
S 5 V 83/95

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Erstattung von Heilbehandlungskosten Verursacherprinzip Verschlimmerungsanteil

Leitsätze	Bei der Kostenerstattung nach § 19 BVG a.F. kommt eine Verteilung der Kosten auf mehrere Verwaltungsträger dann nicht in Betracht, wenn der anerkannte Verschlimmerungsanteil den Umfang des Behandlungsbedarfs betroffen hat und die einheitliche Sachleistung Krankenhausbehandlung sachlich und rechnerisch im Hinblick auf den pauschalen Krankenhauspflegesatz nicht teilbar ist. 2. Eine Erstattung durch die Versorgungsverwaltung für die gesamten Heilbehandlungskosten kommt nur dann in Betracht, wenn die Auswirkungen des Verschlimmerungsanteils so erheblich sind, daß erst sie die Behandlungsmaßnahmen notwendig machten.
Normenkette	BVG aF § 19 Abs 1 S 1 BVG aF § 19 Abs 1 S 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 V 83/95
Datum	10.07.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	L 18 V 69/97
Datum	06.05.1998

3. Instanz

Datum

-

- I. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10.07.1997 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, die Erstattung von Heilbehandlungskosten.

Bei dem am 01.12.1912 geborenen Beigeladenen waren zuletzt mit Bescheid vom 08.08.1989 als Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 90 v.H. (unter Einschluß der besonderen beruflichen Betroffenheit) anerkannt: 1. Verlust des rechten Oberschenkels 2. Statisch bedingte Skoliose 3. Funktionseinschränkung der Hüftgelenke, links stärker als rechts, und des linken Kniegelenkes bei degenerativen Veränderungen zu Nr. 1 bis 2 hervorgerufen, zu Nr. 3 verschlimmert (ab 01.09.1988).

Die Neufeststellung des Beklagten stützte sich auf ein Gutachten des Orthopäden Dr. [Name] (Würzburg) vom 08.08.1989, der bei einer Einzel-MdE von 50 v.H. für das Arthroseleiden insgesamt für den Verschlimmerungsanteil eine Einzel-MdE vom 20 v.H. angenommen hatte.

Der Beigeladene ist seit 01.05.1984 bei der Klägerin in der Krankenversicherung der Rentner versichert. Er befand sich wegen des Einsatzes einer Hüftgelenk-Totalendoprothese (TEP) links vom 01.10.1991 bis 28.10.1991 in stationärer Behandlung mit nachfolgender Anschlussheilbehandlung vom 28.11.1991 bis 09.01.1992.

Die Klägerin forderte mit Hauptbelegen Nr. 180 vom 12.03.1992, Nr. 29 vom 23.11.1992, Nr. 133 (Prüfbericht III/91) sowie Nr. 20 vom 07.12.1992 vom Beklagten Erstattung der obengenannten Heilbehandlungskosten. Der Beklagte lehnte eine Kostenerstattung mit Schreiben vom 16.09.1993 unter Berufung auf eine Stellungnahme der Versorgungsärztin Dr. [Name] vom 22.06.1993 ab. Diese hielt die Auswirkungen des anerkannten Verschlimmerungsanteils nicht für so erheblich, daß sie die durchgeführte Behandlungsmaßnahme notwendig machten. Die Klägerin verwies auf eine Stellungnahme des Chirurgen Dr. [Name] vom 06.10.1993. Dieser vertrat die Auffassung, der Verschlimmerungsanteil, der im Bezug auf die Coxarthrose anerkannt worden sei, könne nicht abgetrennt werden in einen statisch anerkannten Teil und einen dynamisch fortschreitenden altersentsprechenden Teil. Es sei vielmehr hochwahrscheinlich, daß ohne das Schädigungsleiden eine TEP des linken Hüftgelenkes allein aufgrund altersbedingter, schicksalsmäßiger Verschleißerscheinungen zu Lebzeiten des Beigeladenen nicht erforderlich geworden wäre.

