

L 15 VK 6/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 V 31/06

Datum

29.07.2009

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 VK 6/12

Datum

25.09.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 9 V 62/14 B

Datum

05.03.2015

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Entscheidung über einen Befangenheitsantrag in der mündlichen Verhandlung bei Abwesenheit des Klägers.
 2. Zur Versorgung mit Arzneimitteln als Pflichtleistung gem. § 11 BVG und im Wege des Härteausgleichs gem. § 89 BVG.
 3. Ein Härteausgleich im Rahmen der Heilbehandlung kommt jedenfalls dann nicht in Betracht, wenn es nicht um die Behandlung von anerkannten Schädigungsfolgen geht.
 4. Bei Festbetragsarzneimitteln ist im Rahmen der Heilbehandlung nach dem BVG nur eine Erstattung des Festbetrags möglich; eine Erstattung der darüber hinaus gehenden Mehrkosten ist ausgeschlossen.
 5. Im Rahmen der Versorgung nach dem BVG ist für Zahnersatz der doppelte Festzuschuss im Sinn der krankensicherungsrechtlichen Regelungen zu gewähren. Aus dem Sachleistungsprinzip ergibt sich kein weitergehender Anspruch.
- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 15. Juli 2009 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt im Rahmen der Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) die Kostenerstattung für das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel Cardiavis N, die Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für das Arzneimittel Voltaren 100 und die Übernahme der Kosten für eine Zahnerhaltungsmaßnahme gemäß Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006.

Der Kläger ist Schwerbeschädigter mit einem Grad der Schädigung (GdS) von 50; als Schädigungsfolgen nach dem BVG sind der Verlust der Finger I bis IV der linken Hand und winzige Weichteilstecksplitter im Gesicht anerkannt. Wegen seines Anspruchs auf Heilbehandlung nach § 10 Abs. 2 BVG ist er der Beigeladenen zugewiesen.

Am 26.08.2005 beantragte der Kläger die Erstattung von im Jahr 2004 angefallenen Kosten für die Anschaffung des nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels Cardiavis N in Höhe von 15,95 EUR, zudem für das Arzneimittel Gelomyrtol in Höhe von 6,45 EUR. Weiterhin begehrte er die Kostenübernahme der Zuzahlung für das Arzneimittel Voltaren 100 in Höhe von 12,10 EUR.

Der versorgungsärztliche Dienst des Beklagten wies dazu am 18.11.2005 darauf hin, dass Cardiavis N kein verschreibungspflichtiges Arzneimittel sei und auch in keinem Zusammenhang mit Schädigungsfolgen stehe. Voltaren sei rezeptpflichtig und für die Behandlung der Schädigungsfolgen erforderlich, sofern es sich um Schmerzzustände, Schwellungen oder Entzündungen im Bereich der Schädigungsfolgen handle.

Mit Bescheid vom 07.09.2005 lehnte die Beigeladene die Erstattung ab. Grund für die Ablehnung war zum einen, dass die Arzneimittel Cardiavis N und Gelomyrtol nicht verschreibungspflichtig seien und daher von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden könnten, zum anderen, dass die Mehrkosten für Voltaren keine gesetzliche Zuzahlung seien und daher eine Kostenübernahme nicht möglich sei.

Der Kläger erhob dagegen mit Schreiben vom 09.10.2005 Widerspruch, wobei er die Erstattung für das Arzneimittel Gelomyrtol "nicht weiter beansprucht".

Der versorgungsärztliche Dienst des Beklagten äußerte sich am 29.06.2006 im Rahmen einer versorgungsärztlichen Stellungnahme nach Aktenlage nochmals zum Arzneimittel Cardiavis N und wies darauf hin, dass es sich dabei um ein unspezifisches Herz-Kreislaufmittel handle, das für die Behandlung unspezifischer Beschwerde ohne konkrete Zuordnung zu einer organischen Erkrankung gedacht sei. Beim Kläger sei auch keine Hypotonie bekannt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.07.2006 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Cardiavis N sei als nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel grundsätzlich von der Versorgung nach §§ 34, 31 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ausgeschlossen. Auch eine Kostenerstattung im Rahmen des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG komme bei Cardiavis N nicht in Betracht, da das Arzneimittel nicht zur Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen benötigt werde.

Dagegen hat der Kläger am 07.08.2006 Klage zum Sozialgericht (SG) München erhoben (Verfahren mit dem Aktenzeichen [S 33 V 31/06](#)).

Weiter legte der Kläger einen Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006 für eine zahnärztliche Behandlung vor. Der Heil- und Kostenplan umfasste Behandlungskosten in Höhe von insgesamt 571,90 EUR. Den Betrag für den Festzuschuss bezifferte die Zahnärztin in ihrem Schreiben vom 22.11.2006 an den Kläger mit 116,75 EUR.

Mit Bescheid vom 18.01.2007 bewilligte der Beklagte dem Kläger für die zahnärztliche Behandlung eine Bezuschussung in Höhe des doppelten Festzuschusses, somit in Höhe von 233,50 EUR.

Dieser erhob dagegen mit Schreiben vom 23.01.2007 Widerspruch und begründete diesen damit, dass Versorgungsberechtigte anders als gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf Gewährung von Zahnersatz als kostenfreie Sachleistung hätten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.02.2007 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Auch dagegen hat der Kläger Klage zum SG München erhoben (Verfahren mit dem Aktenzeichen [S 33 V 13/07](#)).

Mit Beschluss vom 10.06.2009 sind die beiden Verfahren unter dem Aktenzeichen [S 33 V 31/06](#) verbunden worden. Zwischenzeitlich vom Kläger geltend gemachte weitere Kosten sind mit Beschluss vom 15.07.2009 abgetrennt worden.

Mit Urteil vom 15.07.2009 ist die Klage abgewiesen worden. Die Berufung hat das SG nicht zugelassen.

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers hin ist die Berufung mit Beschluss des Senats vom 28.11.2012, Az.: [L 15 VK 14/09](#) NZB, wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen worden.

