

L 7 VG 11/97

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
7

1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 14 V 35/96

Datum
11.12.1996
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 7 VG 11/97

Datum
04.11.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 VG 4/99 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 11.12.1996 abgeändert. Der Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 16.12.1994 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 12.02.1996 verurteilt, an die Klägerin einen weiteren Betrag von 11.691,65 DM zu zahlen. Im übrigen wird die Klage abgewiesen. Der Beklagte trägt 9/10 der Kosten der Klägerin. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt vom Beklagten aus abgetretenem Recht die Erstattung von Heilbehandlungskosten.

Der Beschädigte R W war bei der Klägerin versichert.

Wegen der Folgen einer am 29.06.1992 erlittenen Gewalttat wurde er in der Zeit vom 29.06. bis 23.07.1992 im Krankenhaus W in B stationär und bis zum 20.11.1992 ambulant behandelt.

Am 30.06.1992 unterzeichnete er eine Vereinbarung über die Inanspruchnahme der Wahlleistung "Unterbringung in einem Ein-Bett- Zimmer mit Bad und/oder Dusche" und "ärztliche Leistungen".

Am 28.05.1993 beantragte der Beschädigte Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Dem Antrag war eine Abtretungserklärung hinsichtlich des Anspruches auf Erstattung der Heilbehandlungskosten gegenüber dem Beklagten zugunsten der Klägerin beigefügt.

Mit Bescheid vom 09.09.1994 erkannte der Beklagte beim Beschädigten "eine reizlose Narbe im Bereich des linken Oberbauches nach operativer Entfernung der Milz" als Schädigungsfolge i.S.v. [§ 1 OEG](#) ohne rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie einen Anspruch auf Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) i.V.m. [§ 1 OEG](#) an.

Mit Schreiben vom 11.11.1993 beehrte die Klägerin unter Vorlage von Rechnungskopien vom Beklagten die Erstattung von Heilbehandlungskosten für die stationäre Behandlung des Beschädigten in Höhe von insgesamt 23.078,28 DM. Mit Bescheid vom 16.12.1994, adressiert an den Beschädigten, übernahm der Beklagte die Kosten für die stationäre Behandlung gemäß § 18 Abs. 3 BVG in Höhe des allgemeinen Pflegesatzes, d.h. von 10.000,- DM, sowie die Kosten für die pathologische Untersuchung außerhalb des Krankenhauses am 03.07.1992 in Höhe von 163,63 DM. Außerdem bewilligte er für die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung einen Zuschuß nach § 18 Abs. 7 BVG in Höhe von 506,25 DM. Im übrigen lehnte der Beklagte die Erstattung von Heilbehandlungskosten ab. Eine Durchschrift des Bescheides erhielt die Klägerin zur Kenntnis. Der Beklagte überwies der Klägerin einen Betrag von 10.163,63 DM und dem Beschädigten in Höhe von 526,25 DM.

Die Klägerin legte gegen den Bescheid vom 16.12.1994 Widerspruch ein. Sie vertrat die Auffassung, dem Beschädigten seien die gesamten Heilbehandlungskosten zu erstatten. Ihm könne nicht angelastet werden, daß er bei der Aufnahme im Krankenhaus Leistungen in Anspruch genommen habe, die seinem bestehenden Krankenversicherungsschutz entsprochen habe. Der Beschädigte habe bei der notfallmäßigen Aufnahme keine Kenntnis davon gehabt, daß der Beklagte für die Übernahme der Heilbehandlungskosten zuständig sei. Am 12.02.1996 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Für eine Heilbehandlung, die der Berechtigte vor der Anerkennung selbst durchgeführt habe, seien gemäß § 18 Abs. 3 BVG die Kosten für die notwendige Behandlung im angemessenen Umfang zu ersetzen. Medizinisch notwendig sei die stationäre Behandlung im Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen gewesen. Die dafür entstandenen Kosten seien erstattet

worden. Für eine Übernahme der von der Klägerin geltend gemachten Mehrkosten sehe er keine Möglichkeit, da diese nicht aufgrund der medizinisch notwendigen Maßnahmen entstanden seien.

Am 20.03.1996 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Köln erhoben.

