

**B 9 V 3/10 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
9

1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 31 V 11/08

Datum  
25.02.2009

2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 4 V 1/09

Datum  
06.10.2009

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 9 V 3/10 R

Datum  
06.10.2011

Kategorie  
Urteil

Leitsätze

Die Verwaltungsbehörde ist gegenüber einem Beschädigten, der nicht Mitglied einer Krankenkasse oder Familienangehöriger eines Krankenkassenmitglieds ist, grundsätzlich verpflichtet, eine von diesem ausgewählte und selbst dazu bereite Krankenkasse zur Leistungserbringung nach § 18c Abs 1 S 3 BVG zuzulassen.

Auf die Revision des Klägers werden das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 6. Oktober 2009, der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Februar 2009 und der Bescheid der Beklagten vom 20. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2008 aufgehoben. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, eine andere, vom Kläger ausgewählte und dazu bereite Krankenkasse zur Leistungserbringung nach § 18c Bundesversorgungsgesetz zuzulassen. Die Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten für den gesamten Rechtsstreit zu erstatten.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten darüber, ob dem schwer kriegsbeschädigten Kläger im Rahmen des § 18c Bundesversorgungsgesetz (BVG) die Leistungserbringung durch eine andere Krankenkasse zu ermöglichen ist.

2

Der in H. wohnende Kläger ist Beschädigter iS des § 1 BVG mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 60. Soweit Leistungen der Heilbehandlung von den Krankenkassen für die Verwaltungsbehörde erbracht werden (§ 18c Abs 1 Satz 3 BVG), ist im Falle des Klägers die AOK Rheinland/Hamburg tätig. Der Kläger ist kein Mitglied einer Krankenkasse.

3

Am 18.8.2008 beantragte der Kläger bei der Beklagten schriftlich einen Kassenwechsel, weil er mit der AOK unzufrieden sei. Mit Schreiben vom 20.8.2008 teilte die Beklagte ihm daraufhin mit, dass die AOK Rheinland/Hamburg für im Auftrag des Versorgungsamts Betreute mit Behandlungsausweis zuständig und ein Kassenwechsel nicht möglich sei. Diese Auffassung erläuterte sie dem Kläger auf dessen Widerspruch mit weiteren Schreiben vom 29.8. und 11.9.2008. Auf Veranlassung des vom Kläger angerufenen Sozialgerichts Hamburg (SG) erteilte die Beklagte unter dem 18.12.2008 einen Widerspruchsbescheid, gegen den sich die fortgeführte Klage richtete. Durch Gerichtsbescheid vom 25.2.2009 wies das SG die Klage unter Hinweis auf § 18c Abs 2 Satz 1 BVG ab.

4

Dagegen hat der Kläger beim Landessozialgericht Hamburg (LSG) Berufung eingelegt, die durch Urteil vom 6.10.2009 mit folgender Begründung zurückgewiesen worden ist:

5

Es spreche bereits viel dafür, dass die Klage unzulässig sei, weil sie nicht genügend bestimmt sei. Das Begehren des Klägers beschränke sich darauf, Leistungen von einer anderen Krankenkasse als der AOK erhalten zu wollen; er gebe jedoch nicht an, welche andere Krankenkasse nunmehr für ihn tätig werden solle. Damit fehle es seinem Antrag an einem vollstreckungsfähigen Inhalt.

6

Dies möge auf sich beruhen, da ohnehin ein Wechsel der Krankenkasse nach dem Gesetz nicht vorgesehen sei. Für nach § 18c Abs 1 Satz 3 BVG zu erbringende Leistungen sei die AOK des Wohnorts verpflichtet, sofern Berechtigte bzw Leistungsempfänger - wie auch der Kläger - nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse seien. Abweichendes sehe die Vorschrift nicht vor, sodass es insbesondere auf den entgegenstehenden Willen des Betroffenen nicht ankomme. Auch von Verfassungen wegen sei eine andere Sichtweise nicht geboten.

7

Nach seiner erfolgreichen Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG hat der Kläger beim Bundessozialgericht (BSG) Revision eingelegt. Der Senat hat auf Antrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Bundesrepublik Deutschland zum Verfahren beigelegt. Weiter hat er die Beteiligten unter dem 10.8.2011 darauf hingewiesen, dass zu prüfen sei, ob der Wortlaut des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG auch im Hinblick auf [§§ 2, 33 SGB I](#), [§ 9 SGB IX](#) eng ausgelegt werden könne. Dann stelle diese Vorschrift lediglich sicher, dass es für Berechtigte wie den Kläger immer eine zuständige Krankenkasse gebe, die zur Leistungserbringung iS des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG verpflichtet ist. Sie würde es daher nicht ausschließen, dass eine andere Kasse - aufgrund einer freiwilligen Bereiterklärung - die Leistungserbringung in einem solchen Fall übernimmt.