Die vom Kläger mit Schreiben vom 20.09.2014 gestellten Befangenheitsanträge gegen den Berichterstatter und den früheren Vorsitzenden des Senats sind mit Beschluss des Senats in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 zurückgewiesen worden.

Der Kläger beantragt,
das Urteil vom 15.07.2009 und den Bescheid vom 07.09.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.07.2006 sowie den Bescheid vom 18.01.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, die ihm entstandenen Kosten für das Arzneimittel Cardiavis N und die über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für das Arzneimittel Voltaren 100 zu erstatten sowie die Kosten für die Zahnerhaltungsmaßnahme gemäß Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006 in voller Höhe zu übernehmen.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Beklagten, die Akten des SG München, auch zum Aktenzeichen [S 33 V 13/07](#), und die Akten des Bayer. Landessozialgerichts (LSG) zum Aktenzeichen [L 15 VK 14/09](#) NZB beigezogen. Vorgelegen haben zudem die Akten des Bayer. LSG zum Aktenzeichen [L 15 V 55/99](#). Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Berufungsakte und der beigezogenen Akten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in Abwesenheit des Klägers verhandeln und entscheiden können, da dieser über den Termin zur mündlichen Verhandlung informiert und dabei auch auf die Folgen seines Ausbleibens hingewiesen worden war ([§ 110 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 153 Abs. 1 SGG](#)).

Auch bei Berücksichtigung des Umstands, dass über den kurz vor der mündlichen Verhandlung gestellten Befangenheitsantrag des Klägers vor der mündlichen Verhandlung noch nicht entschieden war, hat unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlich garantierten Grundsatzes des rechtlichen Gehörs gemäß [Art. 103 Grundgesetz \(GG\)](#) kein Anlass bestanden, in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 wegen des Nichterscheinens des Klägers nicht durch Urteil zu entscheiden, sondern zu vertagen. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem ähnlich gelagerten Fall, in dem sogar zusätzlich zum Befangenheitsantrag ein Terminverlegungsantrag gestellt worden war, im Beschluss vom 01.08.2000, Az.: [B 9 SB 24/00](#), wie folgt begründet:

"Entgegen seinem Vorbringen durfte der Kläger nicht schon aufgrund seines Ablehnungsgesuchs mit einer Verlegung des Termins rechnen. Er musste vielmehr die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß das LSG über dieses noch am Terminstag - ggf in anderer Besetzung - durch verkündeten und sofort rechtskräftigen ([§ 177 SGG](#)) Beschluss aufgrund mündlicher Verhandlung entscheiden würde. Bei einem Erfolg des Ablehnungsgesuchs hätte dann eine mündliche Verhandlung der Hauptsache unter Leitung des stellvertretenden Senatsvorsitzenden stattfinden können. Für den Fall der Zurückweisung oder Verwerfung (wie geschehen) des Gesuchs durfte das LSG sogar in unveränderter Besetzung zur Hauptsache mündlich verhandeln und entscheiden (die Verwerfung des Ablehnungsgesuchs hätte es sogar ebenfalls in gleicher Besetzung vornehmen können vgl Zöllner aaO RdNr 4 zu [§ 45 ZPO](#) mwN). Darum konnte der Kläger auch nicht damit rechnen, dass

seinem Terminverlegungsantrag stattgegeben werden würde. Denn das hätte das Vorliegen eines erheblichen Grundes erfordert (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl, RdNr 4b zu § 110). Ein solcher erheblicher Grund war aus den oben dargelegten Gründen in dem Ablehnungsgesuch nicht zu sehen."

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Der Berichterstatter des Senats, den der Kläger mit auf den 20.09.2014 datierten und am 21. bzw. 22.09.2014 jeweils abends bei Gericht eingegangenen Schreiben wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt hatte, hat an der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 und dem Urteil vom selben Tag mitwirken können, weil der Befangenheitsantrag bereits zuvor in der mündlichen Verhandlung mit Beschluss des Senats rechtskräftig abgelehnt worden war. Das den als befangen abgelehnten Richter treffende Handlungsverbot gemäß [§ 47 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung endete mit der rechtskräftigen zurückweisenden Erledigung des Befangenheitsantrags durch den in der mündlichen Verhandlung am 25.09.2014 verkündeten Beschluss.

Die Frage, ob der Kläger von diesem Beschluss Kenntnis gehabt hat, ist rechtlich irrelevant (vgl. BSG, Beschluss vom 30.06.2008, Az.: [B 2 U 1/08 RH](#) - dort zur Kenntnis des abgelehnten Richters). Er könnte sich nicht darauf berufen, dass er zum Zeitpunkt der Entscheidung durch Urteil mangels Kenntnis von dem in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 getroffenen Beschluss zur Befangenheit davon ausgegangen sei, dass der Befangenheitsantrag noch offen sei und dies einer abschließenden Entscheidung durch Urteil entgegen stehe. Auf seine Kenntnis des vor Erlass des Urteils ergangenen Beschlusses zum Befangenheitsantrag kommt es nicht an. Dieser Beschluss ist bereits mit der Verkündung in der mündlichen Verhandlung wirksam und mangels Rechtsbehelfsmöglichkeit auch rechtskräftig geworden - und zwar unabhängig von der Kenntnis des Klägers. Zwar werden Beschlüsse ohne mündliche Verhandlung nach [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 133 SGG](#) erst mit Zustellung wirksam. Eine derartige Situation liegt aber hier nicht vor. Vielmehr hat der Senat angesichts des vom Kläger zu vertretenden Zeitdrucks von der dem Senat durch [§ 142 Abs. 1 SGG](#) eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, über den Befangenheitsantrag in der mündlichen Verhandlung zu entscheiden und den Beschluss dort gemäß [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 132 SGG](#) zu verkünden. Ein solcher, in der mündlichen Verhandlung verkündeter Beschluss wird mit der Verkündung existent und damit wirksam (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/ders./Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 142, Rdnr. 3c, § 135, Rdnr. 3, § 132, Rdnr. 1a, § 125, Rdnr. 4). Auf die Frage, wann der Kläger vom Beschluss zur Befangenheit Kenntnis erlangt, kommt es nicht an, da eine personenbezogene und kenntnisbegründete Teilwirksamkeit gerichtlicher Entscheidungen dem Grundsatz der durch Verkündung begründeten Öffentlichkeit einer gerichtlichen Entscheidung fremd ist. Die gemäß [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 135 SGG](#) gebotene Zustellung des Protokolls mit dem Beschluss zur Befangenheit an den Kläger hat dabei keine Bedeutung für die Wirksamkeit des gerichtlichen Beschlusses, sondern ist vom Gesetzgeber wegen des Beginns etwaiger Rechtsmittelfristen - die es hier nicht gibt - vorgesehen worden (vgl. Keller, a.a.O., § 135, Rdnr. 3). Mit dem Wirksamwerden des Beschlusses zur Befangenheit im ersten Teil der mündlichen Verhandlung am 25.09.2014 ist auch dessen Rechtskraft eingetreten, da gemäß [§ 177 SGG](#) eine Beschwerde ausgeschlossen ist.

