

## L 5 KR 5/00

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 100/98  
Datum  
02.12.1999  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 5/00  
Datum  
19.12.2000  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 02.12.1999 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger verlangt aus übergegangenem Recht die Erstattung der Kosten einer Begleitperson während einer stationären Behandlung.

Der Kläger ist der Rechtsnachfolger seiner im Widerspruchsverfahren verstorbenen Ehefrau (im folgenden: Versicherte). Diese war versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Sie befand sich ab 05.05.1997 in stationärer Behandlung im M ...Krankenhaus , wo ein Hüftprothesenwechsel rechts vorgenommen wurde. Die Behandlung der multimorbiden Versicherten war wegen einer Verzögerung der Wundheilung und erschwerter Mobilisation langwierig. Die zunächst bereits Anfang Juni 1997 beabsichtigte Verlegung zur Anschlussheilbehandlung (AHB) konnte erst am 12.09.1997 vorgenommen werden. Die Versicherte wurde in die B ...-Klinik verlegt, wo sie bis zum 17.10.1997 behandelt wurde. Die zwischen dem Verband der Angestellten- Krankenkassen und der Klinik bestehende Vergütungsvereinbarung sieht in Ziffer 1.4 vor, dass mit der vereinbarten Vergütung (tägliche Vergütungspauschale) sämtliche während der Rehabilitationsmaßnahme anfallenden Kosten abgegolten sind.

Der Kläger begleitete die Versicherte während ihrer Behandlung in der B.Klinik. Vor Beginn der Behandlung erkundigte er sich bei der Geschäftsstelle D., ob die Kosten seiner Mitaufnahme von der Beklagten übernommen würden. Ein Mitarbeiter der Beklagten teilte ihm daraufhin mit, er möge sich um eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung kümmern und sich nach Durchführung der Maßnahme an die Beklagte wenden, sofern ihm für die Begleitung Kosten entstehen würden. Dr. V (M-Krankenhaus ) bescheinigte unter dem 10.09.1997, die Versicherte sei aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes nicht in der Lage, ohne Hilfe zu essen, sich ohne fremde Hilfe zu waschen und anzuziehen und sich ohne fremde Hilfe allein fortzubewegen. Es bestehe eine Harninkontinenz und sie trage einen Blasenkatheter. Eine ständige Begleitung sei aus ärztlicher Sicht erforderlich. Der Beklagten lag diese Bescheinigung am 18.09.1997 vor. Die B- Klinik stellte dem Kläger bzw. seiner Ehefrau mit Rechnung vom 14.10.1997 für Unterkunft und Verpflegung in der Klinik vom 12.09. bis 17.10.1997 2.625,-,- DM (35 Tage á 75,-,- DM) in Rechnung, die der Kläger bzw. seine Ehefrau bezahlt haben.

Die Versicherte beantragte anschließend bei der Beklagten die Erstattung dieser Kosten. Mit Schreiben vom 17.10.1997 wandte sich die Beklagte an die B-Klinik und bat um Mitteilung, warum die Versicherte aufgenommen worden sei, obwohl sie offensichtlich nicht AHB-fähig gewesen und ob und wie lange eine Begleitperson erforderlich gewesen sei. In ihrem Antwortschreiben vom 21.10.1997 führte die B-Klinik aus, eine medizinische Indikation für eine ständige Begleitung habe während der gesamten Rehabilitationszeit nicht bestanden. Die Versicherte habe sich auch in einem ausreichend AHB-fähigen Zustand befunden. Personell und medizinisch sei die Klinik so eingerichtet, dass man auch intensiv-pflegebedürftige Patienten ohne Anwesenheit des Ehepartners behandeln könne. Das M-Krankenhaus habe in dem in der B.-Klinik vorliegenden Antrag für die Anschlussrehabilitation nur eine Begleitperson für die Anreise als notwendig erachtet. Von der Bescheinigung von Dr. V ... vom 10.09.1997 habe man keine Kenntnis gehabt.