Die Klägerin hat sich auf Nr. 1 S. 2 der Verwaltungsvorschrift (VV) zu § 18 BVG berufen, wonach die Kostenerstattung bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen geleistet wird, soweit dem Antragsteller kein Verschulden daran trifft, daß Heilbehandlung, Krankenbehandlung oder Badekur nach dem BVG nicht gewährt wurden. Die VV bezwecke, ein Verbrechenopfer vor den finanziellen Folgen der Tat in dem Zeitraum zu schützen, in dem ohne Verschulden des Opfers die Zuständigkeit des Versorgungsamtes noch nicht feststehe und damit die Regelungen des § 18 BVG gerade nicht berücksichtigt werden könnten. In einem solchen Fall seien die "tatsächlichen" Kosten als angemessene Kosten i.S.v. § 18 Abs. 3 BVG anzusehen.

Mit Urteil vom 11.12.1996 hat das Sozialgericht Köln den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 16.12.1994 und des Widerspruchsbescheides vom 12.02.1996 verurteilt, der Klägerin aus vom Versicherten R W abgetretenem Recht weitere Behandlungskosten in Höhe von 12.914,95 DM zu erstatten. Auf die Entscheidung wird Bezug genommen.

Gegen das am 03.02.1997 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 21.02.1997 Berufung eingelegt.

Der Beklagte vertritt die Auffassung, bei der Auslegung des in § 18 Abs. 3 BVG verwandten Begriffes "notwendige Behandlung" sei auf die Regelungen des SGB V hinsichtlich des Umfanges der Heil- und Krankenbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung abzustellen. Nach § 12 SGB V seien die zur Erreichung des Zieles der Heil- und Krankenbehandlung erforderlichen Maßnahmen "notwendig", die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich seien. Die Krankenhausbehandlung nach dem SGB V, die durch den allgemeinen Pflegesatz nach §§ 2, 3 BpflV abgegolten werde, umfasse im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig seien. Darunter sei auch die aus medizinischen Gründen notwendige Chefarztbehandlung oder eine besondere Unterbringung (Zwei-Bett- oder Ein-Bett-Zimmer) erfaßt und mitabgegolten. Die Regelungen hinsichtlich des notwendigen Umfanges einer Krankenhausbehandlung im SGB V seien auf die Auslegung des Begriffes "notwendige Behandlung" i.S.d. § 18 Abs. 3 BVG übertragbar, da sich Art und Umfang der Heilbehandlung nach §§ 10 ff. BVG, soweit das BVG nichts anderes bestimme, mit den Leistungen deckten, zu denen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern verpflichtet seien (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BVG). Vorliegend seien keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, daß aus medizinischer Sicht eine Behandlung des Beschädigten durch spezielle Ärzte oder eine besondere Unterbringung notwendig gewesen sei. Die vom Beschädigten in Anspruch genommenen Wahlleistungen entsprächen nicht einer medizinischen Notwendigkeit, sondern beruhten auf einer eigenen Entscheidung, die nicht zuletzt auf seinem mit der privaten Krankenversicherung bestehenden Vertragsverhältnis basiert habe; für diese Komfortleistung leiste er der privaten Krankenversicherung entsprechende Beiträge. Des weiteren seien i.S.v. § 18 Abs. 3 BVG nur die (notwendigen) Kosten angemessen, die die Versorgungsverwaltung hätte aufwenden müssen, wenn sie die Behandlungsmaßnahmen nach § 10 Abs. 8 BVG durchgeführt hätte. Die Kostenerstattung bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen werde geleistet, wenn den Berechtigten keine Schuld treffe, daß die notwendigen Behandlungsmaßnahmen nicht nach dem BVG gewährt worden seien. So könne z.B. ein Privatpatient für bestimmte Leistungen (z.B. die Anschaffung eines Hörgerätes, höhere Arztkosten aufgrund der Gebührenordnung) höhere Aufwendungen haben als ein Kassenpatient, der die gleiche Leistung infolge bestehender Vertragsvereinbarung zwischen Krankenkasse und Leistungsträger zu einem günstigeren Preis erhalte.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 11. Dezember 1996 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Der Senat hat den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beigeladen. Dieser hat die Auffassung vertreten, Sinn und Zweck des § 18 Abs. 3 BVG sei, Berechtigte von den finanziellen Folgen zu entlasten, die vor der Anerkennung ihrer gesundheitlichen Schädigung eingetreten seien. Wenn ein Opfer einer Gewalttat aufgrund einer akuten Verletzung eine erforderliche Krankenhausbehandlung selbst durchführe und dabei - wie subjektiv üblich - Wahlleistungen in Anspruch nehme, stelle dies die notwendige Behandlung i.S.d. § 18 Abs. 3 BVG dar. Sofern dem Beschädigten höhere Kosten für eine stationäre Behandlung entstanden seien, als sie bei Inanspruchnahme einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Verwaltungsbehörde entstanden wären, seien diese zu erstatten, wenn dem Berechtigten kein Verschulden daran treffe, daß die selbst durchgeführte Maßnahme der Behandlung nicht nach dem BVG gewährt worden sei. In Fallgestaltungen, in denen der Berechtigte zum Zeitpunkt der Selbstdurchführung keine Kenntnis von den einschlägigen Vorschriften gehabt habe oder nach dem Sachstand die Anerkennung eines Versorgungsanspruches noch völlig ungewiß sei, sei davon auszugehen, daß ein Verschulden nicht vorliege, so daß dem Berechtigten die Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, also auch in Höhe der Wahlleistungen, zu erstatten seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Beklagten ist teilweise begründet.

