

L 9 KR 149/18

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 182 KR 2307/16
Datum
26.03.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 149/18
Datum
19.06.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Fehlt es an einer schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer, scheidet eine Kostenerstattung bzw. Freistellung durch die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) aus. Ein etwaiger Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse bleibt davon unberührt.
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. März 2018 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Übernahme von Kosten in Höhe von 2.700 Euro für die Nutzung einer Motorbewegungsschiene.

Die im Jahre 1956 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Sie verfügt über einen Grad der Behinderung von 90 u.a. mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) und B (Begleitung erforderlich). Sie ist mit einer Knie-TEP links und einer Hüft-TEP rechts versorgt.

Ein Sturz auf das rechte Knie führte am 1. Juli 2016 zu einer suprakondylären Femurfraktur rechts (Bruch des Oberschenkelknochens in Kniehöhe). Vom 1. Juli 2016 bis zum 13. Juli 2016 befand sie sich zur stationären Behandlung im V Klinikum im F. Am 1. Juli 2016 und am 6. Juli 2016 erfolgten operative Eingriffe (geschlossene Reposition der Fraktur mit Fixateur externe, Entfernung des Fixateur externe und offene Reposition).

Noch im Krankenhaus wurde der Klägerin eine CPM-Schiene (Motorbewegungsschiene) ärztlich verordnet. Mit einer solchen Schiene ist eine passive bzw. passiv assistierte Gelenkbewegung in der postoperativen Phase möglich.

Diese Verordnung ging am 13. Juli 2016 bei der Beklagten ein. Als "Empfehlung zur Weiterbehandlung" enthielt der Krankenhausentlassungsbericht einen Hinweis auf die Mobilisation der Klägerin. Diese solle durch die CPM-Schiene erfolgen, zunächst "passiv 30 Grad 1/2h tgl. bis zur 3. postoperativen Woche, 60 Grad 3.-6. postoperative Woche, bei Konsolidierungszeichen 90 Grad, danach frei". Empfohlen werde außerdem Verbandswechsel durch die häusliche Krankenpflege und Physiotherapie unter Entlastung des rechten Beines bis zur sechsten postoperativen Woche. Das Krankenhaus veranlasste die Beschaffung einer Motorbewegungsschiene und Lieferung an die häusliche Adresse der Klägerin, damit diese nahtlos nach der Entlassung aus der stationären Behandlung die Mobilisation im häuslichen Bereich fortsetzen konnte. Auch der die Klägerin ambulant behandelnde Chirurg, Dr. M. Z, verordnete der Klägerin am 15. Juli 2016 eine Motorbewegungsschiene zum Einsatz am Kniegelenk; dieser Arzt attestierte am 1. August 2016, aus unfallchirurgischer Sicht sei es unbedingt und dringlich zu befürworten, dass sich die Klägerin mit einer Motorschiene selbst beübe.

Die Motorbewegungsschiene wurde der Klägerin am 14. Juli 2016 von der MT R GmbH () geliefert und gelangte von da an zum Einsatz im häuslichen Bereich. Den Erhalt der Lieferung quittierte die Klägerin. Für die Nutzung der Schiene bis zum 9. November 2016 stellte die der Klägerin 2.700 Euro in Rechnung (Nutzungszeitraum 28. Juli 2016 bis 9. November 2016, Abzug von zwei Wochen 14. bis 28. Juli 2016 aus Kulanzgründen, Rechnung vom 23. Februar 2017).

Nach Erhalt der krankenhausesärztlichen Verordnung befasste die Beklagte den MDK mit dem Vorgang. Dieser gelangte in einer Stellungnahme vom 19. Juli 2016 (Dr. A. V) zu der Einschätzung, der Motorschieneneneinsatz sei medizinisch nicht unabdingbar. Relevanter therapeutischer Nutzen sei nicht belegt. Aussagefähige Studien fehlten. Ambulante Physiotherapie und Selbstübungsprogramm seien

zunächst auszuschöpfen.

