

## L 6 U 4698/14

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 U 717/14  
Datum  
28.10.2014  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 4698/14  
Datum  
21.05.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Wahlleistungsvereinbarungen können keine Leistungen erfassen, die vor der Vereinbarung erbracht worden sind.
  2. Dem Unfallversicherungsträger muss vor Durchführung der Behandlung die Überprüfung ermöglicht werden, ob die selbstgewählte Maßnahme geeignet ist.
  3. Der Durchgangsarzt entscheidet nur darüber, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist, er hat nicht die Rechtsmacht im Namen des Unfallversicherungsträgers eine Willenserklärung nach [§ 13 SGB V](#) abzugeben.
- Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 28. Oktober 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten, die dem Kläger anlässlich eines stationären Klinikaufenthaltes in Rechnung gestellt worden sind.

Der 1950 geborene Kläger ist bei der A. P. Krankenversicherungs-AG seit 2011 mit einem jährlichen Selbstbehalt von 1.320 EUR freiwillig gegen Krankheit versichert.

Bei einem Arbeitsunfall am 10. Oktober 2011 zog er sich eine distale Bizepssehnenruptur rechts zu, weswegen er stationär vom 19. bis 24. Oktober 2011 in der F.-S.-Klinik in B. von dem Chefarzt der dortigen Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie, Dr. H., der eine Zulassung als Durchgangsarzt hat, behandelt wurde. Am 19. Oktober 2011 schloss der Kläger mit der Trägerin der Klinik, der Kliniken des Landkreises K. gGmbH, nicht nur einen Behandlungsvertrag, sondern traf mit dieser auch eine Wahlleistungsvereinbarung, insbesondere hinsichtlich der wahlärztlichen Behandlung durch die Chefärzte und Leitenden Ärzte (Wahlärzte). Die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckte sich auf alle an seiner Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung ([§ 115a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Wegen einer Behandlung des Klägers in der F.-S.-Klinik in B. fragte die Beklagte dort mit Schreiben vom 18. Oktober 2011 an, woraufhin ihr am 26. Oktober 2011 die Entlassungs- und Operationsberichte von Dr. H. sowie der Bericht über eine auf dessen Veranlassung durchgeführte histologische Untersuchung im Städtischen Klinikum in K. übersandt worden waren.

Für die stationäre Behandlung des Klägers stellte die Trägerin der F.-S.-Klinik der Beklagten einen Betrag von insgesamt 2.657,99 EUR in Rechnung, der von dieser im November 2011 beglichen wurde.

Nachdem die Beklagte "eine Entschädigung für das Ereignis abgelehnt" hatte (Bescheid vom 29. Februar 2012, Widerspruchsbescheid vom 21. Juni 2012), stellte das Sozialgericht Mannheim (SG) im anschließenden Klageverfahren S 4 U 2./12 fest, dass die Muskelverformung am rechten Oberarm und die Narbenbildung in der Ellenbeuge mit druckschmerzhafter Vorwölbung am Speichenhals nach operativer Rekonstruktion eines Risses der körperfernen Bizepssehne rechts Folgen des Arbeitsunfalls vom 10. Oktober 2011 sind und verurteilte die Beklagte, "dem Kläger entsprechende Leistungen zu gewähren".

Die Trägerin der F.-S.-Klinik in B. verlangte vom Kläger einen Betrag von insgesamt 961,05 EUR, die Städtische Klinikum K. gGmbH forderte wegen einer in ihrer Klinik veranlassten histologischen Untersuchung einen Betrag von 107,05 EUR, zusammen also 1.068,10 EUR, was sich wie folgt zusammensetzte:

Behandlungsdatum Rechnungsdatum Leistungsort Anlass Betrag  
13. Oktober 2011 16. November 2011 F.-S.-Klinik, Anästhesiologie Beratung, Untersuchung 41,56 EUR  
19. Oktober 2011 16. November 2011 F.-S.-Klinik, Anästhesiologie Intubationsnarkose 330,45 EUR  
19. Oktober 2011 6. Dezember 2011 F.-S.-Klinik, Chirurgie Operation, Nachbehandlung 556,78 EUR  
20. Oktober 2011 29. Januar 2012 Städtisches Klinikum K. Histologische Untersuchung 107,05 EUR  
21. Oktober 2011 17. April 2012 F.-S.-Klinik Radiographie 32,26 EUR

