

## S 5 VG 1356/99

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Darmstadt (HES)

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

5

1. Instanz

SG Darmstadt (HES)

Aktenzeichen

S 5 VG 1356/99

Datum

22.03.2000

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten einerseits um die Erstattung privat verordneter Medikamente in Höhe von DM 464,- andererseits um die Feststellung einer Verpflichtung des Beklagten, dem Kläger alle zukünftig, im Zusammenhang mit der Verletzung aus einer an ihm begangenen Gewalttat entstehenden Behandlungskosten einschließlich der Kosten für Medikamente auch durch privat liquidierende Ärzte zu erstatten, zumindest aber über die Verpflichtung der Beklagten zur Erstattung des Anteiles an den Kosten, den die gesetzliche Krankenkasse in diesem Umfange zu erstatten hätte.

Der jetzt 58-jährige Kläger erlitt am 17. Juli 1994 einen tätlichen Angriff auf seine Person, als ein anderer bewusst mit gestrecktem Bein auf das Knie/den Unterschenkel des Klägers trat und dabei nicht nur eine Verletzung des Innenmeniskus sondern auch einen Riss beider Kreuzbänder des rechten Knies verursachte. Der Täter selbst ist deswegen strafrechtlich belangt worden (Urteil des Amtsgerichts Groß-Gerau vom 8. September 1995 - 10 Js 33374/93 - 3 Ls).

Mit Bescheid vom 27. August 1998 hat der Beklagte auch als Folge dieses tätlichen Angriffs folgende Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolgen anerkannt:

1. Kniegelenksbinnenschaden rechts nach Teilabriss und Refixation des Innenmeniskus, fest verheilte vorderer Kreuzbandriss nach Kreuzbandplastik, operativ-versorgter Abriss des Innenbandes am Schienbeinkopf.
2. Knorpelschaden am femoralen Gleitlager des rechten Kniegelenkes,

jedoch die Gewährung einer Versorgungsrente mit der Begründung abgelehnt, dass der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) unter 25 v. H. betrage. In dem Bescheid wurde im übrigen festgestellt, dass ab 17. Juli 1994 für diese Gesundheitsstörung auch Anspruch auf Heilbehandlung nach dem OEG/BVG bestehe und dabei auf ein beigegefügtes Formularblatt Bezug genommen.

Auf Antrag des Klägers vom 6. Oktober 1998 wurden dem Kläger Leistungen für Medikamente, Arztrechnung für Krankenhausbehandlungen und des Orthopäden Dr. B., die im Zusammenhang mit der erlittenen Gewalttat standen, ersetzt, wobei dies damit begründet wurde, dass die ärztlichen Leistungen vor der Anerkennung in Anspruch genommen worden seien (Bescheid vom 26. Oktober 1998). In einem, nach der Rechtsbehelfsbelehrung aber vor der Unterschrift eingefügten Zusatz in diesem Bescheid heißt es:

Sollten weitere Behandlungsmaßnahmen für die anerkannten Gesundheitsstörungen erforderlich werden, sind sie - um finanzielle Nachteile zu vermeiden - verpflichtet, vor Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen bei der für sie zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse - unter Vorlage des Bescheides vom 27. August 1998 - einen roten Behandlungsschein zu beantragen und diesen vor Beginn einer ärztlichen Behandlung ihrem behandelnden Arzt vorzulegen, damit dieser mit der AOK Hessen abrechnen kann.

Im übrigen wurde auf das mit-übersandte Merkblatt hingewiesen.

Unter dem Datum des 23. Januar 1999 stellte der Kläger dann weiteren Erstattungsantrag, mit dem er die Erstattung folgender Kosten begehrte:

1. Liquidation der Orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt am Main vom 25. November 1998 (betreffend Leistungen in dem Zeitraum vom 8. Januar bis 12. Mai 1998 in Höhe von DM 486,41.
2. Verordnetes Medikament "Hyalat N 2", das seitens der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim verordnet worden war und das sich der Kläger am 5. November 1998 in der Apotheke besorgt hatte, in Höhe von DM 464,00.

