

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

9a RV 51/83

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,
Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,

Beklagter und Revisionskläger.

Das Bundessozialgericht, 9a Senat, hat ohne mündliche Verhandlung am 23. Oktober 1985

für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 28. Oktober 1982 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-2-

Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

G r ü n d e :

I

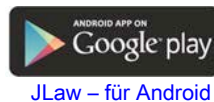
Die Beteiligten streiten darüber, ob der Beklagte berechtigt ist, auf den Zuschuß, den er dem ursprünglichen Kläger G W für die Krankenbehandlung seiner Ehefrau gewährt hat, die Leistungen einer privaten Krankenversicherung anzurechnen.

Der 1905 geborene G. W. bezog Versorgungsbezüge nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 100 vH und Pflegezulage. Er stellte am 22. November 1976 einen Antrag auf Übernahme der Regelkosten für den Krankenhausaufenthalt seiner Ehefrau, die vom 23. November bis 7. Dezember 1976 im Marienhospital in A stationär behandelt wurde. Bei der Krankenversicherungs-AG bestand zu dieser Zeit Versicherungsschutz für die Ehefrau nach den Tarifen S III/2 und S II/60.

Nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts überreichte G. W. die Rechnung des Marienhospitals A in Höhe von 2.615,25 DM und drei Rechnungen von verschiedenen Ärzten in Höhe von 2.117,70 DM, 225,00 DM und 98,75 DM. Die Erstattung der Versicherungs-AG belief sich auf insgesamt



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



-3-

3.724,85 DM.

Der Beklagte gewährte G. W. zu den Kosten der stationären Behandlung seiner Ehefrau einen Zuschuß in Höhe von 1.008,10 DM, den er wie folgt berechnete: Die Regelleistungen des Krankenhauses hätten 15 (Anzahl der Tage) mal 127,80 DM (Regelpflegesatz) = 1.917,00 DM betragen. Da der Zuschuß zusammen mit den Leistungen anderer Stellen die Gesamtkosten nicht überschreiten dürfe - wobei als Leistungen anderer Stellen auch die Leistungen einer privaten Krankenversicherung anzusehen seien - sei ein Kostenersatz in Höhe der Differenz zwischen den Behandlungskosten (4.732,45 DM) und den Leistungen der privaten Versicherung (3.724,85 DM) von 1.008,10 DM zu zahlen.

Der Widerspruch war vergeblich (Widerspruchsbescheid vom 7. August 1979). In dem Klageverfahren hat der Kläger den zunächst gestellten Antrag, ihm einen zusätzlichen Betrag von 908,90 DM zu zahlen, unter Zugrundelegung der insgesamt entstandenen Kosten von 5.056,70 DM auf Zahlung von 4.048,60 DM (Kosten insgesamt abzüglich des bereits geleisteten Zuschusses des Beklagten von 1.008,10 DM) erweitert. In dieser Höhe hat das Sozialgericht (SG) Dortmund den Beklagten verurteilt (Urteil des SG vom 13. Januar 1982).

Mit der Berufung hat der Beklagte sich vor allem auf die Nr 6 der Verwaltungsvorschriften (VV) zu § 18 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) berufen; danach seien die Leistungen der privaten Krankenversicherung ermessensfehlerfrei angerechnet worden. Das



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



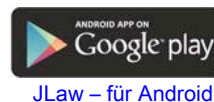
-4-

Landessozialgericht (LSG) hat durch Urteil vom 28. Oktober 1982 das Urteil des SG abgeändert und den Beklagten unter Zurückweisung der Berufung im übrigen verurteilt, unter Abänderung des Bescheides vom 20. August 1977 idF des Widerspruchsbescheides vom 7. August 1979 dem Kläger weitere 908,90 DM zu zahlen. In den Entscheidungsgründen wird ausgeführt: G. W. habe zwar einen Anspruch auf Krankenbehandlung für seine Ehefrau, der auch eine stationäre Krankenhausbehandlung als Sachleistung einschließe; dieser sei aber auf die Höhe der Regelleistungen beschränkt. Dies gelte auch für einen Zuschuß nach § 18 Abs 5 BVG. Die Sonderregelung des § 18c Abs 3 Satz 3 BVG (seit dem 1. Januar 1982 § 18 Abs 6 BVG) gelte nur für Beschädigte im Rahmen der Heilbehandlung, nicht aber für Familienangehörige im Rahmen der Krankenbehandlung. Der Beklagte sei - obwohl es sich bei der Leistung nach § 18 Abs 5 BVG um eine Ermessensleistung handele - zur Leistung an den Kläger verpflichtet, weil er in seinem Bescheid sich zur Leistung bereitgefunden habe und nur die Höhe der Leistung streitig sei. Der Beklagte habe aber zu Unrecht die Leistungen der privaten Krankenversicherung der Ehefrau des G. W. (der jetzigen Klägerin) auf den Zuschuß angerechnet. Es handele sich hierbei ausschließlich um den Gegenwert privat aufgebrachter Beiträge; eine Anrechnung dieser Leistungen würde den Kläger gegenüber anderen Beschädigten, die eine solche Privatversicherung nicht abgeschlossen haben, ungleich behandeln. Dies könne nicht Rechtens sein. Der Wortlaut der vom Beklagten herangezogenen Nr 6 der VV zu § 18 BVG sei mehrdeutig. Er könne auch so ausgelegt werden, daß darunter nur solche Versicherungsleistungen fallen sollten, deren Beiträge aus öffentlichen Mitteln ganz oder zum

