

L 5 KR 97/96

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Münster (NRW)

Aktenzeichen

S 9 Kr 23/94

Datum

04.10.1995

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 5 KR 97/96

Datum

29.09.1998

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 17/98 R

Datum

16.11.1999

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Rev. zurückgewiesen

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 04.10.1995 wird zurückgewiesen. Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der Kosten einer Badekur.

Die 1923 geborene frühere Beigeladene, die während des Verfahrens am 01.02.1998 verstorben ist, war als Rentnerin bei der Beklagten versichert. Sie hatte ihren im Oktober 1996 verstorbenen Ehemann gepflegt, der vom Land wegen des kriegsbedingten Verlustes des linken Auges, einer Blindheit rechts und einer kombinierten Schwerhörigkeit beidseits Beschädigtenversorgung nach einer MdE von 100 % und eine Pflegezulage der Stufe III erhalten hatte.

Mit Schreiben vom 01.09.1992 hatte die Beigeladene eine Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG beantragt. Ihr war zuletzt vom 17.12.1990 bis 30.01.1991 eine entsprechende Maßnahme bewilligt worden. In ihrem Kurgutachten bejahten die behandelnden Ärzte Dres. T die Notwendigkeit einer vorzeitigen Maßnahme wegen einer disseminierten Encephalomyelitis und eines Zustandes nach Sprunggelenkbruch rechts. Im Vergleich zur letzten Untersuchung hätten die neurologischen Beschwerden zugenommen. Dadurch und durch die Versorgung des blinden Ehemannes habe der gesundheitliche Zustand der Beigeladenen stark gelitten. Regierungsmedizinalrätin I bejahte in einer Stellungnahme vom 23.11.1992 die Notwendigkeit einer Badekur unter Verkürzung der Wartezeit. Die vorzeitige Badekur sei dringend erforderlich zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit und zur Pflege des kriegsblinden Ehemannes sowie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die Badekur wurde vom 19.12.1990 bis 30.01.1993 im Kursanatorium S, Bad Münster am Stein, durchgeführt.

Mit Schreiben vom 21.12.1992 hatte der Kläger die Beklagte unter Übersendung der medizinischen Unterlagen um Prüfung gebeten, ob die Voraussetzungen für den Aufwendungsersatz nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG vorlägen. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des MDK ein. Dr. M1 wies unter dem 05.02.1993 darauf hin, das neurologische Krankheitsbild sei nicht ausreichend objektiviert. Die letzten neurologischen Befunde stammten aus dem Jahre 1988. Ohne neue fachärztliche Befunde sei die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht nachvollziehbar, außerdem werde im Kurantrag des behandelnden Arztes die Notwendigkeit einer vorzeitigen Maßnahme nicht ausreichend begründet. Auch nach Vorliegen des Kurentlassungsberichtes blieb Dr. M1 in einer weiteren Stellungnahme vom 21.11.1993 bei ihrer Beurteilung. Mit Schreiben vom 26.11.1993 lehnte die Beklagte die Erstattung der vom Kläger auf 5.370,96 DM bezifferten Kosten unter Hinweis auf die Stellungnahme des MDK ab.

Zur Begründung der am 14.03.1994 erhobenen Klage hat der Kläger vorgetragen, aus den Befundberichten der behandelnden Ärzte und dem Entlassungsbericht des Kursanatoriums ergebe sich, daß eine Rehabilitationsmaßnahme aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich gewesen sei.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, schon aus Rechtsgründen sei ein Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG ausgeschlossen, da nach § 12 Abs. 1 in Verbindung mit § 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG auch medizinische Leistungen zur Rehabilitation Bestandteil der Krankenbehandlung seien. Dieser Leistung gegenüber sei die Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG subsidiär. Entscheide sich die Versorgungsbehörde trotz eines bestehenden Rehabilitationsbedarfes für die Gewährung einer Badekur, bewillige sie damit eine hinsichtlich der Zweckbestimmung andere Leistung als die, zu der die Krankenkasse gegebenenfalls verpflichtet wäre.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht von den behandelnden Ärzten Dres. T eingeholt und den Arzt für Chirurgie Dr. C gehört. Dieser hat in seinem Gutachten vom 27.02.1995 gemeint, eine vorzeitige Kurmaßnahme sei wegen des nachweislich verschlechterten Gesundheitszustandes der früheren Beigeladenen erforderlich gewesen, auch sei eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme einer ambulanten Maßnahme weit überlegen. Auf das Gutachten wird Bezug genommen.

