

L 7 V 5/02

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

7

1. Instanz

SG Köln (NRW)

Aktenzeichen

S 14 V 122/99

Datum

31.10.2001

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 7 V 5/02

Datum

30.10.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 9 V 12/02 R

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 31.10.2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen während einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der 1925 geborene Kläger ist Jurist und war als Leiter einer Rechtsabteilung tätig. Er ist bei der F -Betriebskrankenkasse gesetzlich krankenversichert. Bei der B -Versicherung hat er eine private Zusatzversicherung über Wahlleistungen bei stationärer Behandlung - Zwei-Bett-Zimmer, Chefarztbehandlung - mit Leistungsausschluss hinsichtlich der Behandlung der Oberschenkelamputation links nebst Folgen abgeschlossen.

Der Beklagte erkannte zuletzt mit Bescheid vom 15.08.1988 beim Kläger als Schädigungsfolgen:

"Verlust des linken Beines, Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk infolge Deformierung des Gelenkes nach operativ versorgtem Schenkelhalsbruch links, noch liegendes Osteosynthesematerial" nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 80 v.H. an.

Im November 1997 trat beim Kläger eine serös-fistelnde Läsion in den Hautfalten des distalen Oberschenkelstumpfes auf. Auf Anraten seines behandelnden Arztes stellte er sich am 4.12.1997 bei Prof. Dr. R vor, der am 10.12.1997 eine Fistelrevision mit Knochenabtragung durch führte. Der Krankenhausaufenthalt dauerte vom 09. bis 13.12.1997. Dabei nahm der Kläger Wahlleistungen in Anspruch. Zuvor hatte der Kläger am 05.12.1997 die B -Versicherung über den bevorstehenden Krankenhausaufenthalt informiert. Die Kosten für die Grundversorgung des Krankenhausaufenthaltes übernahm die F -Betriebskrankenkasse. Im April 1998 reichte der Kläger die Rechnungen der behandelnden Ärzte in Höhe von insgesamt 2.427,90 DM zur Erstattung bei der B - Versicherung ein. Diese lehnte den Antrag mit der Begründung ab, dass die Kosten von dem vertraglich vereinbarten Leistungsausschluss erfasst seien. Die Zystenbehandlung sei Folge der Oberschenkelamputation.

Im Juni 1998 beantragte der Kläger beim Beklagten die Übernahme der angefallenen Arztkosten unter Hinweis auf die Weigerung seiner privaten Krankenversicherung, die Kosten zu erstatten. Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 30.07.1998 den Antrag ab. Die Voraussetzungen des § 18 Abs. 8 Bundesversorgungsgesetz (BVG) lägen nicht vor, da beim Kläger die anerkannten Schädigungsfolgen keine besonderen ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen während der stationären Behandlung erfordert hätten.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Er trug vor, er habe im Dezember 1997 keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Fistel und seiner Kriegsverletzung gesehen. Deshalb habe er seinen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt nur seiner privaten Krankenversicherung gemeldet. Er sei für die Behandlung schädigungsunabhängiger Gesundheitsstörungen privat krankenversichert. Der Ausschluss der Erstattung von Kosten für die Behandlung von schädigungsbedingten Gesundheitsstörungen durch die private Krankenversicherung könne nicht dazu führen, dass er sich wegen schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen nicht entsprechend seines privaten Krankenversicherungsumfanges behandeln lassen könne. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung für alle anderen Gesundheitsstörungen stelle ein besonderer Umstand i.S.v. § 18 Abs. 8 BVG dar. Am 09.04.1999 wies der Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die Voraussetzungen des § 18 Abs. 8 BVG sowie des § 18 Abs. 4 BVG seien nicht erfüllt. Es sei nicht unvermeidbar

gewesen, dass der Kläger Versorgungsverwaltung nicht in Anspruch genommen habe.

Mit der am 11.05.1999 vor dem Sozialgericht (SG) Köln erhobenen Klage hat der Kläger die Übernahme der Kosten für die Chefarztbehandlung begehrt.

Er hat im wesentlichen sein Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren wiederholt.

Das SG hat einen Befundbericht von Dr. R und ein Gutachten von dem Chirurgen Dr. K eingeholt.

Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt des Gutachtens vom 19.06.2001 verwiesen.

Mit Urteil vom 31.10.2001 hat das SG Köln die Klage abgewiesen.

Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das am 05.02.2002 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.03.2002 Berufung eingelegt.