Mit Bescheiden vom 20. Juli 2016 und 22. Juli 2016 lehnte die Beklagte hierauf eine Kostenübernahme ab. Der behandelnde Arzt solle eine Heilmittelbehandlung veranlassen.

Mit ihrem Widerspruch führte die Klägerin an, die Motorbewegungsschiene beschleunige den Heilungsprozess wesentlich und ergänze die krankengymnastischen Behandlungen und die täglichen Selbstübungen.

In einer weiteren Stellungnahme vom 5. September 2016 (Dr. J. M) blieb der MDK bei seiner ablehnenden Haltung.

Der ambulant behandelnde Chirurg, Dr. M. Z, attestierte am 27. Oktober 2016, die von der behandelnden Unfallklinik dringend empfohlene Motorschiene verordnet zu haben. Es habe eine "absolute Notwendigkeit" bestanden, da die Klägerin infolge Gehunfähigkeit die effektive Beübung unbedingt in der Häuslichkeit habe durchführen müssen. Der Einsatz der Motorschiene stelle ein allgemein anerkanntes effektives Therapieschema dar, das täglich mehrfach selbst angewandt werden könne. Dies schaffe in dieser Behandlungsdichte keine Physiotherapie.

Mit Bescheid vom 10. November 2016 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Allein die vertragsärztliche Verordnung des Hilfsmittels begründe noch keinen Leistungsanspruch. In Ermangelung eines Nutznachweises könne die Versorgung mit einer Motorbewegungsschiene im häuslichen Bereich nicht als medizinisch erforderlich angesehen werden. Empfehlenswert seien die Ausschöpfung der ambulanten Heilmittelanwendung sowie ein mehrfach tägliches Selbstübungsprogramm. Sofern mit der Firma kein Privatvertrag geschlossen worden sei, sei diese auch nicht berechtigt, die Kosten der Klägerin privat in Rechnung zu stellen.

Mit der am 12. Dezember 2016 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Der Einsatz der Motorschiene sei neben der regelmäßig und konsequent wahrgenommenen Krankengymnastik einschließlich häuslicher Selbstübungen medizinisch erforderlich gewesen, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Die medizinische Dringlichkeit ergebe sich aus den Verordnungen und Bekundungen des Krankenhausarztes sowie des behandelnden Vertragsarztes. Angesichts ihrer Vorerkrankungen gerade auf orthopädischem Gebiet und ihrer erheblichen Gehbehinderung sei die Motorschiene von größtem Nutzen gewesen. Die lange Nutzungsdauer des Geräts sei auf die Vorerkrankungen der Klägerin zurückzuführen. Erst nach zehn Wochen sei sie überhaupt in der Lage gewesen, mit einer Belastung des rechten Beines zu beginnen.

Die Beklagte hat erklärt, es sei nicht nachvollziehbar, warum und auf welcher Grundlage das Gerät bis zum 9. November 2016 genutzt worden sei. Zudem habe die Klägerin sich das Gerät schon besorgt, bevor die Beklagte überhaupt über den Antrag auf Kostenübernahme entschieden habe. Es gebe keinen Anhaltspunkt dafür, dass der Einsatz des Geräts unaufschiebbar gewesen sei.

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 26. März 2018 abgewiesen. Offen bleiben könne, ob die Klägerin überhaupt einer wirksamen zivilrechtlichen Verpflichtung gegenüber der Firma ausgesetzt sei. Denn die Versorgung mit einer Motorbewegungsschiene sei nicht unaufschiebbar gewesen. Zudem fehle es am Erfordernis des Kausalzusammenhangs. Die Klägerin habe sich die Leistung selbst beschafft, bevor die Beklagte über den Kostenübernahmeantrag entschieden habe. Die ärztliche Verordnung sei am 13. Juli 2016 bei der Beklagten eingegangen, und schon tags darauf sei das Gerät der Klägerin geliefert worden. Erst am 20. Juli habe die Beklagte den Kostenübernahmeantrag abgelehnt. Bei der sich über den längeren Zeitraum erstreckenden Versorgung handele es sich um einen zusammenhängenden Komplex im Sinne eines einheitlichen Behandlungsgeschehens.