Mit Urteil vom 04.10.1995 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, die Kosten der durchgeführten Badekur dem Grunde nach zu erstatten. Mit Beschluss vom 07.08.1996 hat es auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten die Berufung gegen das Urteil zugelassen.

Die Beklagte hält im Berufungsverfahren an ihrer Fassung fest, daß sich eine Badekur zur Erhaltung der Pflegefähigkeit von ihrem Zweck her von einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung unterscheide. Nachdem nunmehr der Anspruch auf Krankenbehandlung auch die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung einschließe, könne eine Badekur nicht mehr bewilligt werden, wenn der mit ihr verfolgte Zweck mit einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erreicht werde.

Die Beklagte beantragt,

unter Änderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und widerspricht der Auffassung der Beklagten, daß bei Bewilligung einer Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG ein Erstattungsanspruch nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG nicht in Betracht komme.

Der Senat hat ein internistisches Gutachten von Dr. M eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, daß jedenfalls aufgrund der kardiologischen Befunde eine vorzeitige stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich gewesen sei. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakten der Parteien verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Zwar hat das Sozialgericht die Berufung in seinem Urteil zunächst nicht zugelassen, die Rechtsmittelbelehrung der Urschrift des Urteils ist auch zutreffend. Die Ausfertigung des Urteils für die Beklagte enthielt aber die unzutreffende Rechtsmittelbelehrung, daß die Berufung statthaft sei. Somit konnte die Beklagte noch im April 1996 fristgemäß ([§ 66 Abs. 3 SGG](#)) Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung einlegen, der das Sozialgericht mit Beschluss vom 07.08.1996 abgeholfen hat.

Die Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Erstattung der Kosten der vom 19.12.1992 bis 30.01.1993 durchgeführten Badekur verurteilt, wobei es sich entsprechend dem Antrag des Klägers auf eine Verurteilung dem Grunde nach ([§ 130 SGG](#)) beschränkt hat. Über die Höhe der gegebenenfalls zu erstattenden Kosten besteht zwischen den Parteien auch Einigkeit.

Der Erstattungsanspruch des Klägers ergibt sich aus § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG. Nach dieser Vorschrift ist ein öffentlich-rechtlicher Leistungsträger, der eine Sach-, Geld- oder Zuschußleistung nicht erbringt, weil bereits der Träger der Kriegsopferversorgung (KOV) eine Sachleistung gewährt, erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewährt hätte. Nach dem Zweck des § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG sollen bei der Heilbehandlung und der Krankenbehandlung wegen Nichtschadigungsfolgen andere Rechtsträger, die im konkreten Fall nur zur Gewährung von Ermessensleistungen verpflichtet sind, ihre Leistungen nicht unter Hinweis auf den nach dem BVG bestehenden Rechtsanspruch oder auf das Fehlen eigener Aufwendungen des Berechtigten verweigern und sich damit auf Kosten des Bundes entlasten können (vgl. [BT-Drucks. 6/2649, S. 8](#)).

Die Auffassung der Beklagten, aus Rechtsgründen scheide ein Erstattungsanspruch aus, wenn einer Pflegeperson eine Badekur nach

§ 12 Abs. 3 BVG zur Erhaltung der Pflegefähigkeit gewährt werde, obwohl eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erforderlich gewesen sei, teilt der Senat nicht. § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG setzt nicht voraus, daß die von der Versorgungsverwaltung bewilligte Leistung den gleichen Zweck wie eine Leistung der Krankenkasse verfolgt. Die von § 12 Abs. 3 BVG bezweckte Erhaltung der Pflegefähigkeit kann zugleich der Erreichung der Ziele des § 23 Abs. 1 SGB V oder des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) dienen. Die Besonderheit der Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG besteht darin, daß sie nur erforderlich zu Erhaltung der Pflegefähigkeit sein muß, sie erfordert keine konkret feststellbare Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes (vgl. Fehl in Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Auflage, § 12 Randnr. 10). Dies schließt aber nicht aus, daß auch medizinische Gründe für eine Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahme ([§ 40 SGB V](#)) vorliegen können. Das Bundessozialgericht hat dementsprechend sowohl im Verhältnis zur Rentenversicherung (SozR 3100 § 18 c Nr. 9) wie zur Krankenversicherung (USK 8884) entschieden, daß sich Maßnahmen nach § 12 Abs. 3 BVG mit Maßnahmen der genannten Träger überschneiden können und im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen der jeweils von diesen Trägern zu gewährenden Leistungen (auch) vorgelegen haben.