Lediglich der Vollständigkeit halber weist der Senat darauf hin, dass, auch wenn die Frage des Wirksamwerdens eines Beschlusses in einer mündlichen Verhandlung offen gelassen würde, die Mitwirkung des abgelehnten Berichterstatters in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 und beim Urteil vom selben Tag nicht zu einem angreifbaren Rechtsfehler führen würde. Denn ein derartiger Verfahrensfehler würde nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung durch die Zustellung des vor Erlass des Urteils gefassten Beschlusses über die Verwerfung des Ablehnungsgesuchs geheilt (vgl. Bundesgerichtshof, Beschlüsse vom 19.05.1953, Az.: [2 StR 445/52](#), und vom 15.07.2004, Az.: [IX ZB 280/03](#); Bundesfinanzhof, Beschluss vom 17.10.1996, Az.: [XI R 13/96](#); Bundesarbeitsgericht, Beschluss vom 28.12.1999, Az.: [9 AZN 739/99](#); BSG, Beschluss vom 01.08.2000, Az.: [B 9 SB 24/00 B](#)).

Die Berufung ist zulässig, aber unter allen Gesichtspunkten unbegründet.

Der Umfang der Heilbehandlung nach dem BVG folgt gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG ("Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt.") den Vorgaben des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit nicht im BVG Abweichendes geregelt ist.

In der Sache geht es um die Kostenerstattung für das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel Cardiavis N, die Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für das Arzneimittel Voltaren 100 und die Kostenübernahme für die Zahnerhaltungsmaßnahme gemäß Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006 in voller Höhe. Nicht Streitgegenstand ist die Ablehnung der Kostenerstattung für das Arzneimittel Gelomyrtol, da der Kläger in seinem Widerspruchsschreiben vom 09.10.2005 ausdrücklich erklärt hat, dass er die Erstattung für das Arzneimittel Gelomyrtol nicht weiter beanspruche.

1. Kostenerstattung für das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel Cardiavis N

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für Cardiavis N im Rahmen seiner Versorgung nach dem BVG, da dieses Arzneimittel nicht von der Versorgung umfasst ist.

1.1. Streitgegenstand

Streitgegenstand ist die Kostenerstattung für das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel Cardiavis N im Rahmen der Versorgung sowohl als Pflichtleistung gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2, § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BVG als auch im Wege eines Härteausgleichs gemäß § 89 BVG. Dies ergibt sich aus dem angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 05.07.2006, in dem unter allen in Betracht kommenden Gesichtspunkten eine Kostenerstattung für Cardiavis N abgelehnt worden ist.

Bei der sogenannten Pflichtleistung gemäß §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BVG und dem Härteausgleich gemäß § 89 BVG handelt es sich um unterschiedliche Streitgegenstände, sodass dem Gericht eine Prüfung des klägerischen Begehrens unter allen in Betracht kommenden materiellen Gesichtspunkten nur dann möglich ist, wenn - wie hier - die Entscheidung des Trägers der Versorgungsverwaltung auch unter beiden Gesichtspunkten ergangen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18.12.1996, Az.: [9 RV 2/95](#)).

1.2. Heilbehandlung im Rahmen des Versorgungsanspruchs

Gemäß § 10 Abs. 1 BVG erhält ein Beschädigter Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht sind. Nur dann, wenn ein Anspruchsteller wie hier schwerbeschädigt im Sinne des § 31 Abs. 2 BVG ist, der GdS also mindestens 50 beträgt, besteht auch ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen schädigungsfremder Gesundheitsstörungen.

1.2.1. Versorgung mit Cardiavis N als Pflichtleistung gemäß § 11 BVG

Der Umfang der Heilbehandlung ergibt sich aus § 11 BVG. Heilbehandlung beinhaltet gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BVG die Versorgung mit Arzneimitteln und arzneimittelähnlichen Medizinprodukten (vgl. Vogl, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, 1. Aufl. 2012, § 11 BVG, Rdnr. 13). Die nähere Ausgestaltung des Heilbehandlungsanspruchs ergibt sich gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG aus den Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung, also dem SGB V.

1.2.1.1. Kein verschreibungspflichtiges Arzneimittel

Der Verordnung von Cardiavis N, einem homöopathischen Herz-Kreislaufmittel, im Rahmen des Versorgungsanspruchs und damit einer Kostenerstattung steht entgegen, dass es sich bei Cardiavis N nicht um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel handelt.

Wegen § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG i.V.m. [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) muss es sich bei einer Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Versorgungsverwaltung grundsätzlich um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel handeln.

Bei Cardiavis N ist dies nicht der Fall. Es handelt sich bei diesem homöopathischen Arzneimittel nicht um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel.

1.2.1.2. Kein gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verordnungsfähiges Arzneimittel

Sofern der Kläger die Ansicht vertritt, bei ihm sei Cardiavis N gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verordnungsfähig, verkennt er die dafür erforderlichen Voraussetzungen. Diese sind nämlich nicht gegeben.