Mit Bescheid vom 30.10.1997 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten der Begleitperson ab, da nach Auskunft der B ...-Klinik eine medizinische Notwendigkeit hierfür nicht bestanden habe. Die Versicherte machte mit ihrem Widerspruch geltend, vor der Rehabilitationsmaßnahme sei dem Kläger mündlich mitgeteilt worden, eine Kostenübernahme für eine Begleitperson könne erfolgen, wenn eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit vorliege. Da Dr. V ... am 10.09.1997 die Notwendigkeit der Begleitung bescheinigt habe, sei sie davon ausgegangen, dass die Kosten übernommen würden. Sie wolle zwar die Qualität der Versorgung in der B ...- Klinik nicht in Frage stellen, es sei aber eindeutig so, dass die Betreuung durch den Ehemann erheblich zum Erfolg beigetragen habe. Auf Nachfrage der

Beklagten teilte Dr. V ... in einem Schreiben vom 19.01.1998 mit, die Versicherte habe zum Zeitpunkt der Verlegung angegeben, ohne ständige Hilfe ihres Ehemannes nicht zurecht zu kommen, was ihm auf Grund der damaligen objektiven Situation als nachvollziehbar erschienen sei. Zumindest am Anfang der AHB habe sich dies tatsächlich auch so dargestellt. Warum die B.-Klinik eine anderslautende Aussage mache, könne er nicht beurteilen. Ohne die Begleitung des Ehemannes hätte die Versicherte die AHB nicht antreten können und weiter stationär im M ...- Krankenhaus behandelt werden müssen. Mit weiterem Bescheid vom 16.02.1998 und Widerspruchsbescheid vom 10.07.198 lehnte die Beklagte erneut die Übernahme der Kosten wegen fehlender Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson ab.

Im Klageverfahren hat der Kläger nochmals bekräftigt, ihm sei mündlich die Auskunft erteilt worden, die Unterbringungskosten würden übernommen, wenn eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Mitaufnahme vorliege. Die Bescheinigung von Dr. V ... habe er auch bei der Aufnahme in der B ...-Klinik vorgelegt. Ihm sei erklärt worden, dass die Klinik die Kosten für die Begleitperson einziehe und die Abrechnung dann von dem Kläger bzw. der Versicherten aus mit der Beklagten erfolgen müsse. Ferner hat der Kläger die Notwendigkeit seiner Mitaufnahme betont und die Auffassung vertreten, insoweit komme der Bescheinigung von Dr. V ... das größere Gewicht zu als der Auskunft der B ...- Klinik.

Die Beklagte hat geltend gemacht, ihr Mitarbeiter habe zu keinem Zeitpunkt die Zusage erteilt, dass die entstandenen Kosten übernommen würden. Sie hat ferner auf die Vergütungsvereinbarung verwiesen und insoweit vorgetragen, soweit die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei, habe sie mit der Bezahlung des Pflegesatzes ihre Leistungspflicht erfüllt.

Das Sozialgericht hat nach Einholung von Auskünften von dem behandelnden Arzt Dr. N ... dem M ...Krankenhaus sowie der B ...-Klinik mit Urteil vom 02.12.1999 die Klage abgewiesen. Es hat die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme des Klägers auf Grund der Auskünfte der B ...-Klinik verneint. Ein Erstattungsanspruch wegen einer eventuellen mündlichen Kostenzusage des Mitarbeiters der Beklagten scheidet mangels Schriftform der Zusicherung aus.

Im Berufungsverfahren wiederholt der Kläger im wesentlichen seinen bisherigen Vortrag und rügt die "äußerst mangelhafte und unzulängliche" Betreuung der Versicherten in der B ...-Klinik, die sei ne Begleitung notwendig gemacht habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 02.12.1999 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 30.10.1997 und 16.02.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.1998 zu verurteilen, ihm einen Betrag von 2.625,- DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie räumt ein, dass die Bescheinigung von Dr. V ... vom 10.09.1997 schon am 18.09.1997 auf ihrer Geschäftsstelle in D. vorgelegen habe. Der Mitarbeiter habe aber keines falls eine Zusage erteilt, dass die Kosten übernommen würden. Im übrigen hält die Beklagte die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat die Behandlungsunterlagen der B ...-Klinik beigezogen, auf die wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Der Kläger kann die Erstattung der ihm bzw. der Versicherten in Rechnung gestellten Kosten seiner Mitaufnahme in die B ...-Klinik nicht von der Beklagten beanspruchen.