Am 13.12.1995 hat die KlÄgerin Klage zum Sozialgericht WÄrzburg (SG) erhoben und beantragt, den Beklagten zu verurteilen, die Kosten der stationÄren Behandlung der Beigeladenen vom 01.10.1991 bis 28.10.1991 sowie der AnschluÄbehandlung vom 28.11.1991 bis 09.01.1992 inklusive Fahrtkosten zu erstatten. Bei im Sinne der Verschlimmerung anerkannten SchÄdigungsfolgen umfasse die Heilbehandlung die gesamte GesundheitsstÄrung gemÄÄ [Ä§ 10 I Satz 2 BVG](#).

Der Beklagte hat sich auf eine Stellungnahme der VersorgungsÄrztin Ä vom 28.02.1996 berufen, wonach die anerkannte Verschlimmerung der linksseitigen HÄftarthrose am ehesten als eine anhaltende, aber abgrenzbare und keinesfalls richtunggebende Verschlimmerung zu interpretieren sei. Der EinfluÄ der schÄdigungsbedingten "Äberlastung" auf die schÄdigungsunabhÄngige HÄftarthrose sei daher von untergeordneter Bedeutung.

Die KlÄgerin hat auf eine weitere Stellungnahme des Dr Ä vom 25.06.1996 verwiesen.

Das Sozialgericht hat den OrthopÄden Dr. B Ä nach Aktenlage gehÄrt (Gutachten vom 07.12.1996). Dieser hat der schicksalhaften Coxarthrose links die wesentliche Bedeutung fÄr die Indikationsstellung des TEP-Ersatzes beigemessen und der Auffassung des Dr Ä widersprochen, daÄ bei dem AusmaÄ der schicksalhaft vorbestehenden Deformierung, insbesondere des linken HÄftkopfes, zu Lebzeiten eine derartige Operation nicht notwendig geworden wÄre. Das Gegenteil sei der Fall. Ein meÄbarer verschlimmerungsbedingter Anteil an den VerschleiÄerscheinungen sei nicht zu erkennen. SÄmtliche Kosten fÄr die durchgefÄhrte Operation und auch die anschlieÄende Heilbehandlung seien wegen des schÄdigungsunabhÄngigen Grundleidens ohne erkennbar verschlimmerungsbedingten Anteil notwendig geworden. Wenn der medizinische Gutachter jedoch an die rechtliche Vorgabe gebunden sei, einen 40-%igen Anteil des HÄftleidens zu berÄcksichtigen, so sei konsequenterweise auch die entsprechende Aufteilung der Kosten in einem VerhÄltnis 60 % zu 40 % zugrundeulegen. Gehe man von der Bewertung des Beklagten aus (40-%igen Verschlimmerungsanteil am Gesamtleiden), so seien die Auswirkungen des anerkannten Verschlimmerungsanteils bezÄglich der HÄfte so erheblich gewesen, daÄ erst sie die BehandlungsmaÄnahme bereits zu diesem Zeitpunkt notwendig gemacht haben. Ohne diesen Verschlimmerungsanteil hÄtte die Operation zeitlich entsprechend hinausgeschoben werden kÄnnen.

Unter Hinweis auf das Gutachten des Dr. B Ä hat der Beklagte die Erstattung von Kosten weiterhin abgelehnt und ausgefÄhrt, daÄ in Anwendung des Verursacherprinzips nur dann ein schÄdigungsbedingter (Mehr)-Aufwand abzugelten wÄre, wenn die der Krankenkasse entstandenen Aufwendungen gegenÄber den Kosten, die ohne SchÄdigungsfolgen angefallen wÄren, hÄher zu veranschlagen gewesen wÄren. Vorliegend seien der Krankenkasse aber ohne den Verschlimmerungsanteil die gleichen Kosten entstanden. Die rein medizinischen Aussagen des SachverstÄndigen Dr. med. B Ä seien entscheidend (Stellungnahme der VersorgungsÄrztin Ä vom 24.01.1997).