Beim Kläger ist schon gar keine "schwerwiegende Erkrankung" nachgewiesen, bei der Cardiavis N als "Therapiestandard" gelten würde, was Voraussetzung für eine ausnahmsweise Verordnungsfähigkeit wäre. Was als "schwerwiegende Erkrankung im Sinn des [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zu betrachten ist, ergibt sich aus der vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß [§§ 34 Abs. 1 Satz 2, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erstellten Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL). Gemäß § 12 Abs. 6 AM-RL können unter bestimmten Voraussetzungen auch homöopathische Arzneimittel verordnet werden. Voraussetzung dafür ist gemäß § 12 Abs. 6 AM-RL aber, dass es sich um ein in der Anlage I zur AM-RL aufgeführtes Indikationsgebiet handelt. Unter den in der Anlage I aufgeführten Indikationsgebieten findet sich eine Hypotonie, die beim Kläger ohnehin fraglich ist, nicht wieder. Eine koronare Herzkrankheit, die durch Symptomatik und ergänzende nichtinvasive oder invasive Diagnostik nachgewiesen sein müsste, ist beim Kläger nicht belegt. Darauf, dass die Anwendung von Cardiavis N zudem für dieses Indikationsgebiet nach dem derzeitigen Erkenntnisstand als Therapiestandard nicht angezeigt ist, kommt es nicht weiter an.

1.2.1.3. Keine Verordnung im Rahmen des sogenannten off-label-use

Für eine Verordnung von Cardiavis N im Wege des sogenannten off-label-use (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.2002, Az.: [B 1 KR 37/00 R](#)) ist kein Ansatzpunkt gegeben.

1.2.1.4. Keine Verordnung im Weg des [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V

Eine Verordnung von Cardiavis N kann nicht gemäß [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V erfolgen, weil weder eine dafür erforderliche, in [§ 2 Abs. 1](#) a Satz 1 SGB V näher beschriebene Erkrankung vorliegt noch eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht.

Mit der zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Regelung des [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im sogenannten Nikolausbeschluss vom 06.12.2005, Az.: [1 BvR 347/98](#), zum Rechtsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt worden. Darin hatte das BVerfG erläutert, dass es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) (Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) (Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) nicht vereinbar sei, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe.

Im vorliegenden Fall sind die in [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V aufgestellten Voraussetzungen nicht erfüllt. Zum einen liegt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung vor. In Umsetzung der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 hat das BSG dafür "notstandsähnliche Extremsituationen" verlangt und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dafür "gravierende Folgen" allein nicht ausreichend seien (vgl. BSG, Urteil vom 05.05.2009, Az.: [B 1 KR 15/08 R](#)). Von einer derartigen Extremsituation kann vorliegend nicht ausgegangen werden, selbst dann, wenn entgegen den vorliegenden medizinischen Befunden zum Blutdruck des Klägers davon ausgegangen würde, dass er an einer Hypotonie leiden würde. Im Übrigen liegt, worauf der versorgungsärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 29.06.2009 hingewiesen hat, die Therapie erster Wahl zur Therapie von niedrigem Blutdruck in allgemeinen nichtmedikamentösen Maßnahmen wie z.B. körperlicher Aktivität.

1.2.2. Versorgung mit Cardiavis N im Weg des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Versorgung mit Cardiavis N bzw. Kostenerstattung im Weg des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG.

1.2.2.1. Allgemeines

Sofern sich in einzelnen Fällen aus den Vorschriften des BVG besondere Härten ergeben, kann, wenn nicht bereits eine allgemeine Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gemäß § 89 Abs. 2 BVG vorliegt, gemäß § 89 Abs. 1 BVG mit Zustimmung des vorgenannten Bundesministeriums ein Ausgleich gewährt werden. Voraussetzungen für eine Ermessensleistung nach § 89 BVG ist, dass der Gesetzgeber besondere Einzelfälle oder auch Gruppen mit ihren Besonderheiten übersehen, nicht vorausgesehen oder nicht genügend differenziert geregelt hat (vgl. BSG, Urteil vom 18.12.1996, Az.: [9 RV 2/95](#)). § 89 BVG soll die Gewährung von Leistungen dann ermöglichen, wenn zwischen der konkreten Gesetzesanwendung und dem mit dem Recht der Kriegsoferversorgung angestrebten Ziel ein Missverhältnis auftritt. Eine besondere Härte kann nur bejaht werden, wenn für einen Anspruch auf Versorgung nicht alle Tatbestandsmerkmale, die das BVG aufstellt, verwirklicht sind und wenn der Antragsteller dadurch besonders hart getroffen wird. Die Ermächtigung des § 89 BVG muss auf wenige, unmittelbar aus der Gesetzesanwendung sich ergebende Einzelfälle oder Einzelfallgruppen beschränkt bleiben. Ohne die Begrenzung des Verwaltungsermessens auf krasse Ausnahmen wäre die Ermächtigung zum Verwaltungsermessen dazu angetan, die verfassungsmäßigen Grenzen zwischen Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltung zu sprengen (vgl. BSG, Urteile vom 19.09.1979, Az.: [9 RV 66/78](#), und vom 21.10.1998, Az.: [B 9 V 3/98](#); Urteil des Senats vom 26.09.2012, Az.: [L 15 VK 12/10](#)). Die grundlegenden Vorschriften des Kriegsofferrechts dürfen durch einen Härteausgleich nicht ausgehöhlt oder umgangen werden (vgl. BSG, Urteil vom 25.10.1978, Az.: [9 RV 68/77](#)). Eine besondere Härte kann demgegenüber nicht schon allein durch die besondere Bedürftigkeit des Betroffenen im Sinn einer materiellen Not begründet werden.