8

Zur Begründung seiner Revision trägt der Kläger im Wesentlichen vor: Das LSG habe bei der Anwendung des BVG die Auswirkungen des [§ 9 SGB IX](#) nicht beachtet, der ein Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten vorsehe. Unter Berücksichtigung dieser Regelung müsse ihm ein gewisses Wahlrecht hinsichtlich der Krankenkasse zugebilligt werden, die für die Beklagte Leistungen an ihn erbringe. Anderenfalls würde er gegenüber Kassenmitgliedern, die ihre Kasse wählen könnten, unter Verletzung des [Art 3 GG](#) benachteiligt.

9

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 6. Oktober 2009, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Februar 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Dezember 2008 aufzuheben und festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, eine andere, vom ihm ausgewählte und dazu bereite Krankenkasse zur Leistungserbringung nach § 18c Bundesversorgungsgesetz zuzulassen.

10

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 6. Oktober 2009 zurückzuweisen.

11

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Dieses sei auch nicht verfahrensfehlerhaft zustande gekommen. Bei § 18c Abs 2 Satz 1 BVG handele es sich um eine reine Zuständigkeitsregelung, die keine anderweitige Zuweisung ermögliche.

12

Die Beigeladene beantragt,

die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 6. Oktober 2009 zurückzuweisen.

13

Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor: Eine Auslegungsmöglichkeit gemäß den Ausführungen des Gerichts vom 10.8.2011 werde angesichts der Historie und der spezialgesetzlichen Ausprägung nicht gesehen.

14

Durch die mit der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 eingeleitete Öffnung der Krankenkassen sei ab 1.1.1996 für gesetzlich Krankenversicherte die Möglichkeit eingeführt worden, die Krankenversicherung bei einer Krankenkasse eigener Wahl durchzuführen. In diesem Zusammenhang sei diskutiert worden, bei der Vorschrift des § 18c Abs 2 BVG ebenfalls ein Kassenwahlrecht einzuführen. Dies sei nicht weiterverfolgt worden, weil durch die Verteilung auf verschiedene gesetzliche Krankenkassen und die Verwaltungskostenerstattung kein Wettbewerbsvorteil oder -nachteil bei einer einzelnen Kasse gesehen worden sei und insbesondere berücksichtigt worden sei, dass eine offene Zuständigkeitsregelung im Hinblick auf das pauschalierte Erstattungsverfahren der §§ 19 und 20 BVG zu erheblichen Problemen geführt hätte und das Gesamtgefüge des Erstattungsverfahrens hätte außer Kraft setzen können. Nach § 20 Abs 2 BVG würden die Pauschalbeträge, die anhand der Daten des § 20 Abs 1 BVG berechnet würden, entsprechend einem internen Verteilungsschlüssel vom AOK-Bundesverband an die Krankenkassen weitergeleitet.

15

Die Zuständigkeitsregelung des § 18c Abs 1 BVG für die Erbringung von Leistungen sei trotz des in [§ 9 SGB IX](#) eingeräumten Wahlrechts der Berechtigten hinsichtlich Sach- oder Geldleistungen unverändert geblieben. Auch durch nachfolgende gesetzliche Regelungen sei keine Änderung des § 18c Abs 2 BVG vorgenommen worden.

16

Das BVG sei ein Spezialgesetz und sehe zum Ausgleich der durch bestimmte Tatbestände erlittenen Gesundheitsstörungen ein eigenes Leistungsgefüge mit Kostentragung durch den Bund vor. Die durch die Krankenkassen im Wege des gesetzlichen Auftrags erbrachten Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung würden nicht durch Beiträge Einzelner finanziert. Schon aus diesem Grunde sei es sachlich gerechtfertigt, eine genaue Bestimmung für die Zuständigkeit einzelner Krankenkassen zu treffen und den Personenkreis der Zugeteilten und Privatversicherten für Schädigungsfolgen daran zu binden. Auf die Vorschrift des [§ 7 Abs 2 SGB IX](#), die bestimme, dass sich die Zuständigkeit nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen richte, werde Bezug genommen.

II

17

Die Revision des Klägers ist zulässig und begründet.

18

Der Senat ist nicht an einer Sachentscheidung gehindert.