Das SG hat den Beklagten mit Urteil vom 10.07.1997 verurteilt, die Kosten der stationären Behandlung des Beigeladenen vom 01.10.1991 bis 28.10.1991 sowie der Anschlussbehandlung vom 28.11.1991 bis 09.01.1992 inklusive Fahrtkosten zu erstatten. Es hat sich im wesentlichen auf das Gutachten des Dr. B. gestützt und ausgeführt, daß ohne den anerkannten Verschlimmerungsanteil die Notwendigkeit des TEP-Einsatzes erst zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten wäre.

Gegen dieses Urteil hat der Beklagte Berufung eingelegt und auf eine Stellungnahme der Versorgungsärztin Pause vom 12.08.1997 verwiesen, wonach die schicksalhafte Coxarthrose allein die prothetische Versorgung des linken Hüftgelenkes notwendig gemacht habe. Auch nach der Auffassung des Sachverständigen Dr. B. sei dem konstitutionell bedingten degenerativen Verschleiß die wesentliche Bedeutung für die Indikation zum Hüftgelenkersatz links zuzumessen. Da die Hüftoperation erst wegen des schädigungsbedingten Verschlimmerungsanteils zum konkreten Zeitpunkt erforderlich gewesen sei, sei rein spekulativ und nicht durch den tatsächlich gegebenen Verlauf der Hüftarthrose gestützt.

Der Beklagtenvertreter beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10.07.1997 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10.07.1997 zurückzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Ergänzend zum Sachverhalt wird auf die beigezogenen Beschädigten-Akten des Beigeladenen, die Akte der Klägerin und die Gerichtsakten der ersten und zweiten Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten ist zulässig ([§ 143](#), [151](#) Sozialgerichtsgesetz) und begründet.

Das SG hat den Beklagten zu Unrecht verpflichtet, der Klägerin die Kosten der Krankenhausbehandlung und der Anschlussheilbehandlung des Beigeladenen zu erstatten. Es kommt weder eine Verteilung der Kosten nach schädigungsbedingten und nicht schädigungsbedingten Anteilen in Betracht noch hat der anerkannte Verschlimmerungsanteil allein die Heilbehandlung erforderlich gemacht. Das angefochtene Urteil ist daher aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Mit der nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhobenen Leistungsklage

begehrt die Klägerin Ersatz des aus Anlaß des Einsatzes einer TEP der linken Hüfte entstandenen Krankenhauskosten für die Zeit vom 01.10.1991 bis 28.10.1991 und vom 28.11.1991 bis 09.01.1992. Am 1. Januar 1994 noch nicht gezahlte Erstattungen von Aufwendungen für Leistungen, die vor dem 1. Januar 1994 erbracht worden sind, werden nach den bis dahin geltenden Erstattungsregelungen abgerechnet (Art. 5 Abs. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten vom 21.07.1993). Der Erstattungsanspruch der Klägerin hätte daher, wenn er bestünde, seine Stütze in [§ 19 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 BVG in der zur Zeit der Entstehung des Anspruchs geltenden Fassung vom 20.01.1967 ([BGBl. I 141](#)). Danach werden den Krankenkassen, die nicht nur nach dem BVG verpflichtet sind, Heilbehandlungen zu gewähren, u.a. die Aufwendungen für voll- oder teilstationäre Behandlung in einem Krankenhaus erstattet. Die Erstattung wird gewährt, wenn die Aufwendungen durch Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen entstanden sind ([§ 19 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 BVG a. F.). Von dieser Rechtsgrundlage ist auszugehen, weil die gewährte Krankenhauspflege eine Heilbehandlung war, die von der klagenden Krankenkasse sowohl nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als auch nach dem BVG zu bewirken war (vgl. BSG SozR 3100 § 19 Nr. 6). [§ 19 BVG](#) a. F. regelt die Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen schädigungsbedingter Aufwendungen abschließend. Für einen allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist daneben kein Raum (ständige Rechtsprechung des BSG aaO S. 16). Die Ausschlussfrist des [§ 111 Sozialgesetzbuch \(SGB\) X](#) ist gewahrt. Das BVG enthält keine besondere Bestimmung zum Beginn des Laufs der Ausschlussfrist (Wilke/Fehl, Soziales Entschädigungsrecht, Kommentar, 7. Auflage § 21 RdNr. 3). Gemäß [§ 111 SGB X](#) ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. [§ 111 SGB X](#) ist eine Ausschlussfrist, die von den Gerichten von Amts wegen zu beachten ist (Schroeder-Printzen/von Wulffen SGB X, 3. Auflage § 111 RdNr. 3.2). Die Klägerin hat ihre Forderungen mit den Hauptbelegen Nr. 180/29 vom 12.03.1992 und 23.11.1992 für die Anschlussheilbehandlung vom 28.11.1991 bis 09.01.1992 sowie mit Hauptbelegen Nr. 133/20 (betreffend Prüfbericht III 91) für die Zeit vom 01.01.1991 bis 28.10.1991 rechtzeitig geltend gemacht. Eine Erstattungsforderung wäre auch nicht verjährt ([§ 21 Abs. 3 BVG](#) in der bis 31.12.1993 geltenden Fassung in Verbindung mit [§ 113 SGB X](#)). Im Gegensatz zur Verjährung des [§ 113 SGB X](#) enthält [§ 21 Abs. 3 BVG](#) eine Sonderregelung für den Beginn der Verjährungsfrist. Die Krankenhausbehandlung wurde 1991 durchgeführt. Die Verjährung beginnt gemäß [§ 21 Abs. 3 BVG](#) mit dem Ablauf des Jahres, in dem die Heil- oder Krankenbehandlung durchgeführt worden ist. Gemäß [§ 113 SGB X](#) verjähren Erstattungsansprüche in vier Jahren. Die Verjährungsfrist endet am 31. Dezember des 4. Folgejahres (Schroeder-Printzen/von Wulffen SGB X, 3. Auflage, § 113 RdNr. 3), somit am 31. Dezember 1995. Die Klageerhebung erfolgte am 13.12.1995.