Gegen den ihr am 5. April 2018 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 7. Mai 2018 (Montag) Berufung eingelegt. Zu Unrecht habe das Sozialgericht die Leistung für nicht unaufschiebbar gehalten. Eine Motorbewegungsschiene sei schon während des stationären Krankenhausaufenthalts genutzt worden. Der behandelnde Krankenhausarzt habe die nahtlose Versorgung der Klägerin mit einem solchen Gerät im häuslichen Bereich für so dringend gehalten, dass er eine Bestellung noch während des Krankenhausaufenthalts veranlasst habe. Unmittelbar nach ihrer Entlassung sei die Klägerin dann auch schon von der Firma kontaktiert worden. Zweifelsfrei habe die Klägerin eine außergewöhnliche Gehbehinderung, was ihre effektive Behandlung umso dringlicher gemacht habe. Die Rechnung der Firma habe sie noch nicht beglichen. Mittlerweile habe die Firma ein Inkassounternehmen mit der Beitreibung der Forderung beauftragt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. März 2018 sowie die Bescheide der Beklagten vom 20. und 22. Juli 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. November 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von der Forderung der Firma M R GmbH i.H.v. 2.700 Euro zuzüglich Nebenkosten (Mietkosten für die Nutzung einer Motorbewegungsschiene laut Rechnung vom 23. Februar 2017 für den Zeitraum 28. Juli 2016 bis 9. November 2016) freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Berichterstatter hat die Firma um Auskunft gebeten, ob die Rechnung über 2.700 Euro inzwischen beglichen sei und ob die Klägerin mit der Firma eine vertragliche Bindung eingegangen sei. Mit Schreiben vom 13. Juni 2019 hat die Firma hierauf erklärt: Ein Geldeingang sei nicht zu verzeichnen. Die Versorgung sei aufgrund der Hilfsmittelverordnung durch das Krankenhaus erfolgt. "Über die anfallenden Kosten nach Ablehnung der AOK Nordost" sei die Klägerin "informiert" worden.

Mit Beschluss vom 23. April 2019 hat der Senat den Rechtsstreit dem Berichterstatter übertragen, der zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entscheidet.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs

der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat über die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der Besetzung durch den Berichterstatter und die ehrenamtlichen Richter entschieden, weil das Sozialgericht über die Klage durch Gerichtsbescheid entschieden und der Senat durch Beschluss vom 23. April 2019 die Berufung dem Berichterstatter zur Entscheidung zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen hat.

Die Berufung hat keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Freistellung von der Forderung der Firma M R GmbH i.H.v. 2.700 Euro zuzüglich Nebenkosten. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat Bezug auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Zu ergänzen und zu betonen bleibt:

Ein Freistellungsanspruch der Klägerin scheidet schon deshalb aus, weil ihr keine erstattungsfähigen Kosten entstanden sind. Dabei hängt der Anspruch eines Versicherten aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht von einer tatsächlich geleisteten Zahlung ab; eine solche ist hier nicht erfolgt, denn die Klägerin sah und sieht ausdrücklich nur die Beklagte als zur Tragung der Kosten für die Versorgung mit der Motorbewegungsschiene verpflichtet. Für einen Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht es vielmehr, abgesehen von den sonstigen tatbestandlichen Voraussetzungen, aus, wenn der Versicherte einer wirksamen Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juli 1998, [B 1 KR 3/97 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 12; Urteil vom 28. März 2000, [B 1 KR 11/98 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 11). In diesem Fall geht der Anspruch auf Freistellung, d.h. Zahlung unmittelbar an den Leistungserbringer; das macht die Klägerin hier geltend.