19

Es fehlt nicht an einer notwendigen Beiladung. Dazu bestimmt [§ 75 Abs 2 SGG](#):

Sind an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann oder ergibt sich im Verfahren, dass bei der Ablehnung des Anspruchs ein anderer Versicherungsträger, ein Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ein Träger der Sozialhilfe oder in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts ein Land als leistungspflichtig in Betracht kommt, so sind sie beizuladen.

20

Gegenstand des Revisionsverfahrens ist die Feststellung einer Verpflichtung der Beklagten, eine vom Kläger ausgewählte und dazu bereite andere Krankenkasse zur Leistungserbringung im Rahmen des § 18c BVG zuzulassen. Durch die vom Kläger angestrebte Entscheidung werden zwar die Interessen der gegenwärtig bei der Leistungserbringung eingeschalteten AOK Rheinland/Hamburg berührt ([§ 75 Abs 1 Satz 1 SGG](#)), die Entscheidung kann ihr gegenüber jedoch nicht nur einheitlich ergehen. Denn sie hat als solche keine unmittelbare Wirkung auf die Leistungserbringung durch die AOK, vielmehr sind weitere Schritte dafür erforderlich, bis die AOK ihre Zuständigkeit gegenüber dem Kläger verliert (vgl dazu allgemein [BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1 S 2](#); [BSGE 97, 242 = SozR 4-4200 § 20 Nr 1](#), RdNr 18).

21

Der Kläger hat seine Klage im Revisionsverfahren umgestellt. Anstelle einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, deren Zulässigkeit zweifelhaft war, verfolgt er sein Ziel jetzt mit einer Anfechtungs- und Feststellungsklage. Dabei handelt es sich nicht um eine unzulässige Klageänderung iS des [§ 99 Abs 1 iVm § 168 Satz 1 SGG](#), sondern um eine Abwandlung des Klageantrags ohne Änderung des Klagegrundes iS des [§ 99 Abs 3 Nr 2 SGG](#) (vgl dazu Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 168 RdNr 2b mwN).

22

Die Anfechtung bezieht sich auf den ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 20.8.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2008 (vgl [§ 54 Abs 1 SGG](#)). Die Feststellungsklage ist nach [§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#) statthaft. Danach kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Unter einem Rechtsverhältnis in diesem Sinne ist eine aus einem konkreten Tatbestand entstandene Rechtsbeziehung von Personen untereinander oder aber von einer Person zu einem Gegenstand zu verstehen. Hierzu zählen auch einzelne Beziehungen oder Verpflichtungen aus einem weitergehenden Rechtsverhältnis, wenn das Interesse sich gerade auf sie bezieht (vgl dazu [BSGE 43, 148, 150 = SozR 2200 § 1385 Nr 3 S 3 f](#); BSG [SozR 4-7822 § 3 Nr 1](#) RdNr 6; jeweils mwN). Um eine solche gesondert feststellbare Verpflichtung handelt es sich hier, da zwischen den Beteiligten streitig ist, ob die Beklagte ggf eine andere Krankenkasse als die AOK Rheinland/Hamburg zur Leistungserbringung an den Kläger zuzulassen hat. Auch das Feststellungsinteresse des Klägers ist zu bejahen; denn es besteht insoweit - wie der vorliegende Rechtsstreit zeigt - eine Unsicherheit über die Rechtslage.

23

In der Sache hat die Klage Erfolg. Entgegen der im angefochtenen Verwaltungsakt (Bescheid vom 20.8.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2008) zum Ausdruck gekommenen Ansicht der Beklagten ist diese verpflichtet, eine andere, vom Kläger ausgewählte und dazu bereite Krankenkasse im Rahmen des § 18c BVG zur Leistungserbringung zuzulassen.

24

Nach § 18c Abs 1 Satz 1 BVG werden die §§ 10 bis 24a BVG (betreffend Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung; vgl § 9 Abs 1 Nr 1 BVG) von der Verwaltungsbehörde, hier also der Beklagten, durchgeführt. Damit ist die Versorgungsverwaltung für die Leistungserbringung insgesamt rechtlich verantwortlich, also der zuständige Leistungsträger. Während sie für einen bestimmten, in § 18c Abs 1 Satz 2 BVG im Einzelnen umschriebenen Bereich auch die Leistungserbringung selbst zu besorgen hat, werden die Leistungen im Übrigen - im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags - von den Krankenkassen für die Versorgungsbehörde erbracht (vgl § 18c Abs 1 Satz 3 BVG). Dazu regelt § 18c Abs 2 Satz 1 BVG:

Sind die Krankenkassen nach Abs 1 Satz 3 zur Erbringung der Leistungen verpflichtet, so obliegt diese Verpflichtung bei Berechtigten, die Mitglied einer Krankenkasse sind, und bei Berechtigten und Leistungsempfängern, die Familienangehörige eines Kassenmitglieds sind, dieser Krankenkasse, bei der Heilbehandlung der übrigen Beschädigten und der Krankenbehandlung der Berechtigten und der übrigen Leistungsempfänger der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Wohnorts.