Mit Bescheid vom 17. Februar 1999 übernahm der Beklagte zwar die Kostenrechnung über die ärztlichen Leistungen der Universitätsklinik in Höhe von DM 486,41 und wies den Kläger mit Schreiben vom 18. Februar 1999 nochmals ausdrücklich auf die Art und Weise der Kostenerstattung nach dem OEG/BVG hin. Schließlich lehnte der Beklagte aber die Erstattung des Medikamentes mit Bescheid vom 14. April 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 1999 mit der Begründung ab, dass eine nachträgliche Kostenübernahme nicht in Betracht komme. Es lägen nämlich keine unvermeidbaren Umstände vor, die die Inanspruchnahme der Krankenkasse oder der Verwaltungsbehörde als Sachleistungserbringer unmöglich gemacht hätten.

Mit der hiergegen am 17. August 1999 beim Sozialgericht eingereichten Klage macht der Kläger im wesentlichen geltend, dass es für ihn eine unzulässige Überraschungsentscheidung der Beklagten gewesen sei, die ihn auf die Notwendigkeit eines, bei der AOK zu beantragenden Behandlungsscheines hingewiesen hatte. Aufgrund der Gestaltung des Bescheides vom 26. Oktober 1998 habe er nicht zur Kenntnis nehmen können, dass nach der Rechtsmittelbelehrung auf einer gesonderten Seite noch ein "Zusatz" folgte, der die Notwendigkeit der Einschaltung der AOK darlegte. Auch das mit dem Anerkennungsbescheid versandte "Merkblatt" sei nicht eindeutig, weil darin nur von einer "Kasse" die Rede gewesen sei, mit der er lediglich seine eigene Krankenversicherung in Verbindung gebracht hätte.

Im übrigen wende das beklagte Land das OEG falsch an, weil die Gesetze nicht ihrem Buchstaben nach sondern ihrem Sinn gemäß auszulegen und anzuwenden seien. Ziel des Gesetzes sei es nämlich, Opfern von Gewalttaten für Gesundheitsstörungen aufgrund krimineller Handlungen, die anderweitig keinen Gesundheits- oder Rentenversorgungsschutz hätten, besser zu stellen, indem ihnen eigene Versorgungsansprüche zugesprochen werden; aber niemand sollte dadurch schlechter gestellt werden. Genau dies sei in seinem Fall jedoch durch die Anwendung der Vorschriften des BVG der Fall, weil er als Privat-Versicherter den Arzt seines Vertrauens aufsuchen konnte, ohne dass es darauf ankomme, ob dieser eine Zulassung zum Kassenarztrecht besitzt. Auch Medikamente, die wegen der "Deckelung" bzw. "Budgetierung" von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr bezahlt würden, habe seine Krankenversicherung bisher problemlos erstattet. Zumal er im Falle eines Krankenhausaufenthaltes auch die freie Wahl des Arztes; insbesondere auch des Chefarztes oder des Oberarztes und die Wahl eines Ein- oder Zweibett-Zimmers hatte. Als Opfer einer Gewalttat würde er bei Anwendung des BVG jedoch dahingehend schlechter gestellt werden, dass er sich lediglich von solchen Ärzten behandeln lassen könne, die der kassenärztlichen Versorgung unterlägen und auch lediglich solche Medikamente verordnet bekommen könnte, die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung auch erstattet würden. Diese Schlechterstellung widerspräche dem Geist des OEG. Zumindest müsse der Beklagte ihm diejenigen Kosten der anderweitig besorgten Leistungen erstatten, die im Falle der Beanspruchung der gesetzlichen Krankenversicherung von dieser erstattet würden. Zumal sich seine private Krankenversicherung ihm gegenüber dahingehend verpflichtet habe, die darüber hinausgehenden Restkosten gemäß ihren tariflichen Leistung an ihn zu erbringen.

Der Kläger beantragt,

1. den Bescheid des Beklagten vom 14. April 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 1999 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, das von der Universitätsklinik Frankfurt am Main am 5. November 1998 verordnete Medikament Hyalat N 2 gemäß seinem Antrag vom 23. Januar 1999 zu erstatten

2. festzustellen, dass das beklagte Land verpflichtet ist, ihm die Kosten für jeden von ihm in Anspruch genommenen approbierten Arzt zu ersetzen, auch wenn dieser keine Zulassung bei der AOK besitzt und zwar in dem Umfang, in dem er vor Anerkennung als Opfer nach dem Opferentschädigungsgesetz Leistungen seiner privaten Krankenversicherung erhalten hat, einschließlich verordneter Medikamente,

3. hilfsweise festzustellen, dass das beklagte Land verpflichtet ist, ihm die Kosten für von approbierten Ärzten oder öffentlich anerkannten Krankenhäusern in Anspruch genommene Leistungen, soweit sie nach dem Opferentschädigungsgesetz entstanden sind, in der Höhe zu erstatten, in der sie auch die AOK nach dem Bundesbehandlungsschein erstatten müsste.