Nachdem der Kläger die Rechnungen beglichen hatte, forderte er Anfang November 2013 von der Beklagten Erstattung dieses Betrages. Daraufhin teilte diese ihm im Schreiben vom 9. Dezember 2013 unter anderem mit, dass die dem Forderungsbetrag zugrunde liegenden Rechnungen nur Mehrkosten beinhalteten, welche durch die von ihm in Anspruch genommenen Wahlleistungen entstanden seien. Sie könnten daher nicht vergütet werden. Der Kläger wandte sich, nun anwaltlich vertreten, im Januar 2014 nochmals an die Beklagte und bat darum, sofern die Beklagte an ihrer Auffassung festhalte, um den Erlass eines rechtsmittelfähigen Bescheides.

Mit Bescheid vom 23. Januar 2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, bei den eingereichten Rechnungen handele es sich ausschließlich um stationäre Mehrkosten, weshalb eine Kostenerstattung nicht möglich sei.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und trug zur Begründung im Wesentlichen vor, der Rechnungsbetrag über 107,05 EUR sei wegen der Erhebung eines histologischen Befundes im Städtischen Klinikum in K. entstanden, was nicht von ihm veranlasst worden sei. Ferner müsse er wegen des Selbstbehaltes, den er bei seiner privaten Krankenversicherung habe, weitere Kosten in Höhe von 1.320 EUR selbst tragen, was ohne das Unfallereignis vom 10. Oktober 2011 nicht der Fall gewesen wäre.

Daraufhin setzte sich die Beklagte telefonisch mit dem Sekretariat von Dr. H. in Verbindung. Nach dem hierüber erstellten Aktenvermerk habe der Kläger Chefarztleistungen "gebucht". Im Rahmen dieser Wahlleistungen sei die histologische Untersuchung durch Dr. H. im Städtischen Klinikum in K. veranlasst worden, da es in der F.-S.-Klinik keine eigene Pathologie gebe. Wäre diese Leistung nicht über die Chefarztbehandlung gelaufen, wäre sie mit der DRG-Fallpauschale des stationären Aufenthaltes abgegolten gewesen.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 2014 mit der Begründung zurückgewiesen, auch der Betrag in Höhe von 107,05 EUR stelle Mehrkosten dar, die im Rahmen der Chefarztbehandlung angefallen seien.

Hiergegen hat der Kläger am 7. März 2014 beim SG Klage erhoben und sein Begehren mit gleicher Begründung wie im Verwaltungsverfahren weiterverfolgt.

Auf Anforderung des SG hat Dr. H. die Auskunft gegeben, er sei der verantwortliche Operateur gewesen und habe die Gewebeuntersuchung am 20. Oktober 2011 veranlasst. Die histologische Untersuchung der Bizepssehne bei Rupturen in diesem Bereich sei medizinisch notwendig, um unterscheiden zu können, ob es sich um eine traumatische oder degenerative Veränderung handele. Hiervon hänge auch etwas die Nachbehandlung ab. Daher bestehe kein Zweifel an der Indikation der Probeentnahme und der Beauftragung zur histologischen Untersuchung. Nach seiner Einschätzung wäre die histologische Untersuchung auch bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung durchgeführt worden und mit der DRG-Fallpauschale abgegolten gewesen.