Der Klägerin steht gegenüber dem Beklagten ein Anspruch auf Zahlung von 11.714,65 DM zu. Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Streitgegenstand des Verfahrens ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Kosten für die stationäre Heilbehandlung des Beschädigten in der Zeit vom 29.06. bis 22.07.1992 nach § 18 Abs. 3 BVG aus abgeleitetem Recht.

I.

Die Abtretung des Kostenerstattungsanspruches aus § 18 Abs. 3 BVG vom Beschädigten an die Klägerin ist wirksam.

Beim Anspruch des Beschädigten auf Erstattung der Kosten der stationären Behandlung aus § 18 Abs. 3 BVG handelt es sich um eine Geldleistung i.S.d. § 11 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Zu den Geldleistung i.S.d. § 11 SGB I rechnen grundsätzlich alle an Leistungsberechtigte erbrachten Sozialleistungen in Geld, mit denen soziale Rechte i.S.d. §§ 1 bis 10, 10 ff., 38 ff. SGB I erfüllt werden (vgl. BSG, Urteil vom 25.06.1985, 9a RV 23/83, SozR 1200 § 44 SGB I Nr. 13). Beim Kostenerstattungsanspruch des Opfers einer Gewalttat hinsichtlich einer selbst durchgeführten stationären Behandlung in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung) handelt es sich um ein Surrogat des ursprünglichen Sachleistungsanspruches auf Heilbehandlung nach § 1 Abs. 1 OEG i.V.m. §§ 10 Abs. 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BVG. Das Surrogat der Sachleistung ist ein Geldleistungsanspruch (vgl. BSG, Urteil vom 25.06.1985, a.a.O. zu dem Zuschuß nach § 18 Abs. 5 BVG).

Der Anspruch des Beschädigten aus § 18 Abs. 3 BVG ist zwar nicht kraft Gesetzes gemäß § 67 Versicherungsvertragsgesetz auf die Klägerin übergegangen, da diese Vorschrift nur den Übergang von Schadensersatzansprüchen des Geschädigten, nicht aber von Sozialleistungsansprüchen, an die vorleistende Versicherung regelt. Der Beschädigte hat den Anspruch aber gemäß § 398 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.V.m. § 53 Abs. Nr. 2 SGB I an die Klägerin wirksam abgetreten. Die Abtretungserklärung des Beschädigten vom 27.05.1993 umfaßt u.a. den Kostenerstattungsanspruch aus § 18 Abs. 3 BVG. Die Abtretung verstößt nicht gegen gesetzliche Vorschriften oder gegen die guten Sitten. Des weiteren steht auch die Vorschrift des § 53 Abs. 2 Nr. 2 SGB I der Wirksamkeit der Abtretung nicht entgegen. Vorliegend hatte der Beschädigte ein wohl verstandenes Interesse an der Abtretung, da er durch die Übertragung des Kostenerstattungsanspruches aus § 18 Abs. 3 BVG von einem Anspruch der Klägerin aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 BGB freigestellt wurde. Aufgrund der mit dem Beschädigten vereinbarten Subsidiaritätsklausel in § 5 Abs.3 der Versicherungsbedingungen, die § 5 Abs. 3 der MB/KK 76 inhaltlich entspricht (vgl. Bach / Moser / Wilmes, Private Krankenversicherung, 2 Auflage, 1993, § 5 MB/KK Rdnr. 93 ff.), ist die Klägerin aus dem Versicherungsvertrag im Falle der Heilbehandlungskosten vom Gesundheitsstörungen, die durch einen Angriff i.S.v. § 1 OEG verursacht worden sind, nicht zur Leistung verpflichtet. Nach dieser Klausel ist die Klägerin, wenn ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge besteht, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Unter den Begriff gesetzliche Heilfürsorge fällt auch der Heilbehandlungsanspruch eines Gewaltopfers nach § 1 OEG, so daß die Klägerin insoweit durch die Übernahme der Kosten für die Krankenhausbehandlung, soweit diese gemäß § 18 Abs. 3 BVG vom Beklagten zu tragen sind, ohne rechtlichen Grund vorgeleistet hat und damit der Beschädigte ungerechtfertigt bereichert ist. Des weiteren widerspricht die Abtretung nicht dem Zweck des § 1 Abs. 1 OEG i.V.m. § 18 Abs. 3 BVG, wonach ein Gewaltopfer von den finanziellen Folgen einer durch eine Gewalttat verursachten und selbst durchgeführten Heilbehandlung, die vor Anerkennung seiner gesundheitlichen Schädigung als Schädigungsfolge i.S.v. § 1 OEG eingetreten sind, zu entlasten ist. Durch die Abtretung des Surrogates des Sachleistungsanspruches auf Heilbehandlung wird der Beschädigte von dem Bereicherungsanspruch der Klägerin als finanzielle Folge der ab dem 29.06.1992 durchgeführten Heilbehandlung freigestellt und damit entlastet. Auch ist zu berücksichtigen, daß es sich beim Anspruch aus § 18 Abs. 3 BVG nur um eine einmalige Geldleistung handelt und nicht um eine laufende Geldleistung für einen bestimmten Zweck.