Ein Erstattungsanspruch der Versicherten gegen die Beklagte, der auf den Kläger als Alleinerbe seiner Ehefrau übergegangen wäre ([§ 58](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch ( SGB I ) i.V.m. [§ 1922 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch ( BGB ) ), besteht nicht.

[§ 11 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ( SGB V ) sieht vor, dass bei stationärer Behandlung die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten umfassen. Diese Regelung gilt für alle Formen der stationären Behandlung, also auch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) (vgl. Kass.Komm. - Höfler, [§ 11 SGB V](#) Rdnr. 10). Dahingestellt bleiben kann, ob die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme des Klägers in die B ...-Klinik (für die abweichend von der Bescheinigung von Dr. V ... vom 10.09.1997 weder aus dem vorläufigen Entlassungsbericht des M ...-Krankenhauses noch dem Entlassungsbericht vom 22.09.1997 etwas folgt) gegeben war. Denn ein Anspruch auf Erstattung der berechneten Kosten ist auf Grund der Vergütungsvereinbarung zwischen der Beklagten und der B ...-Klinik aus [§ 11 Abs. 3 SGB V](#) ausgeschlossen. Gemäß Nr. 1.4 der auf der gesetzlichen Grundlage des [§ 111 Abs. 5 SGB V](#) geschlossenen Vergütungsvereinbarung sind mit der Tagespauschalvergütung sämtliche während der Rehabilitationsmaßnahme anfallenden Kosten der Klinik abgegolten. Nach dem eindeutigen Wortlaut dieser Regelung ("sämtliche") umfasst die Vergütung somit auch den eventuellen zusätzlichen Aufwand für die Aufnahme einer Begleitperson.

Diese Auslegung der Vergütungsregelung wird durch die Gesetzesentwicklung bestätigt. Mit [§ 11 Abs. 3 SGB V](#) ist lediglich die schon vor dem Inkrafttreten des SGB V anerkannte Nebenleistung der Mitaufnahme einer Begleitperson bei einer stationären Behandlung (vgl. BSG SozR 2200 § 184 Nr. 16) kodifiziert worden. Der Gesetzgeber hat die Regelung als Klarstellung angesehen, mit der keine Leistungsausweitung verbunden sei ([BT-Drucks. 11/3480, S. 50](#)). In der genannten Entscheidung hatte das BSG einen Kostenerstattungsanspruch für die vom Krankenhaus berechneten Kosten der Mitaufnahme der Begleitperson verneint, weil das Krankenhaus die erforderliche Krankenhauspflege im Rahmen des allgemeinen Pflegesatzes erbringe und daher eine aus medizinischen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson mit der Zahlung des allgemeinen Pflegesatzes abgegolten sei. Dementsprechend sieht für die Vergütung bei stationärer Krankenhausbehandlung die Bundespflegesatzverordnung (BPIV) vor, dass zu den allgemeinen

Krankenhausleistungen, die mit dem Pflegesatz abgegolten sind (§ 10 Abs. 2 BPIV), auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson zählt (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 BPIV). Dieser Rechtslage entspricht die hier vorliegende Vergütungsregelung. Es ist daher unbedenklich, wenn die Beklagte in der Vergütungsvereinbarung mit der B ...-Klinik die entsprechende Regelung getroffen hat, dass mit der Tagespauschalvergütung sämtliche anfallenden Kosten abgegolten sind. Die Beklagte hat somit mit der Bezahlung der vereinbarten Vergütung an die B-Klinik ihre Leistungspflicht gegenüber der Versicherten auch hinsichtlich einer medizinisch notwendigen Mitaufnahme des Klägers erfüllt.

Auf sonstige Rechtsgrundlagen lässt sich der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht stützen. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) greift schon deshalb nicht ein, weil die Beklagte - wie ausgeführt - den Sachleistungsanspruch der Versicherten auch hinsichtlich der Mitaufnahme des Klägers erfüllt hat. Eine Zusicherung im Sinne des [§ 34](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), zusätzlich anfallende Kosten zu übernehmen, hätte der Schriftform bedurft, aus einer mündlichen Zusage - die die Beklagte auch bestritten hat - kann der Kläger keine Rechte herleiten.