Der Begriff der besonderen Härte stellt einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, dessen Anwendung durch die Gerichte voll zu überprüfen ist (vgl. BSG, Urteil vom 30.08.1973, Az.: [9/8 RV 608/72](#)). Liegt eine besondere Härte nach den genannten Kriterien vor, können die Gerichte den Versorgungsträger auch dann zum Erlass einer Ermessensentscheidung (vgl. [§ 131 Abs. 3 SGG](#)) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verurteilen, wenn das Bundesministerium für Arbeit und Soziales entgegen der in § 89 Abs. 1 und 2 BVG vorgesehenen Regelung seine Zustimmung nicht erteilt hat. Denn die Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hat nur verwaltungsinterne Bedeutung. Ob sie erteilt hätte werden müssen, wird im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung des Ablehnungsbescheids mit geprüft (vgl. BSG, Urteile vom 12.12.1969, Az.: [8 RV 469/67](#), vom 09.05.1972, Az.: [8 RV 611/71](#), und vom 21.10.1998, Az.: [B 9 V 3/98](#)).

Fehlt es dagegen sowohl an der besonderen Härte als auch an der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, so hat eine Verurteilung des Versorgungsträgers zum Erlass der abgelehnten Entscheidung über einen Härteausgleich nicht zu erfolgen.

1.2.2.2. Härteausgleich im Rahmen der Heilbehandlung

Ein Härteausgleich scheitert schon daran, dass ein solcher allenfalls dann in Betracht kommt, wenn es um die Behandlung von anerkannten Schädigungsfolgen geht. Dafür ist das Herz-Kreislaufmittel Cardiavis N aber nicht erforderlich.

Nach der Auffassung des Senats ist die Anwendung des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG jedenfalls dann ausgeschlossen, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln für Gesundheitsstörungen betroffen ist, die nicht als Schädigungsfolgen anerkannt sind.

1.2.2.2.1. Grundsätzlicher Ausschluss eines Härteausgleichs im Bereich der Heilbehandlung/Versorgung mit Arzneimitteln bei Nichtschädigungsfolgen

Für die Anwendung des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG ist kein Raum, da die Behandlung mit dem Arzneimittel Cardiavis N nicht wegen Schädigungsfolgen erforderlich ist.

Der Senat hat bereits gewisse Bedenken, ob die Anwendung des § 89 BVG im Bereich der Heilbehandlung, wenn wie hier die Versorgung mit Arzneimitteln betroffen ist, überhaupt möglich ist. Jedenfalls dann, wenn die Versorgung wegen schädigungsfremder Gesundheitsstörungen im Raum steht, ist eine Anwendung des § 89 BVG zweifelsfrei ausgeschlossen.

1.2.2.2.1.1. Eine Anwendung des § 89 SBV scheitert nach der Auffassung des Senats nicht schon daran, dass nach der ausdrücklichen gesetzlichen Formulierung in § 89 Abs. 1 BVG ein Härteausgleich nur dann in Betracht kommt, wenn sich "aus den Vorschriften dieses Gesetzes besondere Härten ergeben".

Diese Formulierung könnte vom Wortlaut her durchaus dahingehend interpretiert werden, dass Maßnahmen der Heilbehandlung, sofern deren Umfang durch Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V bestimmt wird, grundsätzlich einem Härteausgleich entzogen wären. Denn wenn sich - wie hier - die Nichtübernahmefähigkeit der Kosten daraus ergibt, dass das angewendete Arzneimittel wegen Vorschriften des SGB V nicht verordnungsfähig ist, ergibt sich eine mögliche Härte eben nicht aus Vorschriften des BVG, sondern aus Vorschriften eines anderen Gesetzes, was als Ausschlussgrund gesehen werden könnte (vgl. Dau, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht,

1. Aufl. 2012, § 89 BVG, Rdnr. 3; Fehl, in: Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Aufl. 1992, § 89 BVG, Rdnr. 3).

Eine derartige Auslegung geht dem Senat aber zu weit. Ihr wäre entgegen zu halten, dass sich die Härte nicht erst aus den Vorschriften des SGB V, sondern schon aus der Verweisungsvorschrift in § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG ergibt, die erst die Anwendung des SGB V ermöglicht. Anstelle der Verweisung hätte der Gesetzgeber auch wörtlich die Regelungen des SGB V in das BVG aufnehmen können. Dass sich aus einer der Platzersparnis dienenden Verweisungstechnik ein rechtlicher Nachteil für den Versorgungsberechtigten ergeben sollte, lässt sich nicht begründen.

1.2.2.2.1.2. Gegen eine Anwendung des § 89 BVG spricht aber, dass eine Erweiterung des Leistungskatalogs im Wege des § 89 BVG über den Umfang, wie er in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegeben ist, dahingehend interpretiert werden könnte, dass damit die grundlegenden Vorschriften des Kriegsofferrechts ausgehöhlt oder umgangen würden. Denn mit § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG hat der

Gesetzgeber die grundlegende Entscheidung getroffen, dass der Umfang der Heilbehandlung eines Versorgungsberechtigten dem entspricht, wie er auch für ein Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung der Fall wäre. So scheint auch das BSG (vgl. Urteil vom 21.10.1998, Az.: [B 9 V 3/98 R](#)) die Verweisung im BVG auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung als tragenden Grundsatz des BVG zu betrachten.

Auf der anderen Seite darf nicht übersehen werden, dass die Verweisungsvorschrift des § 11 Abs. 2 Satz BVG nicht bedingungslos gilt, sondern ausdrücklich Ausnahmen ("soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt") vorgesehen hat. Dies könnte Zweifel daran wecken, dass der Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung als tragendes und einschränkungslos geltendes Grundprinzip des Versorgungsrechts gesehen werden darf.