Der Beklagte hat die erforderliche Feststellung des wohl verstandenen Interesses des Beschädigten in dem Bescheid vom 16.12.1994 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 12.02.1996, konkludent getroffen, da er in diesem Bescheid von der Wirksamkeit der Abtretung vom 27.05.1993 ausgeht und einen entsprechenden Vollzug ankündigt.

II.

Der Anspruch des Beschädigten auf Erstattung der Kosten der Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 29.06. bis 23.07.1992 aus § 18 Abs. 3 BSG ist dem Grunde nach gegeben.

Mit Bescheid vom 09.09.1995 hat der Beklagte anerkannt, daß dem Beschädigten wegen der gesundheitlichen Folgen der Gewalttat am 29.06.1992 ein Anspruch auf Heilbehandlung in Form von Sachleistungen zusteht. Der Anspruch auf Heilbehandlung umfaßt auch die Krankenhausbehandlung im Juni/Juli 1992, die ausschließlich dem Zweck der Heilung der Verletzungsfolgen der Gewalttat gedient hat.

Nach § 1 Abs. 2 OEG i.V.m. § 18 Abs. 3 BVG sind in Durchbrechung des Sachleistungsprinzipes die Kosten einer Krankenhausbehandlung, die ein Opfer vor der Anmeldung des Versorgungsanspruches nach dem OEG bei der zuständigen Behörde selbst durchgeführt hat, zu erstatten, wenn das Gewaltopfer durch Umstände, die außerhalb seines Willens gelegen haben, an der Anmeldung vor dem Beginn der Behandlung gehindert war. Solche unvermeidbaren Umstände haben hinsichtlich der vor der Anmeldung des Versorgungsanspruches beim Beklagten am 27.05.1993 begonnenen Krankenhausbehandlung am 29.06.1992 vorgelegen, da die durch die Gewalttat verursachten Verletzungen des Beschädigten lebensgefährdend waren und eine sofortige Einweisung in ein Krankenhaus erforderten (vgl. zum Begriff der unvermeidbaren Umstände BSG, Urteil vom 27.04.1989, 9 RV 9/88; vom 04.10.1984, 9 RvI 1/84). Der Beschädigte war vor Beginn der Krankenhausbehandlung unfähig, einen Antrag beim Beklagten zu stellen. Die Ausschußfrist von 12 Monaten gemäß § 1 Abs. 1 OEG i.V.m. § 18 a Abs. 5 S. 3 BVG hinsichtlich der Anmeldung eines Anspruches auf eine einmalige Geldleistung - hier der Anspruch aus § 18 Abs. 3 BVG - greift nicht ein. Dabei kann dahinstehen, ob diese Frist nach der Entstehung der Aufwendungen, d.h. spätestens ab dem 23.07.1992, oder erst nach Erlaß des Grundbescheides hinsichtlich der Anerkennung der Gesundheitsstörungen, vorliegend ab 09.09.1994, zu laufen beginnt. Denn bei Antragstellung hatte der Beschädigte angegeben, daß er wegen der Folgen der Gewalttat in der Zeit vom 29.06. bis 23.07.1992 stationär behandelt wurde. Der Anspruch auf Übernahme der Krankenhausbehandlungskosten war damit bereits im Antrag konkretisiert.