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](#)

-5-

Teil beglichen worden sind.

Das BSG hat die Revision zugelassen.

Der Beklagte hat dieses Rechtsmittel eingelegt und rügt die Verletzung des § 18 Abs 5 BVG. Nach den VVen Nr 6 zu § 18 BVG werde der Zuschuß anstelle der im Gesetz vorgesehenen Sachleistung gewährt. Dadurch solle verhindert werden, daß der Berechtigte insgesamt mehr an Leistungen erhalte, als die Kosten der stationären Behandlung betragen. Der Berechtigte könne daher nur insoweit einen Zuschuß erhalten, als die Kosten für die Regelleistungen der stationären Behandlung nicht anderweitig gedeckt sind, denn nur insoweit sei der Zuschuß "erforderlich". Es sei unerheblich, ob es sich bei diesen "Leistungen anderer Stellen" um öffentliche oder private Versicherungen handele. Bisher habe das BSG über eine Anrechnung privater Leistungen nur im Rahmen des § 18 Abs 1 BVG entschieden. Dies könne aber auf § 18 Abs 5 BVG nicht übertragen werden.

G. W. ist am 6. April 1984 gestorben. Seine Ehefrau hat erklärt, daß sie als seine Rechtsnachfolgerin das Revisionsverfahren fortsetze.

Der Beklagte beantragt,
unter Abänderung der Urteile des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 28. Oktober 1982 und des Sozialgerichts Dortmund vom 13. Januar 1982 die Klage auch insoweit abzu-



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



-6-

weisen, als der Beklagte verurteilt worden ist,
einen höheren Betrag als 323,75 DM an den Kläger
zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beteiligten sind mit einer Entscheidung des erkennenden Senats ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) einverstanden.

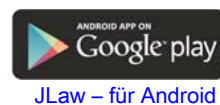
II

Die Revision des Beklagten ist unbegründet und muß zurückgewiesen werden (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Das LSG hat zu Recht entschieden, daß G. W. - jetzt seiner Ehefrau - weitere 908,10 DM zu zahlen sind, und hat zutreffend die weitergehende Berufung des Beklagten zurückgewiesen.

Im Revisionsverfahren wird nicht mehr darüber gestritten, daß der Beklagte weitere 323,75 DM aus den Arztrechnungen über 225,-- DM und 98,75 DM, die bei der Errechnung der gesamten Behandlungskosten damals übersehen worden waren, zu zahlen hat. Insoweit hat der Beklagte den Klageanspruch anerkannt (vgl § 101 Abs 2 SGG).



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



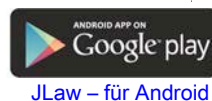
-7-

Der Anspruch der Klägerin ist nach § 18 Abs 5 BVG idF vom 16. Juni 1975 (BGBl I S 1365) begründet. Danach kann der Berechtigte den für die notwendige Krankenhausbehandlung erforderlichen Betrag als "Zuschuß" erhalten, wenn er oder der Leistungsempfänger Leistungen in Anspruch nimmt, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen. Die Klägerin hat sich während ihres Krankenhausaufenthaltes im Marienhospital A privatärztlich behandeln lassen und eine höhere Pflegeklasse in Anspruch genommen. Der für diese notwendige Krankenhausbehandlung erforderliche Betrag war nach § 18 Abs 5 BVG als "Zuschuß" zu gewähren. Davon geht auch der Beklagte aus. Die Beteiligten streiten darüber, in welcher Weise der "erforderliche" Betrag zu berechnen ist.