25

§ 18c Abs 2 Satz 1 BVG bestimmt also in Ergänzung der allgemeinen Regelung des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG, welche Krankenkasse im Einzelfall zur Leistungserbringung verpflichtet ist. Dabei wird bei Berechtigten - wie dem Kläger - zwischen drei Personengruppen unterschieden:

- Der Berechtigte ist selbst Mitglied einer Krankenkasse.
- Der Berechtigte ist Familienangehöriger eines Kassenmitglieds.
- Der Berechtigte gehört zu den übrigen Beschädigten.

26

Die Vorinstanzen haben eine Mitgliedschaft des Klägers in einer Krankenkasse ausdrücklich verneint und ihn dann ohne weiteres der Gruppe der übrigen Beschädigten zugeordnet, ohne zu prüfen, ob er nicht als Familienangehöriger eines Kassenmitglieds angesehen werden kann. Während des Revisionsverfahrens haben es die Beteiligten für unstreitig erklärt, dass der Kläger kein Familienangehöriger eines Kassenmitglieds ist. Auch unter Berücksichtigung der vom LSG in Bezug genommenen Verwaltungsakten geht der Senat davon aus, dass der Kläger nicht zu der betreffenden, in § 18c Abs 2 Satz 1 BVG aufgeführten Personengruppe, sondern zur Gruppe der übrigen Beschädigten iS dieser Vorschrift gehört.

27

§ 18c Abs 2 Satz 1 BVG kann seinem Wortlaut nach in Bezug auf den Kläger als zuständigkeitsbestimmende oder als zuständigkeitssichernde Regelung verstanden werden. Nach Ansicht der Beklagten, der Beigeladenen und der Vorinstanzen beinhaltet er eine verbindliche und abschließende Festlegung der Zuständigkeit der AOK des Wohnorts für die Leistungserbringung an den Kläger. Nach dem Normverständnis des erkennenden Senats stellt diese Vorschrift nur sicher, dass es für Berechtigte wie den Kläger immer eine zuständige Krankenkasse gibt, die zur Leistungserbringung konkret verpflichtet ist. Es ist somit nicht ausgeschlossen, dass eine andere Krankenkasse - aufgrund einer freiwilligen Bereiterklärung - die Leistungserbringung in einem Fall wie dem des Klägers übernimmt. Dafür sind folgende Erwägungen maßgebend:

28

Wenn § 18c Abs 2 Satz 1 BVG bestimmt, dass die Verpflichtung zur Leistungserbringung iS des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG bei der Heilbehandlung der übrigen Beschädigten, die also weder selbst Mitglieder einer Krankenkasse noch Familienangehörige eines Kassenmitglieds sind, der AOK des Wohnorts obliegt, so ist dem Wortlaut jedenfalls zu entnehmen, dass sich die genannte Verpflichtung hier ausschließlich an die AOK Rheinland/Hamburg richtet. Eine andere Krankenkasse ist also weder dem Kläger noch der Beklagten gegenüber gesetzlich verpflichtet, die Leistungserbringung zu übernehmen. Dementsprechend ist die Beklagte auch nicht befugt auf Antrag des Klägers eine andere Krankenkasse für die Leistungserbringung im Rahmen des § 18c BVG zu bestimmen. Da grundsätzlich alle Krankenkassen gemäß § 18c Abs 1 Satz 3 BVG die betreffenden Leistungen für die Versorgungsverwaltung erbringen können, schließt es der Wortlaut des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG andererseits nicht ausdrücklich aus, dass sich eine Krankenkasse dem Kläger gegenüber freiwillig bereit erklärt, die Leistungserbringung im Rahmen des § 18c BVG zu übernehmen. In diesem Fall ist dann auch eine Verpflichtung der Beklagten anzunehmen, die neue Kasse zu dieser Leistungserbringung zuzulassen.

29

Es ist der Beklagten zwar einzuräumen, dass es die Rechtsanwendung erleichtern würde, wenn der Gesetzgeber die Möglichkeit eines solchen "Kassenwechsels auf freiwilliger Basis" für sonstige Beschädigte iS des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG ausdrücklich geregelt hätte. Das Fehlen einer solchen Bestimmung hindert es jedoch nicht, unter Berücksichtigung weiterer Gesichtspunkte im Wege der Auslegung einen derartigen Regelungsinhalt anzunehmen.