III.

Die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung belaufen sich insgesamt auf 23.078,28 DM und setzen sich aus Laborkosten außerhalb des Krankenhauses, medizinisch-technische Leistungen im Krankenhaus, Kosten der ärztlichen Behandlung in Form der Inanspruchnahme

von Wahlleistungen "Chefarztbehandlung" sowie Kosten für die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer zusammen.

Die Übernahme der Laborkosten außerhalb des Krankenhauses in Höhe von 163,63 DM hat der Beklagte in dem angefochtenen Bescheid anerkannt. Hinsichtlich der übrigen Aufwendungen in Höhe von 22.914,65 DM hat der Beklagte den Erstattungsanspruch auf 10.000,-- DM, d.h. auf die Kosten einer Krankenhausbehandlung nach dem allgemeinen Pflegesatz (§ 2 BPflV) gekürzt. Diese Kürzung kann bis auf einen Betrag von 1200,-- DM nicht auf § 18 Abs. 3 BVG gestützt werden. Vielmehr ist der Beklagte zur Zahlung von 21.878,28,-- DM an die Klägerin verpflichtet.

Nach § 18 Abs. 3 BVG hat der Beklagte die Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfang zu erstatten.

Bei den Begriffen "notwendige Behandlung" und "angemessener Umfang" handelt es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe, die der Auslegung bedürfen.

Nach Auffassung des Senates ist bei der Auslegung des Begriffes "notwendige Behandlung" ausschließlich darauf abzustellen, ob das Maß der von einem Gewaltopfer in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen unvermeidlich, zwangsläufig, unentbehrlich und erforderlich für die Heilung oder Linderung der Verletzungsfolgen gewesen ist: Bei einer Krankenhausbehandlung müssen Durchführung und Dauer der stationären Behandlung, die angewandten Behandlungsmethoden sowie die Wahl des Krankenhauses (Krankenhaus mit Versorgungsauftrag oder Privatkrankenhaus) zur Heilung oder Linderung der durch eine Gewalttat i.S.v. [§ 1 OEG](#) bedingten Verletzung erforderlich gewesen sein. Auf den Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit einer Heil- und Krankenbehandlung ist im Rahmen der Prüfung der "Notwendigkeit der Maßnahme" nicht abzustellen.

Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird gesondert im Rahmen der Prüfung der Angemessenheit der Kosten Rechnung getragen (ähnlich Rohr / Sträßer, BVG, § 18 BVG K 5). Gegen eine Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Auslegung des Begriffes "notwendige Behandlung" spricht, falls schon im Rahmen der Notwendigkeit auf die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme abgestellt wird, daß ein eigenständiger Prüfungsbereich für den Begriff "Angemessenheit" entfällt. Denn bei fehlender Notwendigkeit einer Maßnahme wegen Unwirtschaftlichkeit kann die Angemessenheit der Kosten ebensowenig geprüft werden, wie wenn die Notwendigkeit wegen der Wirtschaftlichkeit bejaht wird. Für eine solche Differenzierung spricht auch, daß hinsichtlich des Umfanges des Sachleistungsanspruches auf Heilbehandlung aus § 10 BVG in § 11 BVG eine gesonderte Regelung vorhanden ist (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BVG), die dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gesondert Rechnung trägt. Nach § 11 Abs. 1 Satz 3 BVG decken sich Art und Umfang des Sachleistungsanspruches auf Heilbehandlung mit den Leistungen, zu denen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet sind, soweit das BVG nichts anderes bestimmt. Nach [§ 12 SGB V](#) sind nur solche zur Erreichung des Zieles der Heil- und Krankenhausbehandlung erforderlichen Maßnahmen notwendig, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Der Senat vermag der Auffassung des Beklagten nicht zu folgen, daß zumindest im Falle einer Krankenhausbehandlung die Regelung des SGB V über das "notwendige Maß einer Heilbehandlung" auf die Auslegung des Begriffes "notwendige Behandlung" i.S.v. § 18 Abs. 3 BVG übertragbar ist. Eine Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), die durch den allgemeinen Pflegesatz nach §§ 2, 3 BPflV abgegolten wird, umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Darunter sind auch die aus medizinischen Gründen notwendige Chefarztbehandlung oder besondere Unterbringung (Zwei- oder Ein-Bett-Zimmer) erfaßt (vgl. LG Bremen, Urteil vom 02.04.1985, [4 O 2892/84, NJW 1986, 785](#)).