Der Beklagte beantragt,  
die Klagen abzuweisen.

Sie verweist, unter Bezugnahme auf ein, am 8. Februar 2000 an den Kläger gerichteten Schreibens darauf, dass die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmittel von der Krankenkasse für die Versorgungsverwaltung erbracht werde, wobei der Berechtigte der Krankenordnung unterworfen sei. Lediglich in den abschließend genannten Ausnahmefällen des § 18 c Abs. 3 BVG, die auch nach dem OEG anwendbar seien, könne die Verwaltungsbehörde selbst die Leistungen erbringen; was allerdings voraussetze, dass es sich um Leistungen handelt, zu deren Erbringung die Krankenkasse nach den Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigt und verpflichtet wäre. Lediglich in Einzelfällen könnte in Abweichung von § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG seitens der Verwaltungsbehörde mehr als die Krankenkasse gewährt werden, wobei dies jedoch niemals über das hinausgehen könne, was nach den Vorschriften des BVG/OEG vorgesehen sei. Demzufolge sei auch danach die Versorgungsverwaltung nur zur Leistungen derart berechtigt und verpflichtet, zu deren Erbringung die Krankenkasse verpflichtet wäre. Die Erstattung der geltend gemachten Kosten für Medikamente oder die durch die Feststellungsanträge gewünschte Liquidation von Rechnungen für privatärztliche Leistungen sei aber der Krankenkasse wegen des zwingend vorgeschriebenen Sachleistungsprinzips verwehrt, so dass auch die Versorgungsverwaltung dem nicht nachkommen könne.

Bezüglich des weiteren Sachvortrags der Beteiligten und den Einzelheiten in den erwähnten Unterlagen wird auf die beigezogene Beschädigtenakte des Hessischen Amtes für Versorgung und Soziales in Darmstadt und die Gerichtsakte, die beide Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 22. März 2000 waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klagen sind zulässig, jedoch unbegründet.

Soweit es den Klageantrag zu 1. betrifft, handelt es sich um eine zulässige, kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil der Beklagte über die beantragte Leistung (Erstattung der Kosten eines privatärztlich verordneten Medikamentes in Höhe von 464,- DM) mittels ablehnenden Verwaltungsaktes entschieden hat. Die Klage ist jedoch unbegründet, weil der Bescheid vom 18. April 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 1999 nicht zu beanstanden ist. Darin hat der Beklagte zutreffend festgestellt, dass die (nachträgliche) Kostenerstattung für das von der Universitätsklinik Frankfurt am Main verordnete und am 5. November 1998 eingelöste Medikament nicht zu erstatten ist.

Gemäß [§ 1 Abs. 1 OEG](#) erhält derjenige, der im Geltungsbereich des OEG infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine Person eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG). Zur Gewährung der Versorgung ist dabei das Land verpflichtet, in dem die Schädigung eingetreten ist, wobei die Versorgung nach diesem Gesetz den für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden (in Hessen: Ämter und Landesamt für Versorgung und Soziales) obliegt. Gemäß dem danach anwendbaren § 9 BVG umfasst die Versorgung unter anderem auch Heilbehandlungen wie Krankenbehandlungen, soweit sie Gesundheitsstörungen betrifft, die als Folge einer Gewalttat anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht sind (§ 10 Abs. 1 Satz 1 BVG in Verbindung mit [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#)). Die Heilbehandlung selbst umfasst neben der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung unter anderem auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln, wie die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Ziffern 1, 2 und 5 BVG). Dabei wird in § 11 Abs. 1 Satz 2 bestimmt, dass die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse ihren Mitgliedern verpflichtet ist, für die Leistungen der Heilbehandlung entsprechend gelten, soweit nicht durch das BVG etwas anderes bestimmt ist.