Er verfolgt sein Begehren weiter. Er beruft sich auf § 18 Abs.3 BVG, wonach die Kosten für die notwendige Behandlung auch zu erstatten seien, wenn der Berechtigte eine Krankenbehandlung vor Anerkennung selbst durchgeführt habe. Ihm sei vor der stationären Behandlung nicht möglich gewesen, einen Antrag auf Übernahme der Kosten der Krankenhausbehandlung zu stellen. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Auftreten der Fistel und den anerkannten Schädigungsfolgen sei für ihn nicht offensichtlich gewesen. Es habe sich um eine Hauterkrankung und nicht um eine Knochenerkrankung gehandelt. Zuvor sei ihm eine Zyste aus der Nase entfernt worden. Einem Beschädigten sei nicht zumutbar, vor Antritt einer stationären Behandlung den Kausalzusammenhang zwischen einer Gesundheitsstörung und anerkannten Schädigungsfolgen zu beurteilen und entsprechend dieser Beurteilung Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen. Insbesondere unter Berücksichtigung des Diskriminierungsverbotes des [Art. 3 GG](#) sei ein Beschädigter insoweit benachteiligt, als er für die stationäre Behandlung von Schädigungsfolgen keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 31.10.2001 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 30.07.1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 09.04.1999 zu verurteilen, ihm einen neuen Bescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat dargelegt, dass eine Erstattung von Heilbehandlungskosten nach § 18 Abs. 4 BVG, d.h. nach Anerkennung von Schädigungsfolgen, voraussetze, dass unvermeidbare Umstände die Inanspruchnahme der Krankenkasse oder der Verwaltungsbehörde unmöglich gemacht hätten. Solche unvermeidbaren Umstände hätten im Fall des Klägers nicht vorgelegen. Dem Kläger hätte sich die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den anerkannten Schädigungsfolgen und dem Auftreten einer Fisteleiterung am Oberschenkelstumpf auf drängen müssen. Im übrigen hätten die anerkannten Schädigungsfolgen keine über die allgemeinen Kassenleistungen hinausgehenden Maßnahmen erfordert. Kosten, die im Rahmen des § 18 Abs. 7 BVG zuschussfähig seien, seien wegen der Änderung der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung vom 26.09.1997 nicht angefallen.

Der Senat hat das Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 20.06.1997, VI 3-52275, über den Zuschuss für notwendige Krankenhausbehandlungen nach § 18 Abs. 7 BVG beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der B-Akte und Schwerbehindertenakte des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat die Klage im Ergebnis zutreffend abgelehnt.

Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig.

Dem Kläger steht gegenüber dem Beklagten kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) während einer stationären Krankenhausbehandlung als Pflicht- oder Ermessensleistung zu.

Nach § 10 Abs. 1 S. 1 BVG wird einem Beschädigten für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, Heilbehandlung gewährt, um die Gesundheitsstörungen zu überwinden. Dabei umfasst die Heilbehandlung u.a. nach § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 BVG die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung). Die im November/Dezember 1997 beim Kläger aufgetretene serös-fistelnde Läsion am Oberschenkelstumpf ist nach den überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen Dr. K Folge der anerkannten Schädigungsfolge "Verlust des linken Beines". Die im Stumpfbereich befindliche tief eingezogene Narbe ist z.T. mit dem Oberschenkelknochenstumpf verwachsen und hat damit instabile Hautverhältnisse im Bereich der Verwachsung zur Folge. Auf die instabilen Hautverhältnisse und die prothetische Versorgung ist die Entstehung eines Hautaufbruchs des Nervenstumpfbereiches mit kontinuierlicher Fistelung 1997 zurückzuführen. Diese hat einen operativen Eingriff und damit verbunden einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt des Klägers erfordert. Damit handelt es sich bei der

Krankenhausbehandlung im Dezember 1997 um eine Krankenhausbehandlung i.S.v. §§ 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 5, 10 BVG.