Die Auffassung des Beklagten hat zur Konsequenz, daß in Fällen einer Krankenhausbehandlung im Rahmen des § 18 Abs. 3 BVG die "Angemessenheit der Kosten" grundsätzlich nicht mehr zu prüfen ist, auch nicht bei privatkrankenversicherten und unversicherten Gewaltopfern. Denn die medizinisch notwendige ärztliche Behandlung durch einen Chefarzt bzw. besondere Unterbringung wird vom Leistungsrahmen des [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) erfaßt, so daß die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch ein Gewaltopfer, das privat oder gar nicht krankenversichert ist, grundsätzlich nicht der medizinischen Notwendigkeit i.S.v. [§ 39 SGB V](#) entspricht. Demgegenüber stellt der Beklagte bei einem privat oder gar nicht krankenversicherten Gewaltopfer im Falle einer ambulanten Behandlung der Verletzung oder der Anschaffung von erforderlichen Hilfsmitteln nicht auf das "Maß der Notwendigkeit" i.S.v. [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ab. Er verweist die Berechtigten also nicht auf den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern sieht die anfallenden Kosten - Gebühren nach der GOÄ, höhere Anschaffungskosten - als notwendig i.S.v. § 18 Abs. 3 BVG an. Damit wendet der Beklagte im Falle der Heil- und Krankenbehandlung von privat oder nicht krankenversicherten Gewaltopfern je nach Art der Behandlung unterschiedliche Kriterien für die Auslegung des Begriffes "notwendige Kosten" an. Für die Verweisung eines Privatkrankenversicherten im Falle einer erforderlichen Krankenhausbehandlung auf die Leistungen nach dem allgemeinen Pflegesatz ist anscheinend für den Beklagten maßgebend, daß bei einer stationären Behandlung ein Privatkrankenversicherter - bei entsprechendem Versicherungsvertrag - wählen kann, ob er sich auf eine Krankenhausbehandlung nach dem allgemeinen Pflegesatz beschränkt oder zusätzliche Wahlleistungen in Anspruch nimmt, während bei einer ambulanten Behandlung oder Anschaffung von Hilfsmitteln ein Privatversicherter ein solches Wahlrecht, d.h. die Begrenzung des Leistungsumfanges auf den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht innehat. Dieses Wahlrecht eines Privatkrankenversicherten stellt kein sachgerechtes Kriterium für die unterschiedliche Auslegung des Begriffes "Notwendigkeit" dar.

Bei der Auslegung des Begriffes "im angemessenen Umfang" ist nicht ausschließlich auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit abzustellen, sondern es ist auch der Sinn und Zweck der Regelung des § 18 Abs. 3 BVG zu berücksichtigen. Diese Regelung, die lex specialis i.S.d. § 11 Abs. 1 Satz 3 BVG ist, bezweckt, einen Versorgungsberechtigten von den finanziellen Folgen einer Heilbehandlung zu entlasten, die von ihm vorder Anerkennung einer gesundheitlichen Schädigung als Schädigungsfolge durch die zuständige Behörde durchgeführt worden ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß ein Versorgungsberechtigter erst mit der Anerkennung seiner gesundheitlichen Schädigung als Schädigungsfolge sichere Kenntnis davon erlangt, ob ein Anspruch auf Heilbehandlung besteht. Erst dann kann er sich über den Umfang der Versorgungsleistungen informieren und entsprechend verhalten.