Der Senat hält daher eine beschädigtenfreundliche differenzierende Vorgehensweise, was die Frage des Härteausgleichs bei der Heilbehandlung angeht, für nicht unvertretbar (vgl. Urteil des Senats vom 07.05.2014, Az.: [L 15 VS 17/13](#)). Danach wäre von einem tragenden Grundsatz des BVG nur dann auszugehen, wenn die Behandlung von schädigungsfremden Gesundheitsstörungen, die üblicherweise der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, bei Schwerbeschädigten im Sinn des § 31 Abs. 2 BVG, die gemäß § 10 Abs. 2 BVG einen umfassenden, nicht nur auf die Schädigungsfolgen beschränkten Heilbehandlungsanspruch haben, betroffen ist. Denn anderenfalls wäre im Einzelfall nicht auszuschließen, dass der Schwerbeschädigte über § 89 BVG eine Besserstellung gegenüber den gesetzlich Krankenversicherten erhalten würde. Dafür könnte der Senat keine Rechtfertigung im BVG erkennen. Denn zum einen kennt das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, sieht man von der Regelung des [§ 2 Abs. 1 a SGB V](#) ab, eine Ausnahme wie den Härteausgleich des § 89 BVG nicht. Zum anderen ist der im Versorgungsrecht führende Gedanke der Entschädigung nicht einschlägig, wenn die Erkrankung nicht durch ein die Versorgung auslösendes Geschehen bedingt ist. Es handelt sich dann nicht um eine der Entschädigung unterfallende Gesundheitsstörung, sondern um eine in den ureigenen persönlichen Risikobereich fallende Erkrankung. Warum in einem solchen Fall ein Versorgungsberechtigter besser gestellt werden sollte als ein gesetzlich Krankenversicherter oder ein Versorgungsberechtigter mit einem GdS von unter 50, der Heilbehandlung im Rahmen seiner Versorgung nur für Schädigungsfolgen erhält, würde sich unter dem verfassungsrechtlich begründeten Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht begründen lassen (a.A. wohl LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.12.2013, Az.: [L 6 VK 2279/10](#), das ohne irgendeine Begründung von der Anwendbarkeit des § 89 BVG ausgeht). Dafür, dass der Gesetzgeber des BVG eine derartige Besserstellung bezwecken hätte wollen, gibt es nicht den geringsten Hinweis.

In allen anderen Fällen, in denen es um die Behandlung von Schädigungsfolgen geht, wäre es für den Senat durchaus vertretbar, einen Härteausgleich gemäß § 89 BVG zu ermöglichen. Der Senat ist sich dabei zwar bewusst, dass dies eine teilweise Annäherung an den weiterreichenden Heilbehandlungsanspruch nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ([§ 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch](#): "mit allen geeigneten Mitteln") darstellen würde. Solange es aber bei einer Annäherung im einzelnen Härtefall bliebe und es nicht zu einer generellen Angleichung kommen würde, erscheint dem Senat eine dementsprechend vorsichtige Anwendung des § 89 BVG durchaus vertretbar. Denn eine solche partielle Besserstellung gegenüber dem Leistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich durchaus damit begründen, dass im Versorgungsrecht der Gedanke der Entschädigung und damit auch einer Fürsorgepflicht des Staates für von diesem geschaffene Gefahrenbereiche führend ist, wohingegen es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung allein um Krankheiten geht, die in den persönlichen Risikobereich des Betroffenen fallen.

1.2.2.2. Ausschluss eines Härteausgleichs gemäß § 89 BVG auch bei beschädigtenfreundlicher differenzierender Betrachtungsweise im vorliegenden Fall

Die vom Kläger als Grund für die Verordnung von Cardiavis N angegebene Hypotonie und auch das Anwendungsgebiet von Cardiavis N (Herz-Kreislaufstörungen) belegen zweifelsfrei, dass die Verordnung nicht wegen Schädigungsfolgen erfolgt ist. Denn als Schädigungsfolgen sind nur der Verlust der Finger I bis IV der linken Hand und winzige Weichteilstecksplitter im Gesicht, nicht aber eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems anerkannt.

Eine Anwendung des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG ist damit ausgeschlossen.

2. Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für das Arzneimittel Voltaren 100

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten.

2.1. Streitgegenstand

Streitgegenstand ist die Frage der Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für das Arzneimittel Voltaren - anders als bei der Frage der Kostenerstattung für Cardiavis N (vgl. oben Ziff. 1) - ausschließlich im Rahmen der Versorgung als Pflichtleistung gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2, § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BVG. Die Frage, ob die Mehrkosten im Wege eines Härteausgleichs gemäß § 89 BVG zu erstatten wären, ist nicht Gegenstand des Verfahrens. Zwar ergibt sich aus dem angegriffenen Bescheid vom 07.09.2005 (noch) nicht, unter welchem rechtlichen Gesichtspunkt der geltend gemachte Anspruch geprüft worden ist. Dem angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 05.07.2006 ist aber zu entnehmen, dass der Beklagte die das Arzneimittel Voltaren betreffende Frage nicht auch unter dem Gesichtspunkt des Härteausgleichs geprüft hat. Denn im vorletzten Absatz auf Seite 2 des Widerspruchsbescheids hat sich der Beklagte unter dem Gesichtspunkt des Härteausgleichs lediglich mit dem Medikament befasst, das "der Therapie schädigungsunabhängiger Gesundheitsstörungen" diene. Dies ist nach Ansicht des Beklagten, wie sie in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 18.11.2005 zum Ausdruck kommt, jedenfalls (in einem Teilbereich der Anwendung) Voltaren nicht.

Bei der sogenannten Pflichtleistung gemäß §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BVG und dem Härteausgleich gemäß § 89 BVG handelt es sich um unterschiedliche Streitgegenstände (vgl. oben Ziff. 1.1.), sodass dem Senat eine Prüfung des klägerischen Begehrens nur unter dem materiellen Gesichtspunkt möglich ist, unter dem die Entscheidung des Beklagten ergangen ist, hier also dem der Pflichtleistung.

2.2. Keine Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten im Weg einer Pflichtleistung gemäß § 11 BVG

Die gesetzliche Regelung des § 11 BVG in Verbindung mit den Regelungen des SGB V sehen nur eine Erstattung des Festbetrags vor; eine Erstattung der darüber hinaus gehenden Mehrkosten ist daher ausgeschlossen.

Der Umfang der Heilbehandlung nach dem BVG folgt gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG ("Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse [§ 18c Abs. 2 Satz 1] ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt.") den Vorgaben des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit nicht im BVG Abweichendes geregelt ist. Im SGB V gilt für Arzneimittel die Festbetragsregelung des [§ 35 SGB V](#). Dies rechtfertigt den Schluss, dass mit der Versorgung mit Festbetragsarzneimitteln auch im Geltungsbereich des BVG eine den gesetzlichen Vorgaben gerecht werdende Versorgung sichergestellt ist.