Das SG hat den Klageantrag dahingehend ausgelegt, dass der Kläger unter Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsentscheidung die Verurteilung der Beklagten begehrt, ihm anlässlich des Arbeitsunfalles vom 10. Oktober 2011 "weitere Kosten in Höhe von 1.427,05 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Antragstellung zu bezahlen", und die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28. Oktober 2014 abgewiesen. Aus dem Vorbringen des Klägers und dem von ihm gestellten Antrag ergebe sich, dass nur zu überprüfen sei, ob die Beklagte dem Kläger den Rechnungsbetrag wegen einer histologischen Untersuchung im Städtischen Klinikum in K. und den krankenversicherungsrechtlichen Selbstbehalt zu erstatten habe. Die weiteren Rechnungsbeträge vom 16. November und 6. Dezember 2011 sowie vom 17. April 2012 seien nicht Gegenstand des Klageverfahrens. Dies habe zur Konsequenz, dass die Entscheidung über die Klage ergehen könne, ohne dem Wunsch des Klägers zu entsprechen, ihm die diesbezüglichen Abrechnungsunterlagen der Beklagten beziehungsweise der F.-S.-Klinik zukommen zu lassen, zumal ihm diese Unterlagen im Rahmen der Akteneinsicht bereits vorgelegen hätten. Die Klage sei nicht begründet, denn jedenfalls liege ein Kostenerstattungstatbestand zu Lasten der Beklagten wegen der durchgeführten histologischen Untersuchung nicht vor. Die entsprechende Leistung hätte der Kläger ohne Weiteres auch im Rahmen des Dienst- oder Sachleistungsprinzips, welches im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gelte, erhalten können. Auch wegen des geltend gemachten krankenversicherungsrechtlichen Selbstbehaltes könne die Klage keinen Erfolg haben. Eine diesbezügliche Anspruchsgrundlage enthalte das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht. Im Übrigen stelle die diesbezügliche Kostenbelastung für den Kläger eine mittelbare Folge des Umstandes dar, dass er aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung Leistungen in Form einer Chefarztbehandlung in Anspruch genommen habe, die über den Umfang der gewöhnlichen Dienst- oder Sachleistungen hinausgegangen seien. Eine ausreichende Behandlung der Unfallfolgen sei auch ohne die Wahlleistungsvereinbarung möglich beziehungsweise sicherzustellen gewesen. Vor diesem Hintergrund falle die Kostenlast einzig in die Sphäre des Klägers und sei nicht von der Beklagten zu verantworten. Es gehöre zu dessen Obliegenheiten, sich vor dem Abschluss einer solchen Wahlleistungsvereinbarung über deren Inhalt und Konsequenzen Gewissheit zu verschaffen.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der Kläger am 13. November 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sein Begehren hat er weiterverfolgt, soweit es nicht die Rechnung über eine Radiographie am 21. Oktober 2011 umfasst hat, also nur noch in Höhe von 1.035,84 EUR. Auf dieser Rechnung sei vermerkt worden, dass es sich um eine wahlärztliche Leistung gehandelt habe. Diese Angabe sei jedoch nur auf diesem Dokument erfolgt, woraus ersichtlich sei, dass den übrigen Rechnungsbeträgen keine Wahlleistungen zu Grunde liegen könnten. Er habe von der Beklagten wegen der Behandlungen auch keine Aufklärung über die Differenzierung von Regel- und Wahlleistungen sowie deren Kostenfolgen erhalten. Er habe sich auf die Anweisungen des Durchgangsarztes Dr. H. vom 14. Oktober 2011 verlassen, welche dieser im Auftrag der Beklagten abgegeben habe. Bei der Rechnung über 41,56 EUR für eine eingehende Beratung und fachbezogene Untersuchung am 13. Oktober 2011 könne es sich allein schon deswegen um keine Wahlleistung handeln, weil die Wahlleistungsvereinbarung erst am 19. Oktober 2011 abgeschlossen worden sei. Die zugrunde liegende Leistung sei ohnehin eine