Vorder Anerkennung besteht für den Versorgungsberechtigten kein Anlaß, sich über den Umfang des Versorgungsanspruches, insbesondere im Hinblick auf die Kosten einer Heilbehandlung näher zu informieren. Vielmehr wird er die Leistungen seiner Krankenversicherung - als unversicherter die für erforderlich gehaltenen Leistungen - in Anspruch nehmen. Bei privatkrankenversicherten Versorgungsberechtigten bedeutet dies auch die Inanspruchnahme der durch ihre Beiträge finanzierten Wahlleistungen. Dies gilt insbesondere in Fällen, bei denen die Versorgung von akuten Verletzungen im Vordergrund steht oder ein Versorgungsberechtigter aus gesundheitlichen Gründen unfähig ist,

einen Antrag auf Versorgung vor Beginn der Behandlung zu stellen. Dies ist insbesondere bei Gewaltopfern i.S. von [§ 1 OEG](#) der Fall, die aufgrund eines plötzlichen unvorhergesehenen Ereignisses ärztlicher Hilfe bedürfen. Deshalb folgt der Senat nicht der Auffassung des Beklagten, daß bei einer stationären Behandlung ausschließlich die allgemeinen Pflegesatzkosten - auch bei privatkrankenversicherten Gewaltopfern - angemessene Kosten i.S.v. § 18 Abs. 3 BVG darstellen und Kosten von Wahlleistungen als unangemessen zu werten sind. Zwar sind durch die allgemeinen Pflegesatzkosten auch die aus medizinischen Gründen erforderliche Chefarztbehandlung und/oder besondere Unterbringung eines Patienten abgedeckt, da ein Krankenträger im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistung jedem Patienten die medizinisch notwendige Behandlung unter Einsatz des ganzen im Ärzteteam der Klinik vorhandenen Sachverständes, also einschließlich der Tätigkeit des Chefarztes, schuldet (vgl. LG Bremen, a.a.O.). Der Anspruch auf Wahlleistungen - Chefarztbehandlung und besondere Unterbringung - beruht auf einer gesonderten Vereinbarung zwischen Krankenhaus trägern und Gewaltopfern. Für die Auslegung des Beklagten spricht, daß die im Rahmen des Versorgungsauftrages als Sachleistung zu erbringende Krankenhausbehandlung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, Satz 2 BVG auf die Erbringung dieser Leistung im Umfang der allgemeinen Pflegesatzkosten beschränkt ist, so daß diese Auslegung dem Sinn und Zweck des Sachleistungsprinzipes, das einerseits dazu dient, dem Berechtigten den ihm zustehenden Anspruch auf zweckmäßige und ausreichende Krankenhausbehandlung ohne Aufwendung eigener Mittel zu erfüllen, andererseits aber auch eine wirtschaftliche Versorgung und Begrenzung des Kostenrisikos des Versorgungsträgers zu gewährleisten (vgl. BSG, Urteil vom 06.03.1996, [9 RV 11/95](#)), entspricht. Auch führt diese Auslegung zu einer Gleichbehandlung der Gewaltopfer hinsichtlich des Leistungspflicht des Versorgungsträgers vor und nach Anerkennung der Gesundheitsstörung bei stationären Behandlungen. Jedoch hat diese Auslegung auch zur Folge, daß bei der Auslegung des Begriffes "Angemessenheit" hinsichtlich des Leistungsumfanges bei privatkrankenversicherten oder unversicherten Berechtigten wieder zwischen der Art der Behandlung - ambulant und stationär - differenziert wird. Der Senat sieht das Wahlrecht eines Privatkrankenversicherten hinsichtlich des Leistungsumfanges bei Krankenhausbehandlung nicht als sachgerechtes Kriterium zur Differenzierung an. Vielmehr fällt ein Gewaltopfer mit dem bei ihm bestehenden Krankenversicherungsschutz unter den Schutz des § 18 Abs. 3 BVG. Nach Auffassung des Senates ist der Begriff "angemessene Kosten" dahingehend auszulegen, daß auch Kosten von Wahlleistungen bei einem privatkrankenversicherten Gewaltopfer unter dem Begriff "angemessene Kosten" fallen, wenn das Gewaltopfer die Wahlleistungen aufgrund eines unvermeidbaren Rechtsirrtums über den Umfang des Heilbehandlungsanspruches nach dem OEG in Anspruch nimmt. Dies leitet der Senat nicht nur aus dem Sinn und Zweck des § 18 Abs. 3 BVG, sondern auch aus dem Zweck der Entschädigung nach dem OEG ab. Rechtsgrund für die Gewährung einer Gewaltopferentschädigung ist das Entstehen der staatlichen Gemeinschaft für die Folgen einer bestimmten Gesundheitsstörung nach versorgungrechtlichen Grundsätzen, weil eine entsprechende Straftat nicht verhindert werden konnte. Es wird eine sozialrechtliche Entschädigung des Opfers für die Folgen einer - ohne eigene wesentliche Mitverursachung - durch einen rechtswidrigen handelnden Gewalttäter bezweckt (vgl. BSG, Urteil vom 21.10.1998 [B 9 VG 6/97 R](#); vom 10.09.1997, 9 RVg 19/95). Dem Gesichtspunkt der Begrenzung des Kostenrisikos des Versorgungsträgers wird in einem solchen Fall dadurch Rechnung getragen, daß nur Kosten, die vom Versicherungsverhältnis des Gewaltopfers gedeckt sind, unter den Begriff "angemessene Kosten" fallen und der Versorgungsträger berechtigt ist, die Rechtmäßigkeit der in Rechnung gestellten Gebührenansätze nach der GOÄ zu prüfen.