Bei der Kostenerstattung nach [§ 19 BVG](#) a. F. in Verschlimmerungsfällen ist die für Beschädigte vorgesehen besondere Vergünstigung im Sinne des [§ 10 Abs. 1 Satz 2 BVG](#) nicht anwendbar. Der Erstattungsanspruch der Krankenkasse

bestimmt sich vielmehr nach dem sog. Verursacherprinzip (Verwaltungsvorschrift zu [Â§ 19 BVG](#) a. F.; BSG aaO). Danach kann eine Krankenkasse bei gleichzeitiger Behandlung von Schädigungsfolgen und Nichtschädigungsfolgen keine Kostenerstattung beanspruchen, wenn sie allein schon nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zur gleichen Leistung verpflichtet gewesen wäre und ihr keine rechnerisch abgrenzbaren schädigungsbedingten Mehraufwendungen entstanden sind. In einem solchen Fall befriedigt die Klägerin als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Auslagen in Höhe des pauschalen Krankenhauspflegesatzes ihre Eigenschuld und nimmt so eine ihr originäre und primär obliegende Aufgabe wahr. Keine Bedeutung hat dabei die Frage, wessen Leistungspflicht im Umfang kausal überwiegt (Wilke/Fehl aaO Â§ 19 RdNr. 4 unter Verweisung auf ständige BSG-Rechtsprechung).