unerlässliche anästhesiologische Vorbereitungen im Hinblick auf die eine Woche später stattgefundene Operation gewesen. Die Rechnung wegen der Narkose am 19. Oktober 2011 könne schon deshalb nicht aufgrund einer Wahlleistungsvereinbarung gestellt worden sein, da auch diese Leistung zur Heilbehandlung erforderlich gewesen sei. Sie hätte jedem Kassenpatienten erbracht werden müssen. Worin hierin eine "Luxusleistung" liege, sei nicht ersichtlich. Gleiches gelte bezogen auf den Rechnungsbetrag von 556,87 EUR, der wegen der Operation am 19. Oktober 2011 und der Nachbehandlung geltend gemacht worden sei. Die Kosten der histologischen Untersuchung über 107,05 EUR gingen ausschließlich auf die Anforderung der Beklagten vom 18. Oktober 2011 zurück. Die Wahlleistungsvereinbarung sei demgegenüber erst am Folgetag abgeschlossen worden. Die Rechnungsstellung mute auch deshalb seltsam an, als die Anforderung der histologischen Untersuchung ersichtlich dazu gedient habe, eventuelle Ansprüche abzuwehren beziehungsweise die Anerkennung des Unfallereignisses als Arbeitsunfall zu verhindern.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 28. Oktober 2014 und den Bescheid vom 23. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 1.035,84 EUR zu erstatten und Zinsen hieraus zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, der gesamte mit der stationären Behandlung des Klägers verbundene Aufwand sei mit der ihr in Rechnung gestellten Fallpauschale, die sie beglichen habe, abgegolten worden. Vereinbare der Kläger mit der Trägerin der Klinik die Erbringung von Wahlleistungen, seien die deswegen anfallenden Kosten nicht erstattungsfähig. Die Vorschriften des Sozialgesetzbuches sähen keine entsprechende Erstattung vor. Selbstbeschaffte Leistungen seien nur in entsprechender Anwendung von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) erstattungsfähig. Dessen Voraussetzungen lägen hingegen nicht vor, da weder eine Unaufschiebbarkeit der Leistungen vorgelegen habe noch Dienst- oder Sachleistungen zu Unrecht abgelehnt worden seien. Die histologische Untersuchung wäre nach der Auskunft der F.-S.-Klinik auch ohne Wahlleistungsvereinbarung automatisch vorgenommen worden, da diese aus Sicht des behandelnden Arztes notwendig gewesen sei. Entgegen der vom Kläger vertretenen Auffassung liege weder ein Auftrag von ihr vor noch sei ein solcher überhaupt erforderlich gewesen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, die SG-Akte S 4 U 2167/12 und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft ([§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen, die er wegen des stationären Aufenthaltes vom 19. bis 24. Oktober 2011 in der F.-S.-Klinik in B. und ob einer von Dr. H. im Städtischen Klinikum in K. veranlassten histologischen Untersuchung getätigt hat. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Streitgegenstand ist, nachdem der Kläger die Erstattung wegen der Rechnung vom 17. April 2012 über 32,26 EUR nicht mehr weiterverfolgt hat, im Berufungsverfahren nur noch ein Anspruch auf Kostenerstattung der von ihm anlässlich der stationären Behandlung beglichene Rechnungen in Höhe von 1.035,84 EUR. Diesem Anspruch steht der Bescheid vom 23. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 2014 entgegen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von noch 1.035,84 EUR konnte auch Gegenstand des Berufungsverfahrens werden, da das SG jedenfalls eine auf Zahlung eines Betrages von 1.427,05 EUR gerichtete Klage abgewiesen hat. Damit ist der Kläger insoweit beschwert, da ihm das SG etwas versagt hat, das von ihm beantragt worden ist (vgl. hierzu Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, vor § 143 Rz. 6). Ohne Belang ist, dass das SG die Höhe des wegen einer Erstattungsforderung geltend gemachten Leistungsantrages nicht auch auf der Grundlage der Rechnungen vom 16. November und 6. Dezember 2011 bestimmt hat, was nach dem Begehren des Klägers ([§ 123 SGG](#)) zutreffend gewesen wäre. Demgegenüber stellt der vom SG im Wege der Auslegung des klägerischen Begehrens herangezogene Betrag des jährlichen Selbstbehaltes bei der privaten Krankenversicherung für sich keine unmittelbare Kostenlast dar, derentwegen Erstattung verlangt werden könnte. Bei sachdienlicher Auslegung ist dies nicht begehrt worden.