Der Senat hält es aber unter dem Gesichtspunkt der Begrenzung des Kostenrisikos für gerechtfertigt, die Kosten für die Wahlleistung Unterkunft auf die Kosten eines Zwei-Bett-Zimmers zu beschränken, Kosten für die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer sind nur dann zu übernehmen, wenn die Inanspruchnahme einer solchen Unterkunft aus medizinischen oder sonstigen sachlichen Gründen gerechtfertigt ist.

IV.

Bei Beginn der Krankenhausbehandlung hat beim Beschädigten aufgrund eines akuten Notfalles ein unvermeidbarer Rechtsirrtum hinsichtlich des Umfanges der vom Beklagten zu leistenden Heilbehandlung bestanden. Desweiteren sind die vom Beschädigten in Anspruch genommenen Leistungen vom dem mit der Klägerin bestehenden Versicherungsvertrag gedeckt.

Gegen die Rechtmäßigkeit der in Rechnung gestellten Kosten für die im Krankenhaus erbrachten medizinisch-technischen Leistungen in Höhe von 1690,96 DM bestehen keine Bedenken, da die in Ansatz gebrachten GOÄ-Gebühren des 1,8-fachen Satzes dem mittleren Gebührenansatz für überwiegend medizinisch-technische Leistungen entsprechen.

Die Kosten für die Wahlleistung Chefarztbehandlung in Höhe von insgesamt 7348,69 DM sind im Rahmen des § 18 Abs. 3 BVG zu erstatten. Die drei behandelnden Chefarzte haben überwiegend den mittleren Gebührenansatz für persönliche ärztliche Leistungen - den 2,3-fachen Satz - und für überwiegend medizinisch-technische Leistungen - den 1,8-fachen Satz - in Rechnung gestellt. Soweit die Chefarzte für die Tätigkeiten bei den Operationen am 29.06.1992 und 03.07.1992 einen erhöhten Gebührensatz berechnet haben, ist diese Erhöhung nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Begründungen nicht im Widerspruch zu den Angaben in der Krankenakte.

Des weiteren hat der Beklagte Kosten für die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer in Höhe von insgesamt 12.625,- DM (10.000,- DM allgemeine Pflegesatzkosten plus 2625,- DM Zuschlag für ein Zwei-Bett-Zimmer 25 Tage x 105,- DM) als angemessene Kosten zu leisten. Den Differenzbetrag zwischen einem Zwei-Bett- und einem Ein-Bett-Zimmer in Höhe von 1200,- DM hat der Beklagte nicht zu übernehmen, da weder ein medizinischer noch ein sonstiger sachlicher Grund für die Inanspruchnahme des Ein-Bett-Zimmers ersichtlich ist.

Den aus abgetretenem Recht bestehenden Zahlungsanspruch der Klägerin in Höhe von 21.878,28 DM hat der Beklagte durch Überweisung eines Betrages von 10.163,63 DM auf das Konto der Klägerin teilweise erfüllt. Die Überweisung des Betrages von 526,25 DM als Zuschuß für die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen nach § 18 Abs. 7 BVG an den Beschädigten hat zu keiner weiteren Erfüllung des Geldleistungsanspruches der Klägerin geführt. Denn eine Erfüllung einer Geldschuld im Falle der Überweisung auf ein Bankkonto tritt nur dann ein, wenn der Zahlungsbetrag auf das Konto der Gläubigerin gutgeschrieben worden ist. Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß der Kläger gegenüber dem Beklagten ein Anspruch auf Zahlung von weiteren 11.714,65 DM zusteht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision zugelassen, da die Streitsache grundsätzliche Bedeutung hat.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-15