60 DM von insgesamt 1.080,-- DM) erstatteten Aufwendungen für die in der II. Pflegeklasse entstandenen, gesondert in Rechnung gestellten Arztkosten; dagegen sind die Kosten für Pflege in der allgemeinen Pflegeklasse zu 3/4 er-

- 16 -



stattet worden. Eine entsprechende Klarstellung im Urteilstenor war deshalb geboten; desgleichen war die Kostenentscheidung des SG mit Rücksicht auf § 193 Abs. 4 SGG aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