Dies steht nicht im Widerspruch dazu, dass der Gesetzgeber in § 18 Abs. 1 Satz 1 BVG das Sachleistungsprinzip vorgegeben hat und dies ausdrücklich in § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG mit der Maßgabe verbunden hat, dass die Sachleistung dem Berechtigten ohne eine Kostenbeteiligung zu gewähren ist. Mit § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG wird lediglich klargestellt, dass in Abweichung vom Recht des SGB V, das weitreichende Eigenbeteiligungen kennt, bei den Sachleistungen des § 18 BVG derartige krankensicherungsrechtliche Eigenbeteiligungen ausgeschlossen sind (vgl. Fehrl, in: Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Aufl. 1992, § 18 BVG, Rdnr. 1). Denn wie sich aus § 18 Abs. 3 und 4 BVG ergibt, kann die Kostenerstattung nur unter den gleichen Bedingungen erfolgen, unter denen auch die entsprechende Sachleistung erfolgen kann (vgl. Vogl, a.a.O., § 18 BVG, Rdnr. 8). Eine Kostenerstattung kann daher nur in dem Umfang erfolgen, in dem die Kosten für die Sachleistung erforderlich gewesen wären (vgl. Vogl, a.a.O., § 18 BVG, Rdnr. 9); die Kostenerstattung soll gegenüber einer Sachleistung für den Träger der Versorgungsverwaltung keine weitergehenden finanziellen Auswirkungen haben (vgl. Fehrl, a.a.O., § 18 BVG, Rdnr. 15).

Dies entspricht auch der Rechtsprechung des BSG. So hat dieses im Urteil vom 28.06.2000, Az.: [B 9 VG 4/99 R](#), ausdrücklich festgestellt:

"Es entspricht der versorgungsrechtlichen Systementscheidung, die ausnahmsweise vorgesehene Kostenerstattung auf den Betrag zu beschränken, der für die Sachleistung erforderlich gewesen wäre."

Die aufgezeigten Grundsätze stehen einer Erstattung der Mehrkosten, die bei dem Erwerb von Voltaren über den Festbetrag hinaus entstanden sind, entgegen. Der Sachleistungsanspruch des Klägers wäre mit der Zurverfügungstellung des entsprechenden Festbetragsarzneimittels erfüllt gewesen. Eine Versorgung mit dem gegenüber dem Festbetragsarzneimittel teureren Arzneimittel Voltaren ist vom Heilbehandlungsanspruch nach dem BVG nicht abgedeckt. Der Beklagte hätte seine Sachleistungspflicht mit dem Festbetragsarzneimittel erfüllt. Dadurch dass der Kläger unter Umgehung des Sachleistungsprinzips mit Voltaren ein teureres Arzneimittel angeschafft hat, hat er sich eine Leistung verschafft, die ihm vom Beklagten nicht zu gewähren gewesen wäre. Die dadurch entstandenen Mehrkosten hat der Beklagte daher nicht zu übernehmen.

2.3. Ergänzender Hinweis des Senats zur Erstattung der Mehrkosten unter dem Gesichtspunkt des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG

Auch wenn die Frage eines Härteausgleichs in diesem Zusammenhang nicht Streitgegenstand und daher vom Senat nicht zu prüfen ist, weist der Senat doch zur Information für die Beteiligten und zur Vermeidung zukünftiger Rechtsstreitigkeiten auf Folgendes hin:

Dafür, dass der geltend gemachte Anspruch unter dem Gesichtspunkt des Härteausgleichs gemäß § 89 BVG anders zu beurteilen wäre, spricht nichts. Ganz abgesehen davon, dass zu prüfen wäre, ob Voltaren überhaupt wegen Schädigungsfolgen angewendet wird oder nicht doch wegen schädigungsfremder Gesundheitsstörungen (vgl. die versorgungsärztliche Stellungnahme vom 29.06.2006), und daher ein Härteausgleich gemäß § 89 BVG schon aus grundsätzlichen Überlegungen nicht in Betracht käme (vgl. oben Ziff. 1.2.2.2.1.), wäre nicht ersichtlich, warum selbst bei Verordnung wegen einer Schädigungsfolge von dem grundlegenden Prinzip einer Orientierung der Versorgung an den krankensicherungsrechtlichen Regelungen abgewichen werden sollte. Dass von einer derartigen Härte (vgl. zu diesem Begriff die Ausführungen oben unter Ziff. 1.2.2.1.) auszugehen wäre, wenn die - betragsmäßig eher niedrigen - über den Festbetrag hinausgehenden Kosten von Voltaren vom Kläger selbst zu tragen sind, hält der Senat für ausgeschlossen. Zudem würde einer Anwendung der Härtefallregelung auch entgegen stehen, dass sich eine Kostenerstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten nicht auf wenige krasse Einzelfälle beschränken würde.

2.4. Abschließender Hinweis zur Vermeidung eines potentiellen Missverständnisses

Der Senat weist den Kläger darauf hin, dass die Frage der Tragung von Mehrkosten über den Festbetrag hinaus nicht mit der Frage der Zuzahlung verwechselt werden darf. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips im BVG sind Zuzahlungen gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG ausgeschlossen. Von einer "Beteiligung an den Kosten" im Sinn des § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG kann aber nicht gesprochen werden, wenn es um die Übernahme von Kosten über einen Festbetrag hinaus geht. Denn der Ausschluss von Zuzahlungen geht nur so weit, als sich die Leistung im Rahmen des dafür vorgegebenen Festbetrags bewegt, nicht aber bei "teureren" Leistungen, die nicht im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu erbringen sind.

3. Kostenübernahme für die Zahnerhaltungsmaßnahme gemäß Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006 in voller Höhe

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine über den doppelten Festzuschuss hinausgehende Kostenübernahme durch den Beklagten.