Eine Verteilung der Kosten auf mehrere Verwaltungsträger kommt nur unter der Voraussetzung in Betracht, daß eine sachlich und rechnerisch abzugrenzende Teilbarkeit der einheitlichen Sachleistung möglich ist (BSG aaO mit weiteren Rechtsprechungsnachweisen). Vorliegend ist aber die einheitliche Sachleistung Krankenhausbehandlung sachlich und rechnerisch im Hinblick auf den pauschalen Krankenhauspflegesatz nicht teilbar. Zwar hat der anerkannte Verschlimmerungsanteil einen Einfluß auf den behandlungsbedürftigen Zustand ausgeübt, dies hat aber lediglich den Umfang des Behandlungsbedarfs betroffen. Da aber der Umfang des Behandlungsbedarfs (einheitliche Sachleistung Krankenhausbehandlung) weder sachlich noch rechnerisch geteilt werden kann in Maßnahmen, die durch die Nichtschädigungsfolgen bedingt sind und Maßnahmen, die auf dem anerkannten Verschlimmerungsanteil beruhen, besteht auch unter Beachtung des Verursacherprinzips hier kein Erstattungsanspruch der Krankenkasse nach [Â§ 19 BVG](#) a. F. (ebenso Rohr/Strasser, [BVG Â§ 19](#) K 4). Nur wenn der gesamte behandlungsbedürftige Zustand (und nicht nur ein Teil) im Sinne der Verschlimmerung als Schädigungsfolge anerkannt ist, kann eine Erstattung nach [Â§ 19 BVG](#) verlangt werden (aaO). Nach der o.g. Rechtsprechung des BSG ist eine Aufteilung der Lasten dann nicht angebracht, wenn Schädigungsfolgen und andere Krankheiten in derselben Zeit nebeneinander, aber voneinander zusammenhanglos mit gleichartigen Heilmaßnahmen angegangen wurden. Um so mehr müssen diese Grundsätze Anwendung finden, wenn zwischen Verschlimmerungsanteil und Grundleiden ein innerer Zusammenhang besteht und die Heilmaßnahmen wie vorliegend miteinander in einem untrennbaren Zusammenhang stehen.

Ebenso kommt keine Erstattungspflicht des Beklagten für die gesamten Heilbehandlungskosten wegen der im Sinne der Verschlimmerung anerkannten Schädigungsfolgen in Betracht. Eine solche Verpflichtung kann nicht mit der Begründung bejaht werden, die Operation habe allein wegen der im Sinne der Verschlimmerung anerkannten Schädigungsfolge zu diesem (früheren) Zeitpunkt erfolgen müssen. Ein Erstattungsanspruch wäre nach dem Verursacherprinzip nur dann begründet, wenn die Auswirkungen des Verschlimmerungsanteils so erheblich sind, daß erst sie die Behandlungsmaßnahmen notwendig machen (Wilke/Fehl aaO Â§ 19 RdNr. 7). Davon kann vorliegend nicht die Rede sein. Nach den allein maßgeblichen medizinischen Feststellungen des Sachverständigen Dr.

Beschluss des Senats vom 11.11.2005 zum 1. Senat kommt nämlich der schicksalhaften Coxarthrose links für die Indikationsstellung des TEP-Ersatzes "die wesentliche Bedeutung" zu. Einen messbaren, verschlimmerungsbedingten Anteil vermochte der Sachverständige nicht zu erkennen. Soweit er dennoch eine schädigungsbedingte Vorverlegung der Operation in seinem Gutachten bejaht hat, ist sein Gutachten unschlüssig. Er hat nämlich ausdrücklich betont, dass er zu diesem Ergebnis nur deshalb gelangt sei, weil er sich an die rechtliche Vorgabe gebunden gefühlt habe, einen 40-%igen Anteil des Haftleidens zu berücksichtigen. Die Klägerin kann aber aus den vom Beklagten im orthopädischen Gutachten des Dr. ... vom 08.08.1989 festgehaltenen MdE-Sätzen für den Verschlimmerungsanteil eine für sie günstigere Rechtslage nicht herleiten. Die für den Verschlimmerungsanteil damals festgelegte Einzel-MdE von 20 v.H. ist nicht Bestandteil des Verfassungssatzes des Bescheides vom 08.08.1989 geworden und nicht in Bindung erwachsen (vgl. BSG SozR Nr. 44 zu [ÄS 77 SGG](#)). Die der Schätzung der Einzel-MdE zugrundeliegenden Erwägungen des Gutachters (Annahme einer Einzel-MdE von 50 v.H. für das Arthroseleiden insgesamt) stellen lediglich Berechnungselemente zur Bildung der Gesamt-MdE dar, welche allein in Bindungskraft erwächst.

Kosten sind nicht zu erstatten ([ÄS 193 Abs. 4 SGG](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich ([ÄS 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Erstellt am: 11.11.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024