Die nach § 10 BVG erforderliche Heilbehandlung wird von der Versorgungsverwaltung im Rahmen ihres Versorgungsauftrages grundsätzlich als Sachleistung erbracht, wobei die Erbringung einer Krankenhausbehandlung nach § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 BVG auf den Umfang der allgemeinen Pflegesatzkosten beschränkt ist (§ 11 Abs. 1 S. 2 BVG). Durch den allgemeinen Pflegesatz sind alle unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen abgegolten. Sie schließen auch eine medizinisch notwendige Behandlung in einer anderen als der allgemeinen Art ein (BSG, Urteil vom 02.03.1983, [9a RV 19/82](#)). Daher sind durch die allgemeinen Pflegesatzkosten, die aus medizinischen Gründen erforderliche Chefarztbehandlung und/die besondere Unterbringung eines Patienten abgedeckt, da ein Krankenhausträger im Rahmen einer 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. Landgericht Bremen, Urteil vom 22.04.1985, [4 O 2892/84](#); [NJW 1986, 785](#)). Für die Beschränkung auf eine Krankenhausbehandlung nach den allgemeinen Pflegesatzkosten spricht der Sinn und Zweck des Sachleistungsprinzips, das einerseits dazu dient, dem Berechtigten den ihm zuständigen 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 (BSG, Urteil vom 06.03.1996, [9 RV 11/95](#)). Die gesetzliche Krankenversicherung des Klägers hat die Kosten der Krankenhausbehandlung im Dezember 1997 in Höhe der allgemeinen Pflegesatzkosten übernommen.

Zusätzlich begehrt der Kläger von dem Beklagten die Erstattung der Kosten für die Inanspruchnahme der Chefarztbehandlung, die aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Krankenhaus zusätzlich angefallen sind. Der Grundsatz der Gewährung der Heilbehandlung als Naturalleistung auf dem standardisierten, kostengünstigen Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung ohne die im Krankenversicherungsrecht angeordnete Kostenbeteiligung wird durch die Regelungen der §§ 18 Abs. 8, 3, 4 und 7 BVG durchbrochen.

Nach § 18 Abs. 8 BVG können in besonderen Fällen bei der stationären Behandlung eines Beschädigten auch die Kosten für Leistungen übernommen werden, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, wenn es nach den Umständen, insbesondere im Hinblick auf die anerkannten Schädigungsfolgen erforderlich erscheint. Ein solcher Anspruch setzt voraus, dass die stationäre Behandlung des Beschädigten von der Versorgungsverwaltung nach § 18c Abs. 1 S. 2, Abs. 3 BVG durchgeführt wird und die Erbringung von Leistungen, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, ausschließlich aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Bei der stationären Behandlung des Klägers im Dezember 1997 handelt es sich um keine Krankenhausbehandlung, die von der Versorgungsverwaltung durchgeführt wurde, sondern um eine vom Kläger vor der Genehmigung durch die Versorgungsverwaltung selbst durchgeführte Heilbehandlung. Desweiteren ist die Inanspruchnahme einer Chefarztbehandlung nicht aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen. Dies ergibt sich aus den Feststellungen des Sachverständigen Dr. K., gegen die sich der Kläger auch nicht gewandt hat. Der Kläger hat die Wahlleistungen in Anspruch genommen, da sie seinen persönlichen Krankenversicherungsschutz - Abschluss einer privaten Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationären Behandlungen neben der gesetzlichen Krankenversicherung - entsprochen hat. Berufliche, wirtschaftliche oder private Gründe begründen aber keinen Anspruch auf Übernahme von Mehrkosten nach § 18 Abs. 8 BVG; maßgebend sind ausschließlich medizinische Gründe (Rechtsprechung des BSG zu § 18c Abs. 3 S. 5 BVG der Vorgängervorschrift zu § 18 Abs. 8 BVG, Urteil vom 01.04.1981, [9 RV 31/80](#); Urteil vom 02.03.1983, [9a RV 19/82](#)).

Die Vorschrift des § 18 Abs. 3 BVG ist nicht einschlägig.

Danach sind die Kosten für eine notwendige Heilbehandlung, die ein Berechtigter vor der Anerkennung des Versorgungsanspruches selbst durchgeführt hat, von dem Beklagten im angemessenen Umfang zu erstatten. Vorliegend ist die Krankenhausbehandlung als Maßnahme der Heilbehandlung nicht vor, sondern nach der Anerkennung des Versorgungsanspruches durch den Beklagten vom Kläger selbst durchgeführt worden.