Die noch streitigen Kosten in Höhe von 1.035,84 EUR beruhen auf einer privatärztlichen Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf der Grundlage eines vom Kläger abgeschlossenen Behandlungsvertrages und einer Wahlleistungsvereinbarung (vgl. hierzu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29. April 2014 - [L 11 KR 1727/13](#) -, juris). Nach § 17 Krankenkassenentgeltgesetz (KHEntgG) dürfen neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist (Satz 1). Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen unter anderem von einem Arzt erbracht werden (Satz 2). Wahlleistungen sind daher andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein ärztlicher Vergütungsanspruch und kann Kostenerstattung nicht verlangt werden (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) -, SozR 4-2500 § 116 b Nr. 1 Rz. 18 m. w. N.).

Eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Heilbehandlung findet im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) statt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Februar 2000 - B 2 U 1./99 R -, [SozR 3-2200 § 567 Nr. 3](#) S. 12). Danach kommt eine Kostenerstattung in der gesetzlichen Unfallversicherung hinsichtlich einer selbstbeschafften Leistung - worunter verstanden wird, dass der primäre Beschaffungsweg als Sach- oder Dienstleistung verlassen wird (vgl.

Noftz, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, Stand: März 2014, § 13 Rz. 43) - nur dann in Betracht, wenn die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Zusätzlich muss ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung begründenden Umstand, bei der ersten Alternative dem Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung und bei der zweiten Alternative der rechtswidrigen Ablehnung, und dem Nachteil der Versicherten, der Kostenlast, bestehen.

[§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) dient auch im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung als Anspruchsgrundlage, da eine Regelungslücke hinsichtlich der Freistellung oder - wie hier - der Kostenerstattung vorliegt, die diese Norm sachgerecht ausfüllt (vgl. BSG, [SozR 3-2200 § 567 Nr. 3](#) S. 12; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. August 2008 - L 9 U 4./06 -, juris, Rz. 34). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) will den Versicherten die Möglichkeit eröffnen, eine von den Sozialversicherungsträgerinnen geschuldete, aber als Sach- oder Dienstleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen. Die Befolgung des Sach- und Dienstleistungsprinzips wird dadurch abgesichert, dass eine Kostenerstattung nur dann erfolgt, wenn eine Versorgungslücke vorhanden ist ("Systemversagen"). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist eine abschließende Regelung des auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsanspruches bei Leistungen der Heilbehandlung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, [BSGE 99, 180](#) (182)) und entsprechend im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Kostenerstattung hat den Zweck, Versicherte so zu stellen, wie sie bei Gewährung einer Sach- oder Dienstleistung stehen würden. Sie erfasst daher nur Kosten, die Versicherten bei systemischer Leistungserbringung nicht entstanden wären (vgl. [BSGE 99, 180](#) (182)). Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber anderen als den unfallversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringenden oder Zahlungen, die diesen ohne Rechtsgrund zugewendet worden sind, lösen keinen Kostenerstattungsanspruch aus, weil sonst die unfallversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. [BSGE 99, 180](#) (182 f. m. w. N.)). Daher ist ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auch dann ausgeschlossen, wenn Leistungserbringende versuchen, die Unsicherheit über die Berechtigung zur Leistungserbringung dadurch zu unterlaufen, dass sie Versicherte sehenden Auges in Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) treiben, um die vom System an anderer Stelle angebotenen Leistungen selbst zu Lasten der Versicherungsträgerinnen erbringen zu können (vgl. [BSGE 99, 180](#) (183 m. w. N.)). Wirksamkeit kann einer Honorarvereinbarung nur zugebilligt werden, wenn Versicherte vollständig über die Risiken aufgeklärt sind und in dem Bewusstsein auf den Vertrag eingehen, dass sie eine entsprechende Leistung gleicher Qualität ohne eigene Kosten in Anspruch nehmen könnten. Andernfalls kann keine Kostenerstattung verlangt werden, da eine Honorarforderung der Leistungserbringenden nicht entsteht, getroffene Entgeltabreden vielmehr regelmäßig keinen ärztlichen Vergütungsanspruch begründen, so dass trotzdem geleistete Zahlungen nach privatem Versicherungsrecht zurückgefordert werden können (vgl. BGH, Urteil vom 23. März 2006 - III ZR 2./05 -, [NJW 2006, S. 1879](#)). Eine Vertragsgestaltung, die die Unsicherheit der Leistungserbringenden zur Erbringung der Leistungen den Versicherten anlasten will, ist als Abweichung vom grundsätzlich kostenfreien Sach- und Dienstleistungsprinzip regelmäßig gemäß [§ 32](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nichtig (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - B 1 KR 2./05 R -, [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#) Rz. 26). Auch begründen Fehler beziehungsweise Versäumnisse der Leistungserbringenden bei der Aufklärung über die Erbringung einer Leistung, wozu nicht nur medizinische Risikoabwägungen und Behandlungsalternativen, sondern auch wirtschaftliche Aspekte wie Kostenfolgen zählen, keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern schließen allenfalls Vergütungsansprüche der Leistungserbringenden gegen die Versicherten aus (vgl. Noftz, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, Stand: März 2014, § 13 Rz. 42 m. w. N.). Mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 2. November 2007 ([BSGE 99, 180](#)) wurde die noch in seinem Urteil vom 23. Oktober 1996 ([SozR 3-2500 § 13 Nr. 12](#)) vertretene Auffassung aufgegeben, wonach ein die Kostenerstattungspflicht auslösendes Systemversagen auch darin liegen kann, dass zugelassene ärztliche Leistungserbringende Versicherte nicht ausreichend und rechtzeitig darüber informieren, ihnen eine so genannte "Fremdleistung" zu verschaffen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. August 2008 - L 9 U 4./06 -, juris, Rz. 34). Ärztliche Aufklärungsfehler begründen also keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern schließen einen solchen mangels eines Kostenlast begründenden Rechtsgrundes in der Regel aus.