Die Leistungen insbesondere auch für Heilbehandlungen werden dabei von der Versorgungsbehörde durchgeführt, wobei - bis auf hier nicht einschlägige Leistungen gemäß § 18 c Abs. 1 Satz 2 BVG - diese Leistungen von den Krankenkassen für die Verwaltungsbehörde erbracht werden und die Berechtigten und Leistungsempfänger insoweit der Krankenordnung unterworfen sind (§ 18 c Abs. 1 Satz 3 und 4 BVG). Sind damit die Krankenkassen zur Erbringung der Leistung verpflichtet, so obliegt diese Verpflichtung bei Berechtigten, die keinen Anspruch gegen eine (gesetzliche) Krankenkasse haben, im Falle der Heilbehandlung der Allgemeinen Ortskrankenkasse -kurz: AOK- des Wohnortes des Betroffenen (§ 18 c Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Beklagte den Kläger zutreffend im "Zusatz" zum Bescheid vom 26. Oktober 1998 darauf verwiesen, dass im Falle (weiterer) Behandlungsmaßnahmen für die anerkannten Gesundheitsstörungen vor Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen bei der für den Kläger zuständigen AOK ein roter Behandlungsschein zu beantragen und diesen vor Beginn der ärztlichen Behandlung dem behandelnden Arzt vorzulegen.

Da dies hinsichtlich des im Klageantrag zu 1. strittigen Medikamentes nicht erfolgte und weil gemäß § 18 Abs. 1 Satz 1 BVG, der gemäß [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) auch im Falle des Klägers anwendbar ist, Heilbehandlung als Sachleistungen erbracht werden, könnte der Kläger, wie er dies am 23. Januar 1999 begehrt hatte, die Kosten lediglich gemäß § 18 Abs. 4 BVG erstattet verlangen. Diese Voraussetzungen liegen jedoch für das hier geltend gemachte Medikament, dass sich der Kläger am 5. November 1998 selbst besorgt hat, nicht.

Soweit sich nämlich ein Berechtigter eine Heil- oder Krankenbehandlung nach der Anerkennung als Schädigungsfolgen nach dem OEG selbst durchgeführt hat, sind die Kosten in angemessenem Umfang nur dann zu erstatten, wenn unvermeidbare Umstände die Inanspruchnahme der Krankenkasse (gemäß § 18 c Abs. 2 Satz 1 BVG) oder der Verwaltungsbehörde (§ 18 c Abs. 1 Satz 2 BVG) unmöglich machten.

Bei Anwendung dieser Vorschrift lassen sich im Falle des hier strittigen Medikamentes keine unvermeidbaren Umstände erkennen, die die vorherige Inanspruchnahme der Krankenkasse oder der Verwaltungsbehörde unmöglich gemacht hätten. Denn im Gegensatz zu dem Antrag vom 6. Oktober 1998, mit dem Leistungen für Medikamente und Arztrechnungen geltend gemacht wurden, die vor der Anerkennung als Schädigungsfolge nach dem OEG entstanden waren, wurde das hier strittige Rezept erst zu einem Zeitpunkt eingelöst, in dem durch Bescheid vom 27. August 1998 die Anerkennung der Gesundheitsstörung als Folge der Gewalttat ihrer Art und Umfang nach (bindend) festgestellt worden war. Auch der Kläger selbst hat keine Umstände vorgetragen, die ihn daran gehindert hätten, vor Bezug des Medikamentes die zuständige Ortskrankenkasse oder die Versorgungsverwaltung selbst in Anspruch zu nehmen.

Der Kläger kann mit seiner Klagebegründung nicht dahingehend gehört werden, dass er bei Einlösung des Rezeptes am 5. November 1998 sich über die Notwendigkeit der vorherigen Besorgung eines Bundesbehandlungsscheines nicht bewusst gewesen war, weil dies vorliegend nicht die Annahme von unvermeidbaren Umständen rechtfertigt. Denn zum einen wurde der Kläger spätestens mit Bescheid vom 26. Oktober 1998 über die Besonderheiten der Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt sind, informiert. Dies ergibt sich nicht nur aus den umfangreichen Darlegungen zur Kostenerstattung in dem Bewilligungsbescheid, sondern insbesondere auch durch den auf Seite 3 dieses Bescheides ausgeführten "Zusatz" der eindeutige Regelungen zur zukünftigen Vorgehensweise im Rahmen weiterer Behandlungsmaßnahmen für die anerkannten Gesundheitsstörungen darlegt.