30

Allerdings lassen sich der Gesetzesentwicklung im Versorgungsrecht keine Anhaltspunkte für die vom erkennenden Senat vertretene Auslegung entnehmen. Die Einschaltung von Krankenkassen bei der Leistungserbringung war im BVG schon von Anfang an vorgesehen. Auch die Bestimmung der AOK des Wohnorts für die Leistungserbringung an Beschädigte, die nicht Mitglieder einer Kasse und auch nicht Familienangehörige eines Kassenmitglieds sind, lässt sich bis zur ersten Fassung des BVG zurückverfolgen. § 14 Abs 2 Satz 2 bis 4 BVG in der Fassung vom 20.12.1950 ([BGBl I 791](#)) lautet:

Ist der Beschädigte Mitglied einer Krankenkasse der Reichsversicherung (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs-Krankenkasse, See-Krankenkasse, Knappschaft, Ersatzkasse), so liegt die Durchführung der Heilbehandlung dieser Kasse ob, auch wenn ihre Leistungspflicht nach Gesetz oder Satzung erschöpft ist. Ist der Beschädigte nicht Mitglied einer der genannten Kassen, so wird die erforderliche Heilbehandlung von der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, von der Landkrankenkasse seines Wohnorts durchgeführt. Ist der Beschädigte berechtigtes Familienmitglied eines in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse der Reichsversicherung, so wird die Heilbehandlung von der Krankenkasse des Versicherten gewährt.

31

Diese Vorschriften wurden durch das Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Kriegsopferrechts (Erstes Neuordnungsgesetz) vom 27.6.1960 ([BGBl I 453](#)) - unter Angleichung an andere Änderungen - als § 14 Abs 2 Satz 2 BVG "übersichtlicher" gestaltet (vgl BR-Drucks 192/59 S 5, 24):

Zuständig ist für die Heilbehandlung von Beschädigten, die Mitglied einer Krankenkasse sind, und für Leistungsempfänger, die Familienangehörige eines Mitglieds einer Krankenkasse sind und für die der Versicherte einen Anspruch auf Familienhilfe hat, die Krankenkasse, auch wenn ihre Leistungspflicht nach Gesetz oder Satzung erschöpft ist, für die Heilbehandlung der übrigen Beschädigten und die Krankenbehandlung der übrigen Leistungsempfänger die Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht die Landkrankenkasse des Wohnorts.

32

Der zum 1.1.1967 in Kraft getretene § 18c Abs 2 Satz 2 BVG in der Fassung des Dritten Neuordnungsgesetzes - KOV vom 28.12.1966 ([BGBl I 750](#)) entspricht mit gewissen Änderungen dem bisherigen § 14 BVG; er wurde als Zuständigkeitsvorschrift hinter die allgemeinen Leistungsvorschriften gesetzt ([BT-Drucks V/1012 S 25](#)). Durch Art 1 Nr 6 Fünftes Anpassungsgesetz - KOV vom 18.12.1973 ([BGBl I 1909](#)) wurden in § 18c Abs 2 Satz 2 BVG die Worte "oder, wo eine solche nicht besteht, die Landkrankenkasse" gestrichen. Schließlich erhielt § 18c Abs 2 Satz 1 BVG durch Art 1 Nr 8 Elftes Anpassungsgesetz-KOV vom 20.11.1981 ([BGBl I 1199](#)) seine heutige Fassung, ohne dass in der Begründung des Gesetzentwurfs darauf näher eingegangen wurde (vgl [BT-Drucks 9/848 S 4, 9](#)).

33

Entscheidend stützt der Senat seine Auffassung zur Auslegung des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG auf Gesichtspunkte der Gesetzessystematik.