3.1. Streitgegenstand

Streitgegenstand ist die Frage der Bezuschussung von Zahnersatz über die Höhe des doppelten Festzuschusses für die Regelversorgung hinaus in Form einer kostenfreien Sachleistung. Der Beklagte hat seine Entscheidung, wie sich zweifelsfrei aus dem Widerspruchsbescheid vom 12.02.2007 ergibt, ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der sogenannten Pflichtleistung gemäß §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BVG getroffen. Eine Entscheidung zum Härteausgleich gemäß § 89 BVG ist nicht ergangen. Wegen der unterschiedlichen Streitgegenstände (vgl. oben Ziff. 1.1.) ist dem Senat eine Prüfung des klägerischen Begehrens nur unter dem materiellen Gesichtspunkt möglich, unter dem die Entscheidung des Beklagten ergangen ist, also dem der Pflichtleistung.

3.2. Keine Erstattung der über den doppelten Festzuschuss hinausgehenden Kosten im Weg einer Pflichtleistung gemäß § 11 BVG

Im Rahmen der Versorgung nach dem BVG ist für Zahnersatz der doppelte Festzuschuss im Sinn der krankensicherungsrechtlichen Regelungen zu gewähren. Aus dem Sachleistungsprinzip ergibt sich kein weitergehender Anspruch.

Der Umfang der Heilbehandlung ergibt sich aus § 11 BVG. Heilbehandlung beinhaltet gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BVG die Versorgung mit Zahnersatz. Die nähere Ausgestaltung des Heilbehandlungsanspruchs ergibt sich gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG aus den Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung, also dem SGB V.

§§ 55 ff. SGB V enthalten die Vorschriften zum Zahnersatz. Danach wird - entsprechend dem im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzip - die Sachleistung im Wege eines Festzuschusses gewährt (vgl. Vogl, a.a.O., § 11 BVG, Rdnr. 17). Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190), i.d.F. vor allem des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I S. 3445) besteht seit dem 01.01.2005 ein Anspruch auf einen befundbezogenen Festzuschuss. Dessen Höhe richtet sich nach den Kosten für prothetische Regelversorgungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach Maßgabe des § 56 SGB V festlegt (vgl. z.B. Kasseler Kommentar, 81. Erg.lief. 2014, § 55 SGB V, Rdnr. 7).

Gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfassen die Festzuschüsse 50 v.H. der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 (zahnärztliche Leistungen) und § 57 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V (zahn technische Leistungen) festgesetzten "Beträge für die jeweilige Regelversorgung". Den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 56 SGB V festgelegten Regelversorgungen, welche für bestimmte Befunde eine in der Mehrzahl der Fälle geeignete konkrete Versorgung beschreiben müssen (vgl. § 56 Abs. 1 und 2 SGB V), werden gemäß § 57 SGB V auf der Grundlage und in Fortentwicklung bisheriger Punktwerte bundeseinheitliche Vergütungen zugeordnet, welche die "Beträge für die jeweilige Regelversorgung" im Sinn des § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergeben. Diese beschreiben nicht (zwingend) die Kosten der konkreten, im jeweiligen Fall verwirklichten Versorgung, sondern die Aufwendungen für eine regelmäßig vom Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich gehaltene Zahnprothetik.

Die im Bereich des BVG gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG zuzahlungsfreie Sachleistung wird bei Zahnersatz in Höhe des doppelten Festzuschusses erbracht, da damit im Regelfall die notwendige medizinische Versorgung gewährleistet ist. Fallen darüber hinausgehende, nicht medizinisch begründete Mehrkosten an, stellen diese keine von § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG ausgeschlossene Kostenbeteiligung dar. Ob ein Versorgungsberechtigter eine kostenaufwändigere (Wahl-)Versorgung in Anspruch nimmt, steht einer Sachleistung in Höhe des doppelten Festzuschusses nicht entgegen, solange der Versorgungszweck erreicht wird (vgl. Vogl, a.a.O., § 11 BVG, Rdnr. 17).

Unter Beachtung dieser Vorgaben steht dem Kläger keine kostenfreie Sachleistung in dem Umfang zu, dass er einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für Zahnersatz gemäß Heil- und Kostenplan vom 22.11.2006 hätte. Vielmehr hat der Beklagte - wie zutreffend im angegriffenen Bescheid erfolgt - nur die Kostenübernahme in Höhe des doppelten Festzuschusses, also in Höhe von 233,50 EUR, wie sie im Heil- und Kostenplan aufgeführt sind, zu bewilligen. Irgendeinen Anhaltspunkt dafür, dass der beim Kläger vorliegende zahnbehandlungsbedürftige Zustand mit der Regelversorgung nicht adäquat behandelt werden könnte und deshalb Mehrkosten aufgrund einer medizinischen Indikation als medizinisch notwendig zu erstatten wären, gibt es nicht.

Eine Beiladung der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGG hatte nicht zu erfolgen, da dies die Bundesrepublik Deutschland selbst hätte beantragen müssen (vgl. Urteile des Senats vom 28.11.2012, Az.: L 15 VK 3/09 und L 15 VK 9/09). Mit der gesetzlichen Regelung soll lediglich der Bundesrepublik Deutschland, die die Kosten des sozialen Entschädigungsrechts trägt, die Möglichkeit gegeben werden, Einfluss auf den Prozess zu nehmen (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 11. Aufl. 2012, § 75, Rdnr. 9). Beantragt nur ein Beteiligter, nicht aber die Bundesrepublik Deutschland die Beiladung, muss eine Beiladung nicht erfolgen (vgl. Leitherer, a.a.O., § 75, Rdnr. 9a). Bei einem Antrag des Klägers oder des Beklagten steht es im Ermessen des Gerichts, die Bundesrepublik Deutschland gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGG (einfach) beizuladen (vgl. BSG, Urteil vom 22.04.1965, Az.: 10 RV 375/63). Für eine solche Beiladung hat der Senat keinen Bedarf gesehen. Ein Fall der notwendigen Beiladung im Sinne des § 75 Abs. 2 SGG war nicht gegeben.

Die Berufung hat daher unter keinem Gesichtspunkt Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2015-03-20