Diese Rechtsprechung ist durch die Erweiterung des Heilbehandlungsanspruchs um die Leistung der stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG), die der Leistung nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) entspricht, nicht überholt. § 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG hat durch das GRG seine jetzige Fassung erhalten. Damit sollte lediglich die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung ausdrücklich in den Katalog des Satz 1 aufgenommen werden ([BT-Drucks 11/2237, S. 262](#)). Ebenso erfolgte die Neufassung des § 12 Abs 1 BVG nur zur Klarstellung, daß den Krankenbehandlungsberechtigten die gleichen Leistungen zur Rehabilitation zustehen wie den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten (a.a.O.). Für die Ansicht der Beklagten, die Badekur nach § 12 Abs. 3 BVG sei nunmehr

subsidiär gegenüber der stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung und der Kläger dürfe keine Badekur bewilligen, wenn tatsächlich eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) erforderlich sei, sondern müsse den Betroffenen in diesem Falle an die Krankenkasse verweisen, gibt das Gesetz nichts her. Im Gegenteil ist der gesetzlichen Systematik zu entnehmen, daß die Rehabilitationsmaßnahmen neben den Badekuren stehen. Mit der Einfügung der stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung in den Leistungskatalog des § 11 Abs. 1 BVG ist zugleich in dessen Abs. 2 die jetzige Regelung des Satz 2 eingefügt worden, die die Ausschlussklausel des § 10 Abs. 7 Buchst. d BVG insoweit einschränkt. Diese Einschränkung gilt auch im Rahmen des § 12 Abs. 3 BVG entsprechend durch die Verweisung in Satz 4. Für Badekuren gilt also der in § 10 Abs. 7 Buchst. d BVG angeordnete Ausschluss von Ansprüchen gegen die Versorgungsverwaltung bei Bestehen eines Leistungsanspruchs gegen einen Krankenversicherungsträger nicht. Badekuren können vielmehr unabhängig davon beansprucht werden, ob auch die Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Dieser Regelung hätte es nicht bedurft, wenn sich tatsächlich die Leistungen gegenseitig ausschließen würden. Käme eine Badekur nur dann in Betracht, wenn die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vorliegen, würde der Ausschluss nach § 10 Abs. 7 Satz 1 Buchst. d BVG ohnehin nicht eingreifen, so daß es der Ausnahme vom Ausschluss nicht bedurft hätte. Das Gesetz geht ersichtlich davon aus, daß sich die Leistungen überschneiden können und räumt der Versorgungsverwaltung die Möglichkeit ein, unabhängig von einem möglichen Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse eine Badekur zu bewilligen.

Dies war auch der Wille des Gesetzgebers. Die Einfügung des § 11 Abs 2 Satz 2 BVG ist ausdrücklich damit begründet worden, die Möglichkeit einer stationären Behandlung in einer Kureinrichtung solle allen Beschädigten im bisherigen Umfang erhalten bleiben (a.a.O.). Die Verweisung auf § 11 Abs. 2 Satz 2 BVG in § 12 Abs. 2 BVG ist erst durch Artikel 1 Nr. 5 KOV-Strukturgesetz 1990 vom 29.03.1990 ([BGBl. I, 582](#)) eingefügt worden. Auch in dieser Gesetzesbegründung heißt es, der Pflegeperson, die einen eigenen Anspruch gegen die Krankenkassen habe, solle die Möglichkeit gegeben werden, unabhängig davon eine Kurleistung der Versorgungsverwaltung in Anspruch zu nehmen. Die Erstattungspflicht der Krankenkassen nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG bleibe davon unberührt ([BT-Drucks. 11/5831, S. 11](#)).