Soweit der Kläger diesbezüglich geltend macht, dass dieser Zusatz, der nach der Rechtsmittelbelehrung des Bescheides auf einem gesonderten Blatt erfolgte, eine "unzulässige Überraschungsentscheidung" darstellt, kann dem die Kammer nicht folgen. Zurecht hat der Beklagte diesen "Zusatz" nicht als Gegenstand des Bescheides vom 26. Oktober 1998 genommen, da in dem Bescheid sämtliche vom Kläger mit Antrag vom 6. Oktober 1998 beantragten Kosten medizinischer Leistungen in voller Höhe erstattet wurden, so dass gar keine ablehnende Entscheidung vorlag. Im übrigen wird durch die erst nach dem Zusatz erfolgte Unterschrift hinreichend deutlich, dass gerade auch dieser Zusatz Inhalt des Bescheides geworden ist. Im übrigen wurde der Kläger in dem, dem Bescheid vom 26. Oktober 1998 beigelegten "Merkblatt" hinreichend genau darüber informiert, in welcher Art und Weise Heilbehandlung nach dem OEG/BVG erfolgt. Der Hinweis des Klägers, dass er unter dem Begriff "Krankenkasse" seine private Krankenversicherung, die im übrigen lediglich einen Teil seiner gesamten ärztlichen Kosten abdeckt, verstanden hat, ist aufgrund des im Bescheid enthaltenen Zusatzes nicht überzeugend.

Da keine für den Kläger unvermeidbaren Umstände vorlagen, die die vorherige Inanspruchnahme der Krankenkasse oder der Verwaltungsbehörde unmöglich gemacht hätten, hat die Beklagte zutreffend gemäß § 18 Abs. 4 Satz 1 BVG in Verbindung mit [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) im Bescheid vom 14. April 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 1999 die Erstattung des von den Universitätskliniken Frankfurt am Main verordneten Medikaments "Hyalat N 2" in Höhe von 464,- DM abgelehnt. Angesichts dessen kommt es nicht mehr darauf an, ob dieses Medikament tatsächlich wegen der Folgen des tätlichen Angriffes vom 17. Juli 1994 verordnet worden ist und ob dieses Medikament im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung überhaupt verordnet werden kann (ablehnend offenbar die AOK - die Gesundheitskasse in Hessen, im Schreiben vom 7. Oktober 1999).

Der Bescheid des Beklagten vom 14. April 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juli 1999 entspricht daher der Sach- und Rechtslage, so dass die hiergegen erhobene Klage keinen Erfolg haben konnte.

Auch der Klageantrag zu 2., mit dem der Kläger den Beklagten verpflichten will, ihm die Kosten für jeden im Rahmen der anerkannten Schädigungsfolgen in Anspruch genommenen - auch privatärztlich liquidierenden - Arzt zu ersetzen, ist zulässig. Insoweit handelt es sich um eine Feststellungsklage gemäß [§ 55 Abs. 1 SGG](#), da der Kläger die Feststellung eines Rechtsverhältnisses dahingehend begehrt, dass die Beklagte zukünftig zur Leistungsgewährung in bestimmtem Umfange verpflichtet ist. Denn eine Feststellungsklage ist trotz deren Subsidiarität dann zulässig, wenn konkrete Rechte in Anspruch genommen oder bestritten werden, wenn also die Anwendung einer öffentlich-rechtlichen Norm auf einen konkreten Sachverhalt strittig ist. Dabei muss die Klage nicht auf das Rechtsverhältnis im umfassenden Sinne zielen, sondern es reicht aus, dass auf die Feststellung einzelner Rechte und Pflichten geklagt wird, die auf dem Rechtsverhältnis basieren und vom Inhalt dieses Rechtsverhältnisses abhängen (Meyer-Ladewig: SGG, Sozialgerichtsgesetz mit Erläuterungen, 6. Auflage, 1998 zu § 55 Rdz. 4 und 6). Auch wenn ein Kläger grundsätzlich den Erlass des -evtl. ablehnenden- Verwaltungsaktes abwarten muss, sind auch vorbeugende Feststellungsklagen (ausnahmsweise) zulässig, wenn der Kläger zumutbarerweise nicht auf nachträglichen Rechtsschutz verwiesen werden kann oder wenn Rechtsnachteile drohen, die durch spätere Anfechtungs- oder Unterlassungsklagen nicht ausgeräumt werden können (Meyer-Ladewig, a.a.O., Rdz. 8 a). Als subsidiäres Rechtsinstitut ist die Feststellungsklage jedoch nur dann zulässig, wenn der Kläger ein eigenes berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Vorliegend ist ein besonderes Feststellungsinteresse schon deshalb gegeben, weil der Beklagte mit Schreiben vom 8. Februar 2000 dem Kläger auch für zukünftige Fälle mitgeteilt hat, dass er weder Kostenerstattung für privat verordnete Medikamente verlangen kann noch die Kosten für privatärztliche Behandlungen erstatten werden. Damit ist selbst unter der einschränkenden Auffassung des Bundessozialgerichts, nach der vor Erhebung der Feststellungsklage grundsätzlich ein Verwaltungsverfahren stattgefunden haben muss ([BSGE 57, 184](#), 58, 134 und [58, 150](#)), ein besonderes Feststellungsinteresse des Klägers zu bejahen. Er kann nicht darauf verwiesen werden, im Falle der tatsächlichen privatärztlichen Verordnung eines Medikaments bzw. der Inanspruchnahme eines, die Kassenzulassung nicht besitzenden Arztes erst den, die Kostenerstattung ablehnenden Bescheid in jedem Einzelfall abzuwarten. Damit würde er im übrigen weitere Rechtsnachteile erleiden, da er dann wegen der tatsächlichen Inanspruchnahme des Arztes bzw. des Medikaments mit den Kosten belastet wäre.