Die Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind vorliegend nicht gegeben. Unaufschiebbare Leistungen im Sinne der ersten Alternative erfolgten bei der beim Kläger durchgeführten planbaren Operation einer Bizepssehnenruptur nicht, zumal bei einer Notfallbehandlung (vgl. hierzu Thüringer LSG, Urteil vom 1. Oktober 2013 - L KR 7./11 -, juris, Rz. 18 f.) die Behandlungskosten ohnehin nicht mit den Versicherten abzurechnen sind (vgl. LSG N.-W., Urteil vom 27. Januar 2015 - L 1 KR 3./11 -, juris).

Aber auch eine unrechtmäßige Leistungsablehnung durch die beklagte Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung liegt nicht vor. Wegen der erst am 19. Oktober 2011 abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarung, die keine davor erbrachten Leistungen umfasst, bestand seitens der Trägerin der F.-S.-K. in B. wegen der am 13. Oktober 2011 erbrachten Leistungen in Form einer Beratung und einer Untersuchung kein privatrechtlicher Vergütungsanspruch. Denn bei der Leistungskonkretisierung ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (BSG, Urteil vom 2. September 2014 - B 1 KR 1./13 R -, [SozR 4-2500 § 13 Nr. 32](#) Rz. 23). Die geleistete Zahlung in Höhe von 41,56 EUR hat der Kläger folglich ohne Rechtsgrund erbracht, so dass bereits deshalb kein Kostenerstattungsanspruch entstehen konnte.