Auch die unzulängliche bzw. fehlerhafte Beratung durch die Beklagte vermag keinen Erstattungsanspruch zu begründen. Die Beklagte hat zwar ihre Beratungspflicht ([§§ 13, 14 SGB I](#)) gegenüber der Versicherten verletzt. Angesichts der bestehenden Vergütungsvereinbarung mit der B ...-Klinik hätte der Kläger, der sich als Bevollmächtigter seiner Ehefrau ([§ 13 Abs. 1 SGB X](#)) über die Kostentragung informierte, darauf hingewiesen werden müssen, dass bei medizinischer Notwendigkeit der Mitaufnahme die Klinik diese Leistung "kostenlos" erbringen müsse. Es war fehlerhaft, wenn der Mitarbeiter der Beklagten dem Kläger die Auskunft erteilte, er solle sich um eine medizinische Notwendigkeitsbescheinigung kümmern und sich nach der Maßnahme an die Beklagte wenden, wenn ihm Kosten entstünden. Vor allem nachdem der Beklagten am 18.09.1997 die Notwendigkeitsbescheinigung des M ...-Krankenhauses vorlag, wäre es ihre Aufgabe gewesen, den Kläger bzw. seine Ehefrau sachgerecht über die bestehende Vergütungsvereinbarung aufzuklären. Offenkundig war den Mitarbeitern der Beklagten selbst die Vergütungsvereinbarung nicht bewusst, denn es ist zunächst ausschließlich die Notwendigkeit der Mitaufnahme geprüft und noch im Klageverfahren erst mit Schriftsatz vom 12.10.1999 auf die Vergütungsregelung hingewiesen worden. Gleichwohl besteht ein vor den Sozialgerichten geltend zu machender Herstellungsanspruch wegen dieses Beratungsmangels nicht. Dabei kann dahinstehen, ob für die Erstattung von Kosten [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eine abschließende Regelung trifft (so BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)). Der Herstellungsanspruch ist nämlich kein Schadensersatzanspruch, er ist nicht darauf gerichtet, den gesamten Schaden des Betroffenen auszugleichen. Vielmehr ist er nur auf die Vornahme einer Amtshandlung zur Herstellung des sozialrechtlichen Zustandes gerichtet, der bestehen würde, wenn der Versicherte ordnungsgemäß beraten worden wäre (s. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 60](#); s. auch Gagel SGB 2000, 517, 518). Die ordnungsgemäße Beratung der Beklagten hätte darin bestanden, den Kläger darauf hinzuweisen, dass er gegenüber der Klinik Anspruch auf für ihn kostenfreie Mitaufnahme habe. Demgegenüber zielt das Begehren des Klägers auf den Ausgleich der ihm entstandenen finanziellen Nachteile, also auf den Ausgleich von Schäden außerhalb des Sozialrechtsverhältnisses. Insoweit kommt jedoch nur ein Schadensersatzanspruch aus Amtshaftung ([§ 839 BGB](#)) in Betracht, der nur vor den Zivilgerichten geltend gemacht werden kann ([§ 17 Abs. 2 Satz 2](#) Gerichtsverfassungsgesetz).

Ebensowenig können sich aus einem eventuellen Fehlverhalten der B ...-Klinik Ansprüche gegen die Beklagte ergeben. Wenn der Kläger bzw. seine Ehefrau bei der Aufnahme die Notwendigkeitsbescheinigung von Dr. V ... vorgelegt haben sollte und die Ehefrau erkennbar auch nur als Kassenpatientin behandelt werden wollte, hätte zwar die Klinik fehlerhaft gehandelt, wenn sie dem Kläger lediglich erklärte, ihm würden die Kosten der Mitaufnahme in Rechnung gestellt, wegen deren Erstattung er sich dann an die Beklagte wenden müsse. Die Klinik hätte ihn vielmehr ausdrücklich darauf hinweisen müssen, dass aus ihrer Sicht die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme nicht gegeben und eine Kostentragung durch die Beklagte zweifelhaft sei (vgl. zur Frage der Behandlungskosten in einem Krankenhaus OLG Köln [NJW 1990, 1537](#)). Insoweit kämen jedoch nur Ansprüche des Klägers gegen die B ...-Klinik auf Rückzahlung der Kosten in Betracht.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18