Die Feststellungsklage zu Ziffer 2. ist jedoch unbegründet. Denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für jeden, von ihm in Anspruch genommenen approbierten Arztes, selbst wenn dieser keine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung besitzt und zwar auch nicht in dem Umfange, in dem ihm vor der Anerkennung als Opfer einer Gewalttat Leistungen von seiner privaten Krankenversicherung gewährt wurden. Dieser Antrag verkennt nämlich den, sowohl im OEG wie auch im sonstigen "Sozialen Entschädigungsrecht" geltenden Grundsatz des "Sachleistungsprinzips".

Durch die Anwendung des § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG (in Verbindung mit [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#)) der für den Umfang der Heilbehandlung die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkassen ihren Mitgliedern verpflichtet ist, für entsprechend anwendbar erklärt, ergibt sich zwingend, dass an der vertragsärztlichen Versorgung lediglich zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen, wobei die Zulassung für den Ort der Niederlassung als Arzt erfolgt ([§ 95 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -). Dies ist Folge des Sachleistungsprinzips, wonach die Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen erhalten, soweit - was hier nicht ersichtlich ist - das Gesetz nicht etwas abweichendes vorsieht. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen dazu die Krankenkassen nach den Vorschriften des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern ab, wobei die Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden ([§ 2 Abs. 2](#) und 4 SGB V). Da die Krankenkassen selbst ihre Sachleistung in Form durch zugelassene Ärzte erbringen, können die Versicherten unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen sowie den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen frei wählen ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Andere Ärzte dürfen dagegen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), wovon im Falle des Feststellungsantrages des Klägers nicht ausgegangen werden kann. Damit sind nur solche Ärzte/Zahnärzte zur Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 BVG in Verbindung mit [§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#) berechtigt, die zugelassen oder zumindest ermächtigt sind (vgl. Rohr/Strässer: Bundesversorgungsrecht mit Verfahrensrecht, Handkommentar, zu § 11 - K 5).

Dies gilt gleichermaßen für die verordneten Medikamente, die ebenfalls den gesetzlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterworfen sind (vgl. Rohr/Strässer: a.a.O. zu § 11 BVG - K 9). Damit haben Versicherte wie aber auch Geschädigte nach dem OEG Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht ausgeschlossen sind ([§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 bestimmte Arzneimittel, etwa diejenigen zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten oder bei Abführmitteln, von der Verordnung ausgeschlossen. Darüber hinaus kann gemäß [§ 34 Abs. 2](#) und 3 SGB V der Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates weitere Arzneimittel ausschließen, die entweder ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise lediglich bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden oder die unwirtschaftlich sind bzw. solche Heil- und Hilfsmittel, die lediglich geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen bringen. Von dieser Ermächtigung hat der Bundesminister für Gesundheit in der, zum 1. Januar 1991 in Kraft getretenen Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 Gebrauch gemacht.