Unabhängig davon, ob Dr. H. seine Aufklärungspflicht mit der Folge verletzt hat, dass ein Vergütungsanspruch gegen den Kläger bereits deswegen ausgeschlossen ist, kommt ein Kostenerstattungsanspruch wegen der beiden Rechnungen über die am 19. Oktober 2011 erbrachten Leistungen aber auch deshalb nicht in Betracht, da die Beklagte die aus Anlass der Bizepssehnenruptur erfolgte Intubationsnarkose und die Operation mit Nachbehandlung nicht zu Unrecht abgelehnt hatte, wie dies die zweite Alternative von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) voraussetzt. Danach ist es erforderlich, dass die zuständige Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung rechtzeitig von der Notwendigkeit solcher Maßnahmen erfährt und somit auch zeitnah ihre Zuständigkeit und die Geeignetheit in Betracht kommender Maßnahmen vor deren Inanspruchnahme prüfen kann. Erfährt sie hingegen erst im Nachhinein hiervon, so kann sie das ihr bei der Art, dem Umfang und der Durchführung der Heilbehandlung zustehende Auswahlermessen ([§ 26 Abs. 5 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII) allenfalls noch theoretisch ausüben. Der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung muss vielmehr für die anzustellenden Ermittlungen und Erwägungen eine angemessene Zeitspanne eingeräumt werden, während der eine Beeinflussung durch von Versicherten selbst unternommene Schritte hinsichtlich einer von ihnen selbst ohne Absprache mit der zuständigen Leistungsträgerin gewählten und organisierten Heilbehandlungsmaßnahme unterbleibt. Im Regelfall ist von den Versicherten zu erwarten, sich rechtzeitig an die zuständige Sozialleistungsträgerin zu wenden und deren Entscheidung abzuwarten. Dieses Erfordernis ist auch dem hier entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zu entnehmen. Der dort geforderte notwendige Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und dem

Nachteil der Versicherten, also der vorläufigen Kostentragung, kann nur dann gegeben sein, wenn die Entscheidung der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung getroffen worden ist, bevor die Versicherten sich die Leistung selbst beschafft haben (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 29. Januar 2015 - L 1 KR 1./13 -, juris, Rz. 21). Vorliegend hat die Beklagte erst mit der Übersendung der Entlassungs- und Operationsberichte von Dr. H. am 26. Oktober 2011 erfahren, welche Heilbehandlungsmaßnahmen am 19. Oktober 2011 durchgeführt worden waren. Eine rechtzeitige Prüfung der Geeignetheit der selbstgewählten Maßnahmen war ihr daher in keiner Weise mehr vor deren Durchführung möglich. Ohne Belang ist in diesem Zusammenhang, dass Dr. H. eine Zulassung als Durchgangsarzt hat. Der an einem zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nur nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist (§ 37 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages gemäß [§ 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#) (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger), im Internet unter "www.kbv.de/media/sp/Vertrag\_Aerzte\_Unfallversicherungstraeger.pdf"; vgl. hierzu Senatsurteil vom 21. November 2013 - L 6 U 4./11 -, nicht veröffentlicht). Damit wird sichergestellt, dass Unfallverletzte die vom Ausmaß der Verletzungen abhängige notwendige Behandlungen erhalten. Damit ist einem Durchgangsarzt aber nicht zugleich die Rechtsmacht eingeräumt, im Namen einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine auf Ablehnung einer Leistung ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)) gerichtete Willenserklärung abzugeben (vgl. auch BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 - B 2 U 2./08 R -, [BSGE 105, 210](#) (213)). Daher kann auch dessen Kenntnis von Umständen insoweit einer solchen Leistungsträgerin nicht zugerechnet werden.

Die Voraussetzungen von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind aus diesen Gründen ebenfalls zu verneinen, soweit der Kläger die Erstattung von Kosten wegen der histologischen Untersuchung am 20. Oktober 2011 verfolgt, wobei unterstellt wird, dass die von der Städtischen Klinikum K. gGmbH gestellte Rechnung für die Trägerin der F.-S.-Klinik erfolgte. Nur dann gäbe es mit der Wahlleistungsvereinbarung vom 19. Oktober 2011, wonach auch von Ärzten dieser Klinik bei Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb dieser Klinik veranlasste Leistungen abgerechnet werden können, überhaupt einen möglichen Rechtsgrund für die vom Kläger geleistete Zahlung von 107,05 EUR. Denn es ist weder vorgetragen worden noch sonst ersichtlich, dass zwischen der Städtischen Klinikum K. gGmbH und dem Kläger eine Vereinbarung geschlossen wurde.

Mangels Anspruch auf die geltend gemachte Erstattungsforderung als Geldleistung (vgl. Gutzler, in Beck'scher Online-Kommentar zum SGB I, Stand: 1. März 2015, § 44 Rz. 3) besteht auch kein Anspruch auf deren Verzinsung gemäß [§ 44 SGB I](#).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-13