34

Da § 18c Abs 2 Satz 1 BVG (ähnlich wie seine Vorläufer) für die ersten beiden dort genannten Personengruppen an eine Kassenmitgliedschaft anknüpft, wirken sich die diesbezüglichen Regelungen der Krankenversicherung unmittelbar auf die Leistungserbringungszuständigkeit nach dieser Vorschrift aus. Insofern ist von Bedeutung, dass sich das Krankenversicherungsrecht in diesem Bereich im Laufe der Zeit erheblich geändert hat. Die bis 1988 geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) waren von dem Prinzip des "Kassenzwanges", also der verbindlichen Zuordnung der Versicherten zu bestimmten Krankenkassen geprägt, während ein beschränktes Kassenwahlrecht als Ausnahme nur für bestimmte Personengruppen (zB Rentner, Studenten und Versicherungsberechtigte; vgl § 238, §§ 257a ff RVO) sowie in Bezug auf Ersatzkassen (entsprechend ihrer Kassensatzung; vgl Art 2 § 4 Abs 1 12. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung) bestand (vgl dazu Loytved, Der Wettbewerb in der Krankenversicherung, Diss. 1980, S 52 ff; Weber, Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, 1995, S 37 ff). Das zum 1.1.1989 in Kraft getretene SGB V brachte insoweit keine wesentlichen Änderungen (vgl dazu Leitherer in Schulin: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 Krankenversicherungsrecht, 1994, § 19 RdNr 25 ff). Eine grundlegende Neugestaltung erfolgte dann mit Wirkung vom 1.1.1996 durch das GSG vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)). Seitdem steht den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß [§§ 173 ff SGB V](#) die Wahl ihrer Krankenkasse weitgehend frei (vgl [BT-Drucks 12/3608 S 74](#)), was auch das Recht zu einem Kassenwechsel einschließt. Dabei darf die neue Kasse die Mitgliedschaft nicht ablehnen (vgl [§ 175 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Ausnahmen von dieser Regel bezogen sich zunächst noch ua auf die See-Krankenkasse, die Bundesknappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen (vgl Wassener, Das Gesundheits-Strukturgesetz 1993 und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, 1995, S 58 ff; Weber, aaO, S 175 ff). Insoweit hat dann insbesondere auch das Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19.4.2000 ([BGBl I 571](#)) weitere Wahlfreiheiten für die Versicherten gebracht.

35

Die Möglichkeit eines Kassenwechsels für Mitglieder einer Krankenkasse bringt es mit sich, dass die Zuständigkeit zur Leistungserbringung bei Berechtigten, die selbst Kassenmitglieder oder aber Familienangehörige eines Kassenmitglieds sind, nach Maßgabe des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG auf die neue Kasse übergeht. Insoweit kommt die Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung den betreffenden Versorgungsberechtigten unmittelbar oder mittelbar zugute. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass es auch Berechtigte geben kann, die Familienangehörige von mehreren Mitgliedern unterschiedlicher Kassen sind (zu dem recht weiten Begriff des Familienangehörigen vgl Rohr/Sträßer/Dahm, BVG, Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher, Stand Januar 2011, § 18c BVG Anmerkung 2, S 5 f). Diese haben dann selbstverständlich die Möglichkeit, zwischen den in Frage kommenden Krankenkassen zu wählen. Diese Gegebenheiten legen es nahe, auch den Angehörigen der dritten in § 18c Abs 2 Satz 1 BVG aufgeführten Gruppe, zu der auch der Kläger als "übriger Beschädigter" gehört, im Rahmen der durch den Wortlaut des Gesetzes gezogenen Grenzen eine Möglichkeit einzuräumen, hinsichtlich der Leistungserbringung iS des § 18c Abs 1 Satz 3 BVG zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln, auch wenn dem betroffenen Personenkreis - wie die Beklagte vorgetragen hat - im Rahmen des GSG bewusst kein (echtes) "Wahlrecht" eingeräumt worden ist.

36

Der Senat leitet sein Auslegungsergebnis zu § 18c Abs 2 Satz 1 BVG vor allem auch aus [§ 2 Abs 2](#), [§ 33 SGB I](#) und [§ 9 Abs 1 SGB IX](#) her.

37

[§ 2 Abs 2 SGB I](#) lautet: Die nachfolgenden sozialen Rechte sind bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden.

38

[§ 33 SGB I](#) bestimmt: Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

39

In [§ 9 Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB IX heißt es: Bei der Entscheidung über die Leistung und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches.

40

Alle drei Vorschriften gelten für die Leistungserbringung im Rahmen des § 18c BVG. Für die [§§ 2, 33 SGB I](#) ergibt sich dies aus [§ 37 iVm § 68 Nr 7 SGB I](#). Das BVG enthält insoweit keine abweichende Regelung. Die Beklagte gehört als Träger der Kriegsopferversorgung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ([§ 5 Nr 1, § 26 SGB IX](#)) zu den Rehabilitationsträgern iS des SGB IX ([§ 6 Abs 1 Nr 5 SGB IX](#)). Auf die an sich mögliche Unterscheidung zwischen rehabilitativen und kurativen Leistungen kommt es wegen deren enger Verzahnung (vgl [§ 27 SGB IX](#)) hier nicht an. Nach [§ 7 Satz 1 SGB IX](#) gelten die Vorschriften dieses Buches für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen ([§ 7 Satz 2 SGB IX](#)). Diese Vorschrift steht sicher einer Wahl des Leistungsträgers unter Verletzung von Zuständigkeitsregelungen entgegen (vgl Luthe in Schlegel/Voelzke, Juris-PK-SGB IX, 2010, § 9 RdNr 21), sie hindert jedoch nicht eine "wahlfreiheitsfreundliche" Auslegung des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG, der die Erbringung von Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung betrifft, im Lichte der [§§ 2, 33 SGB I, § 9 SGB IX](#).