Demgegenüber ist das Argument der Beklagten, wegen der unterschiedlichen Zuständigkeit wegen Leistungsgewährung komme es auf eine exakte Abgrenzung der Leistungen an, weil Badekuren von der Versorgungsverwaltung (§ 18 c Abs. 1 Satz 2 BVG), Rehabilitationsmaßnahmen dagegen von den Krankenkassen (§ 18 c Abs. 1 Satz 3 BVG) erbracht würden, nicht überzeugend. Die Zuständigkeitsregelung ist unbehelflich, zumal die Krankenkassen nur im gesetzlichen Auftrag handeln ([§ 93 SGB X](#)) und die Versorgungsverwaltung nach § 18 c Abs. 3 BVG die Leistungen auch anstelle der Krankenkassen gewähren kann. Wie oben dargelegt, stehen die Badekuren neben den übrigen Leistungen, die Versorgungsverwaltung soll solche Kuren erbringen, ohne prüfen zu müssen, ob unter Umständen (auch) die Voraussetzungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme vorliegen. Darüber hinaus geht § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG ersichtlich davon aus, daß unabhängig von dieser Zuständigkeitsregelung ein "Doppelanspruch" des Berechtigten gegeben sein kann und wegen einer von der Versorgungsverwaltung gewährten Leistung die Krankenkasse eigene Leistungen nicht mehr zu erbringen hat. In diesem Fall soll - mit Ausnahme der in § 18 c Abs. 5 Satz 3 BVG genannten Fälle - die Krankenkasse der Versorgungsverwaltung die "ersparten Aufwendungen" ersetzen. Somit können auch bei der Gewährung von Badekuren Erstattungsansprüche nach § 18 c Abs. 5 Satz 2 BVG bestehen (vgl. auch Fehrl, a.a.O., § 12 Randr. 14; Rohr/Strässer, BVG, § 12 Anm. 4).

Die frühere Beigeladene hätte statt der Badekur eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)) von der Beklagten beanspruchen können, eine solche Leistung war zum damaligen Zeitpunkt auch vor Ablauf der Dreijahresfrist des [§ 40 Abs. 3 SGB V](#) (in der damals geltenden Fassung) aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Dies haben die Sachverständigen Dr. C und Dr. M übereinstimmend bekundet und wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Der Senat hat daher keinen Anlaß, die Beurteilung der Sachverständigen in Frage zu stellen. Dr. M1 vom MDK hat seinerzeit lediglich die ihr zugänglichen Befunde für unzureichend gehalten, um die Notwendigkeit einer vorzeitigen Maßnahme bejahen zu können.

Unerheblich ist, daß die Maßnahme nicht vor Beginn bei der Beklagten beantragt worden ist und diese nicht in Ausübung ihres in [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) eingeräumten Ermessens über die Bewilligung entscheiden konnte. Der Erstattungsanspruch besteht unabhängig von einem Antrag des Versicherten (BSG SozR 3100 § 18 c Nr. 6, 19; BSG USK 8884). Die Beklagte kann dem Erstattungsanspruch auch nicht entgegen halten, sie hätte ihr Ermessen eingehend ausgeübt, daß keine Maßnahme bewilligt worden wäre. Dabei kann dahinstehen, inwieweit überhaupt gegenüber einem Erstattungsanspruch Ermessenserwägungen vorgebracht werden können. Das in [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) eingeräumte Ermessen ist von seinem Zweck her gebunden. Liegen die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen vor, besteht hinsichtlich des "Ob" praktisch kein Raum mehr, die Leistung zu verweigern (vgl. Schmidt, in Peters, Handbuch der Krankenversicherung-SGB V, § 40 Randnr. 87 f unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Hinsichtlich des "Wie" der Maßnahme kann die Beklagte nicht einwenden, sie hätte die Kur in diesem Ort oder in dieser Klinik nicht bewilligt (vgl. BSG, a.a.O.). Da die frühere Beigeladene Mitglied der Beklagten war, ist der Erstattungsanspruch auch nicht nach § 18 c Abs. 5 Satz 3 BVG ausgeschlossen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung beigemessen und daher die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
NRW
Saved
2018-02-19