Da die irreführend als "Zuschuß" bezeichnete Versorgungsleistung nach § 18 Abs 5 BVG an die Stelle der Sachleistung treten soll, kann sie jedenfalls nicht höher sein als der Wert, der dem Berechtigten als Sachleistung zustehen würde. Das ist hier nur der Betrag des allgemeinen Pflegesatzes, den der Beklagte an den Krankenhausträger zu zahlen gehabt hätte. Dieser umschließt alle medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen (BSG Urteil vom 2. März 1983, 9a RV 19/82 = VersorgB 1983/95). Einen Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, der nur für Beschädigte in Frage kommt (§ 18 Abs 6 BVG idF vom 22. Januar 1982 -BGBl I S 21-) hat die Klägerin jedoch nicht (BSG aaO). Auf die Zahlung für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Höhe von 1.917,-- DM will der Beklagte die Zahlung der Versicherungs-AG



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



-8-

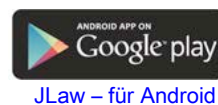
in Höhe von 585,15 DM anrechnen, weil die Summe beider Zahlungen um diesen Betrag die gesamten Behandlungskosten übersteigt.

Der Beklagte hat sich zur Begründung seiner Ansicht auf Nr 6 Satz 2 der VV zu § 18 BVG gestützt. Danach darf der Zuschuß nach § 18 Abs 5 BVG zusammen mit Leistungen anderer Stellen, bei deren Festsetzung Leistungen nach dem BVG unberücksichtigt bleiben, die Gesamtkosten nicht überschreiten. Zu den Leistungen anderer Stellen sind jedoch nicht die Ansprüche aus privaten Krankenversicherungen zu zählen. Dem sollte auch die neue Fassung der VVen zu § 18 BVG in Nr 6 entsprechen, die - wie das LSG zutreffend gesagt hat - allerdings nicht in Kraft getreten sind. Mit den neuen VVen hat sich der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bemüht, der Rechtsprechung des BSG gerecht zu werden (vgl Rohr/Sträßer, BVG 6. Aufl, 1984 S 18 Anm 5). In dem Urteil vom 4. Mai 1977 - 9 RV 58/76 (in SozR 3100 § 12 Nr 1) hatte der erkennende Senat darauf hingewiesen, daß die Leistung der privaten Krankenversicherung der Gegenwart für die mit eigenen Geldern aufgewandten Prämienleistungen des Versicherungsnehmers sind, also einer direkten Selbstbeteiligung gleichkommen (vgl aaO S 4 und BSG in SozR 3100 § 18 Nr 2 S 5). Dann ist eine Anrechnung nur möglich, wenn die private Versicherung zum Wegfall einer öffentlich-rechtlichen geführt hat oder aus öffentlichen Mitteln finanziert worden ist. Das ist indessen hier nicht der Fall. Versicherungsnehmer der Versicherungsgruppe war nicht G. W., sondern seine Ehefrau, die keine Beitragszuschüsse erhalten hat.

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
[\(mobile App\)](#)



Das hier gefundene Ergebnis ist auch aus § 10 Abs 7 Lit a BVG idF vom 16. Juni 1975 (BGBl I S 1365) zu entnehmen. G. W. hatte als Schwerbeschädigter einen Anspruch auf Krankenbehandlung seiner Ehefrau (§ 10 Abs 4 Lit a BVG). Diese Krankenbehandlung wäre nach § 10 Abs 7 Lit a BVG ausgeschlossen gewesen, wenn und soweit ein Anspruch aus einem Vertrag, ausgenommen ein Anspruch aus einer privaten Krankenversicherung, bestanden hätte. Hier wird deutlich, daß grundsätzlich die Zahlungen einer privaten Krankenversicherung nicht zu einer Entlastung des Versorgungsträgers heranzuziehen sind. Diese Zahlungen werden hier vielmehr als Eigenleistungen des Privatversicherten behandelt (s BSG aaO; anders jetzt § 15 Abs 1 der Beihilfevorschriften vom 19. April 1985 - GMB1 1985, 290). Eine Besserstellung des privatversicherten Versorgungsberechtigten tritt dabei im allgemeinen nicht ein, weil die Beitragsleistungen insgesamt die Leistungen der Versicherungen zu übersteigen pflegen. Ein Bereicherungsverbot im Einzelfall wäre von dem privatrechtlichen Versicherungsträger zu beachten (§ 55 Versicherungsvertragsgesetz und § 5 Abs 4 der Unterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung; vgl Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 23. Aufl, 1984, MBKK, § 5 Anm 11).

Das LSG hat somit den dem ursprünglichen Kläger zu zahlenden Zuschuß richtig berechnet. Er umfaßt bereits den Betrag von 323,75 DM, den der Beklagte in der Revisionsbegründung zugestanden hat.



-10-

Die Revision des Beklagten muß daher zurückgewiesen werden (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

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



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