Unter Berücksichtigung dieser gesetzlichen Vorschriften steht dem Kläger daher lediglich Heilbehandlung nach den Vorschriften über die

gesetzliche Krankenversicherung zu, so dass das beklagte Land weder verpflichtet ist, ihm die Kosten für jeden von ihm in Anspruch genommenen approbierten Arzt zu ersetzen, selbst wenn dieser keine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung besitzt. Auch die privatärztlich verordneten Medikamente können deshalb nicht seitens des Beklagten übernommen werden, weil auch insoweit das Sachleistungsprinzip mit den Einschränkungen des [§ 12 Abs. 1](#) und der [§§ 31 bis 34 SGB V](#) zu beachten sind.

Schließlich ist die Klage auch nicht im Sinne des unter Ziffer 3. gestellten Hilfsantrages zu begründen. Zwar ist auch dieser als vorbeugende Anfechtungsklage im Sinne des [§ 55 SGG](#) zulässig, jedoch ebenfalls unbegründet. Denn das BVG und damit auch das OEG ([§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#)) sehen grundsätzlich die Umwandlung eines Sachleistungsanspruchs in einen Ersatzanspruch auf eine volle oder teilweise Barleistung nicht vor (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Schreiben vom 16. Mai 1980 - VI a 5-52291). Dabei begründet auch § 18 Abs. 2 keinen Anspruch auf Ersatz des von der Krankenkasse geforderten Eigenanteils, da grundsätzlich keine Kosten übernommen werden können, die über die Kosten der Sachleistung, zu der die Versorgungsverwaltung verpflichtet ist, hinausgehen (Rohr/Stresser: a.a.O. zu § 10 BVG - K 54). Demzufolge ist die Umwandlung des Anspruchs auf Sachleistungen in einen Anspruch auf Kostenersatz nur in den, im Gesetz selbst geregelten Fällen zulässig (Rohr/Stresser: a.a.O. zu § 11 BVG - K 4). Damit scheidet aber der generell für alle zukünftigen Fälle begehrte Kostenersatz gemäß dem Hilfsantrag des Klägers aus, weil damit die gesetzlichen Ausnahmefälle des § 18 Abs. 1, Ab. 2 und Abs. 4 bis 7 BVG unbeachtlich blieben.

Entgegen der Auffassung des Klägers verstößt die Anwendung dieser zwingenden gesetzlichen Vorschriften auch weder gegen höherrangiges Recht noch gegen die Zielsetzung des OEG. Ein Verfassungsverstoß lässt sich schon deshalb nicht begründen, weil dem Gesetzgeber im Bereich der Gewährung sozialer Leistungen, bei dem es sich um die Opferentschädigung nach dem OEG zweifellos handelt, ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt ist, der lediglich im Falle von Willkür seine Grenze findet. Im übrigen ordnet sich das OEG in die Systematik des "sozialen Entschädigungsrechts" vollständig ein, weil auch in anderen Fällen der Übernahme staatlicher Verantwortung für bestimmte gesundheitliche Schädigungen regelmäßig der Verweis auf die Regelungen des BVG erfolgt, mit dem dadurch verankerten Sachleistungsprinzip (vgl. Häftlingshilfegesetz, Bundesseuchengesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz).

Zwar ist dem Kläger zuzugeben, dass er für die aufgrund der Schädigungsfolgen notwendigen Heilbehandlung in seiner Arztwahl auf diejenigen Ärzte beschränkt wird, die die kassenärztliche Zulassung besitzen, so dass er wegen dieser Gesundheitsstörungen selbst seinen, über 20 Jahre behandelnden Orthopäden, der lediglich privatärztlich liquidiert, nicht mehr aufsuchen kann. Diese Beschränkung rechtfertigt sich aber aus dem Grundgedanken, dass der Gesetzgeber eine eigene Leistungspflicht, und zwar neben der des Schädigers, begründet hat, zu deren Beschränkung er durchaus berechtigt ist. Im übrigen wäre es mit dem Gleichheitsprinzip des [Artikel 3 Grundgesetzes \(GG\)](#) nicht vereinbar, wenn ein, der privatärztlichen Krankenbehandlung unterliegender Beschädigter auch für die Schädigungsfolgen privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen könnte, während ein in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Beschädigter lediglich die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des OEG erhalten könnte.

Dementsprechend müssen auch die Feststellungsklagen als unbegründet zurückgewiesen werden, so dass die Klagen insgesamt keinen Erfolg haben konnten.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-04-24