Die bloße Inanspruchnahme des Leistungserbringers genügt für die Begründung einer Honorarforderung allerdings nicht. Eine Zahlungspflicht des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer folgt auch nicht schon aus der Tatsache, dass die Krankenkasse die Bezahlung der Rechnung verweigert. Erforderlich ist nach zutreffender ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zusätzlich stets eine wirksame (bürgerlich-rechtliche) Verpflichtung des Versicherten, die in Anspruch genommenen Leistungen zu begleichen (Urteil vom 13. Juli 2004 [B 1 KR 11/04 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 22; Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 25/06 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 18 ; Beschluss vom 1. Dezember 2011, [B 3 KR 17/11 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 6). Fehlt es hingegen an einer solchen schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer, scheidet eine Kostenerstattung bzw. Freistellung durch die Krankenkasse aus. Ein etwaiger Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse bleibt davon unberührt (vgl. Bundessozialgericht, Beschluss vom 1. Dezember 2011, [B 3 KR 17/11 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 6).

Vorliegend konnte der Senat sich nicht von einer schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung der Klägerin gegenüber dem Leistungserbringer, der Firma MTR, überzeugen. Es gibt keinen Ansatzpunkt für das Zustandekommen eines Vertrages.

Der am 14. Juli 2016 von der Klägerin unterschriebenen "Empfangsbestätigung" ist eine solche Zahlungsverpflichtung nicht zu entnehmen. Bezogen ist die Erklärung im Wesentlichen auf den Erhalt des Geräts und die Abwicklung etwaiger Schäden. Eine private Zahlungspflicht der Klägerin wird nur für den Fall statuiert, dass sie das Gerät nicht vollständig oder nicht in einwandfreiem Zustand zurückgibt. Bei Nichtrückgabe, verspäteter Rückgabe, Verlust oder Beschädigung soll der Versicherte schadensersatzpflichtig sein. All dem ist keine schuldrechtliche Verpflichtung der Klägerin zur Zahlung für den Fall zu entnehmen, dass die Beklagte die Kosten der Versorgung nicht übernimmt. Bestätigt wird dies durch die Auskunft der Firma gegenüber dem Senat vom 13./17. Juni 2019. Der Senat hat den Leistungserbringer gebeten mitzuteilen, ob die Klägerin ihm gegenüber eine zivilrechtliche Zahlungsverpflichtung eingegangen ist und gegebenenfalls eine Vertragskopie zu übersenden. Irgendwelche auf einen Vertragsschluss deutenden Unterlagen wurden hierauf nicht übersandt. Letztlich hat der Leistungserbringer indirekt das Fehlen vertraglicher Zahlungsverpflichtungen der Klägerin bestätigt, indem er lediglich ausgeführt hat, "über die anfallenden Kosten nach Ablehnung der AOK Nordost" sei die Klägerin "informiert" worden.

All dies genügt zur Überzeugung des Senats nicht, um hinreichend sicher auf eine schuldrechtliche Zahlungsverpflichtung der Klägerin gegenüber der Firma schließen zu können. Diese wird die Beitreibung der Kosten gegenüber der Klägerin einzustellen haben und sich gegebenenfalls unmittelbar an die Beklagte wenden müssen.

Unabhängig davon hätte die Klägerin ohnehin keinen Versorgungsanspruch gegenüber der Beklagten, denn bei der Therapie mittels einer Motorbewegungsschiene handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode im Sinne von [§ 135 SGB V](#), für die es an einer positiven Empfehlung durch den GBA fehlt. Das zeigt gerade auch der aktuelle Abschlussbericht des IQWiG vom 23. Juli 2018 zum "Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen (CPM) nach Interventionen am Knie- oder am Schultergelenk", der Anhaltspunkte für einen höheren medizinischen Nutzen der CPM in Kombination mit Physiotherapie gegenüber der alleinigen Physiotherapie nur in sehr begrenztem Umfang erkennen konnte, nämlich bei der Versorgung mit einer Knieendoprothese. In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung findet die Motorbewegungsschiene in Anlage 1 ("Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden") keine Erwähnung; erwähnt ist sie lediglich in Anlage 3 ("Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist") für die Indikation "Selbstanwendung aktiver Kniebewegungsschienen durch Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung von Rupturen des vorderen Kreuzbands", gültig bis 31. Oktober 2023. Damit gehört die Motorbewegungsschiene für die Erkrankung der Klägerin nicht zur Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits. Die Revision ist nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-07-12