41

Die allgemeine Auslegungsrichtlinie in [§ 2 Abs 2 SGB I](#) zielt bereits auf eine möglichst weitgehende Verwirklichung der sozialen Rechte ab. In Ergänzung dazu enthält [§ 33 SGB I](#) neben einem Individualisierungsprinzip auch den Grundsatz der Berücksichtigung angemessener Wünsche. [§ 9 SGB IX](#) konkretisiert diese allgemeine Verpflichtung für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe, lässt die nach [§ 33 SGB I](#) bestehenden Pflichten jedoch im Übrigen unberührt. Das Zusammenwirken dieser Regelungen führt zu einer Verpflichtung der Leistungsträger und sonstigen Rechtsanwender, den Wünschen und Interessen der Leistungsberechtigten im Rahmen der gesetzlichen Grenzen unter Berücksichtigung der Ziele der Leistungserbringung Rechnung zu tragen.

42

Daraus ergibt sich hier für die Beklagte grundsätzlich die Pflicht, eine vom Kläger ausgewählte und selbst dazu bereite Krankenkasse zur Leistungserbringung nach § 18c Abs 1 Satz 3 BVG zuzulassen. Das Gesetz hat eine solche Möglichkeit zwar nicht ausdrücklich vorgesehen, sie aber auch nicht ausgeschlossen. Insoweit fällt ins Gewicht, dass sie der Zielrichtung der [§§ 2, 33 SGB I, § 9 SGB IX](#) entspricht. Da diese Vorschriften lediglich eine Berücksichtigung angemessener bzw berechtigter Wünsche vorsehen, kommt auch im vorliegenden Zusammenhang ein (wiederholter) Kassenwechsel nur in sachgerechten Grenzen in Betracht (vgl dazu im Krankenversicherungsrecht: [§ 175 Abs 4 SGB V](#)). Die Interessen der an sich verpflichteten AOK sind nicht besonders schutzwürdig. Sie hätte einen Kassenwechsel des Klägers sogar hinzunehmen, wenn dieser ihr Mitglied wäre. Eine andere Krankenkasse kann frei (aber verbindlich) darüber entscheiden, ob und ggf ab wann sie die Leistungserbringung nach § 18c BVG in Bezug auf den Kläger übernehmen will; auf diese Weise sind ihre Interessen hinreichend gewahrt. Da die neue Krankenkasse in jedem Fall zu den von § 18c Abs 1 Satz 3 BVG erfassten Kassen gehört und ein Kassenwechsel nach § 18c Abs 2 Satz 1 BVG durch die Anbindung der Leistungserbringungszuständigkeit an die mit einem Wahlrecht ausgestattete Kassenmitgliedschaft des Berechtigten oder seiner Familienangehörigen ohnehin im Gesetz angelegt ist, fügt sich diese Auslegung auch sonst in die Konzeption des § 18c BVG ein. Ebenso wenig schließt die Befugnis der Verwaltungsbehörde, die betreffenden Leistungen anstelle der Krankenkasse zu erbringen (vgl § 18c Abs 3 Satz 1 BVG), die Möglichkeit eines vom Berechtigten veranlassten Kassenwechsel aus.

43

Soweit die Beigeladene dagegen auf mögliche ungünstige Auswirkungen des vom Senat vertretenen Verständnisses des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG auf das Erstattungsverfahren nach den §§ 19, 20 BVG hinweist, vermögen deren Darlegungen nicht zu überzeugen. Nach § 19 BVG werden den Krankenkassen Aufwendungen für Leistungen erstattet, die sie nach § 18c BVG erbracht haben. Aufwendungen für ihre Mitglieder werden ihnen nur erstattet, soweit diese Aufwendungen durch Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen entstanden sind. Dazu sieht § 20 BVG im Einzelnen vor:

(1) Die Erstattungsansprüche der Krankenkassen nach § 19 werden pauschal abgegolten. Grundlage für die Festsetzung des Pauschalbetrages eines Kalenderjahres ist die Erstattung des Vorjahres. Sie wird um den Vom-Hundert-Satz verändert, um den sich die Zahl der rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen am 1. Juli des Jahres im Vergleich zum 1. Juli des Vorjahres verändert hat. Dieses Ergebnis wird dann um den Vom-Hundert-Satz verändert, um den sich die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied und Rentner einschließlich Familienangehörige für ärztliche und zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz und ohne kieferorthopädische Behandlung),

für Arznei- und Verbandmittel, für Heilmittel, für Krankenhausbehandlung und für Fahrkosten jeweils im ersten Halbjahr gegenüber dem ersten Halbjahr des Vorjahres verändert haben. Mit der Zahlung dieses Pauschalbetrages sind die in § 19 genannten Aufwendungen der Krankenkassen abgegolten.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zahlt die Pauschalbeträge an den AOK-Bundesverband, der sie für die Krankenkassen in Empfang nimmt. Zum Ende jeden Kalendervierteljahres werden Teilbeträge gezahlt. Für die Berechnung der Teilbeträge wird der Pauschalbetrag des Vorjahres um 10 vom Hundert vermindert. Solange die in Absatz 1 genannten Vergleichsdaten noch nicht vorliegen, werden Abschlagszahlungen in Höhe des Pauschalbetrages des Vorjahres vermindert um 10 vom Hundert erbracht. Der AOK-Bundesverband verteilt die Beträge auf die Spitzenverbände der Krankenkassen mit deren Einvernehmen; die Verteilung soll sich nach dem Verhältnis der Anteile der einzelnen Krankenkassenarten an den Erstattungen nach den §§ 19 und 20 in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung zum Erstattungsvolumen aller Krankenkassen des Haushaltsjahres 1993 richten.

(3) Den Krankenkassen werden für die Erbringung von Leistungen nach § 18c Verwaltungskosten in Höhe von 3,25 vom Hundert des Pauschalbetrages nach Absatz 1 erstattet. Die Aufteilung dieses Betrages auf die einzelnen Länder richtet sich nach der Zahl der rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen jeweils am 1. Juli des Jahres. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt die von den Ländern zu zahlenden Anteile bekannt. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Für von den Ländern zu tragende Aufwendungen nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung dieses Gesetzes vorsehen, gelten die Absätze 1, 2 und 3 nur, soweit dies ausdrücklich vorgesehen ist.

44

Da sich die Höhe des pauschalen Erstattungsbetrages im Verhältnis zwischen dem Bund und der Gesamtheit der Krankenkassen nur nach der Zahl der rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen sowie den Leistungsausgaben in der Krankenversicherung bestimmt (vgl. § 20 Abs 1 BVG), kann sich ein Wechsel der Leistungserbringungszuständigkeit von einer Kasse zu einer anderen insoweit nicht auswirken. Dies kann allenfalls bei der nach § 20 Abs 2 Satz 5 BVG vorgesehenen Verteilung des Pauschalbetrages durch den AOK-Bundesverband auf die Spitzenverbände der Krankenkassen und/oder bei der sich daran anschließenden weiteren Verteilung der Gelder auf die einzelnen Krankenkassen der Fall sein. Auch in dieser Beziehung ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern die Ermöglichung eines Kassenwechsels für Angehörige der dritten in § 18c Abs 2 Satz 1 BVG aufgeführten Gruppe (übrige Beschädigte, Berechtigte und Leistungsempfänger) zu nennenswerten Schwierigkeiten führen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es bei den ersten beiden Gruppen (Kassenmitglieder und Familienangehörige eines Kassenmitgliedes) ohnehin zu einem Wechsel bei der Leistungserbringung nach § 18c Abs 1 Satz 3 BVG kommen kann (zur geringen Zahl der Fälle eines solchen Wechsels in der Zeit vor 1993 vgl. [BT-Drucks 12/5182 S 17](#)). Werden solche Zuständigkeitsveränderungen bei der Verteilung des Pauschalbetrages innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt, so kann dies ohne weiteres auch bei Kassenwechseln geschehen, die sich in Zukunft aus der hier vertretenen Auslegung des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG ergeben.

45

Schließlich lässt sich die Auffassung des Senats zu § 18c Abs 2 Satz 1 BVG auch mit dem erkennbaren Sinn und Zweck dieser Regelung vereinbaren. Es bleibt bei der Sicherstellung der Leistungserbringung durch eine nach sachlichen Kriterien bestimmte Krankenkasse. Einen zwingenden Grund für eine unveränderliche, ausschließliche Zuständigkeit der AOK des Wohnorts bei den Angehörigen der dritten Gruppe iS des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG vermag der Senat schon deshalb nicht zu erkennen, weil alle Krankenkassen gleichermaßen von § 18c Abs 1 Satz 3 BVG erfasst werden und für die ersten beiden Gruppen des § 18c Abs 2 Satz 1 BVG schon bisher ein Kassenwechsel möglich war.

46

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2012-01-12