Nach § 18 Abs. 4 BVG sind die Kosten für eine Heilbehandlung, die ein Berechtigter nach der Anerkennung des Versorgungsanspruches selbst durchgeführt hat, in angemessenem Umfang zu erstatten, wenn unvermeidbare Umstände die Inanspruchnahme der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 S. 1) oder der Verwaltungsbehörde (§ 18c Abs. 1 S. 2) unmöglich machten. Dahinstehen kann, ob der Kläger im Dezember 1997 wegen unvermeidbarer Umstände vor Antritt der Krankenhausbehandlung an einer Inanspruchnahme der Krankenkasse oder des Beklagten gehindert gewesen ist (vgl. zum Begriff "unvermeidbare Umstände" BSG, Urteil vom 27.04.1989, [9 RV 9/88](#); Urteil vom 04.10.1984, [9a RV 1/84](#); Urteil vom 05.11.1997, [9 RV 10/96](#)). Selbst wenn unvermeidbare Umstände i.S.v. § 18 Abs. 4 BVG vorliegend angenommen werden, kann der Kläger aus § 18 Abs. 4 S. 1 BVG keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in Anspruch genommene Wahlleistungen ableiten. Bei den Kosten für Wahlleistungen handelt es sich nicht um erstattungsfähige Kosten i.S.v. § 18 Abs. 4 S. 1 BVG. Der für die Bestimmung des Umfangs der erstattungsfähigen Kosten in § 18 Abs. 4 S. 1 BVG verwandte Begriff "in angemessenem Umfang" entspricht dem in § 18 Abs. 3 BVG verwandten Begriff. Auch in § 18 Abs. 3 S. 1 BVG ist die Leistungspflicht des Beklagten bei einer selbst durchgeführten Heilbehandlung auf die Kosten in angemessenem Umfang beschränkt. Bei einer Krankenhausbehandlung nach § 18 Abs. 3 S. 1 BVG ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28.06.2000, [B 9 VG 4/99 R](#)) die Leistungspflicht der Versorgungsverwaltung dahingehend beschränkt, dass nur die Kosten der Krankenhausbehandlung in Höhe der allgemeinen Pflegesatzkosten zu erstatten sind. Kosten für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen (Ein/Zwei-Bett-Zimmer oder Chefarztbehandlung) sind nicht zu erstatten, auch wenn der Berechtigte vor Kenntnis der Leistungspflicht des Versorgungsamtes diese Leistungen entsprechend seines Krankenversicherungsschutz in Anspruch genommen hat. Ein Berechtigter kann nicht verlangen, dass ihm die nach seinen persönlichen Verhältnissen üblichen Kosten einer gehobenen medizinischen Behandlung aus staatlichen Mitteln erstattet werden, sondern die Leistungspflicht ist auf die kostengünstige Sachleistung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Die vom BSG vertretene Auslegung des Begriffes "in angemessenem Umfang" im Rahmen des Anspruches nach § 18 Abs. 3 S. 1 BVG ist auf den Anspruch nach § 18 Abs. 4 S. 1 BVG für eine selbstdurchgeführte Krankenhausbehandlung nach Anerkennung des Versorgungsanspruches übertragbar. Die zur Bestimmung des Umfangs der erstattungsfähigen Kosten für selbstdurchgeführte Krankenhausbehandlungen nach § 18 Abs. 3 S. 1 BVG und § 18 Abs. 4 S. 1 BVG verwandten Begriffe sind inhaltlich identisch und die Interessenlage des Berechtigten und der Versorgungsverwaltung stimmen in beiden Fallgestaltungen - selbstdurchgeführte Heilbehandlung vor und nach Anerkennung eines Versorgungsanspruches - überein. Dahinstehen kann, ob aus dem Rechtsgedanken des § 18 Abs. 8 BVG - Übernahme der Kosten von schädigungsbedingten Mehrleistungen - im Einzelfall eine Auslegung des Begriffes "in angemessenem Umfang" über den Umfang der allgemeinen Pflegesatzkosten hinaus im Fall der Krankenhausbehandlung rechtfertigen kann. Vorliegend greift der Rechtsgedanke des § 18 Abs. 8 BVG nicht ein, da der Kläger die Wahlleistungen nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen, sondern aus privaten Gründen - Umfang seines privaten

Krankenversicherungsschutzes - in Anspruch genommen hat.

Die Vorschrift des § 18 Abs. 7 BVG für die Gewährung eines Zuschusses bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist nicht anwendbar.

Wie das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in dem Rundschreiben vom 20. Juni 1997, BArBbl. 1997 Nr. 9 S. 98 zutreffend ausgeführt hat, ist der Anwendungsbereich des § 18 Abs. 7 BVG durch die Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 26.09.1994 auf Null geschrumpft. Der Senat nimmt auf die Ausführungen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Bezug, die er sich nach eigener Prüfung zu Eigen macht (s. auch BSG, Urteil vom 28.06.2000, [B 9 VG 4/99 R](#)).

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

Die Revision war gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-14