

S 8 U 137/09

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 8 U 137/09

Datum

15.06.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Anwendbarkeit des [§ 107 SGB X](#) auf das Verhältnis zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer (hier: Unfallversicherungsträger und Krankenkasse)

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Von den Kosten des Verfahrens trägt der Kläger 3/4 und die Beigeladene 1/4.

III. Der Streitwert wird auf 11.387,41 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger die Bezahlung einer stationären Behandlung in einem von ihm getragenen Krankenhaus beanspruchen kann.

Der bei der Beklagten unfall- und bei der Beigeladenen krankenversicherte K.L. (Versicherter) zog sich am 10. September 2005 bei seiner Tätigkeit als Maschinist eine Stichverletzung zu. Es entwickelte sich ein ulcerierender Weichteildefekt, der operativ behandelt werden sollte. Dazu wurde der Versicherte auf Veranlassung des Durchgangsarztes vom 27. Dezember 2005 bis 5. Januar 2006 in der Klinik D. (Klinik) stationär behandelt. Träger der Klinik ist der Kläger. Während des Krankenhausaufenthalts wurde abgestorbenes Gewebe entfernt und die Wunde vacuumversiegelt. Ein weiterer stationärer Aufenthalt zur Spalthautabdeckung erfolgte in der Klinik dann vom 7. bis 27. Februar 2006. Die Entlassungsberichte über die beiden stationären Aufenthalte wurden an die Beklagte gesandt.

Die Beigeladene zahlte an den Versicherten im Auftrag der Beklagten ab 5. Januar 2006 auch Verletztengeld aus und rechnete dies mit der Beklagten ab.

Am 22. Juni 2007 meldete die Beigeladene gegenüber der beklagten Berufsgenossenschaft einen Erstattungsanspruch von 11.387,41 EUR für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis 5. Januar 2006 an. Die Beklagte lehnte eine Zahlung ab, weil sie von einer verspäteten Geltendmachung ausging.

Daraufhin forderte die Beigeladene die von ihr geleistete Zahlung von der Klinik wieder zurück und kündigte bei Nichtzahlung eine Verrechnung an. Die Klinik sandte daher am 28. Mai 2008 der Beklagten eine Rechnung über 11.387,41 EUR für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis zum 5. Januar 2006. Die Beklagte lehnte die Zahlung aber ab. Ein Ausgleich sei nur im Verhältnis zwischen ihr und der Beigeladenen im Wege einer Erstattung vorzunehmen. Hier sei aber die Anmeldefrist schon abgelaufen. Der Weg über die Klinik umgehe die Regelungen für die Erstattung zwischen den Leistungsträgern rechtsmissbräuchlich.

Am 19. März 2009 nahm die Beigeladene gegenüber der Klinik eine Aufrechnung mit Forderungen wegen der Behandlung anderer bei ihr versicherter Personen in Höhe von 11.387,41 EUR vor.

Am 25. Mai 2009 hat der Kläger durch seine Prozessbevollmächtigten Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben. Der Versicherte sei in der Klinik stationär behandelt worden. Die Beklagte fühle sich auch als zuständiger Leistungsträger. Ob ein Erstattungsanspruch bestehe oder nicht, sei für den Anspruch des Klägers unerheblich. Die Behandlung sei auch medizinisch begründet gewesen. Später ist außerdem noch dargelegt worden, der geltend gemachte Anspruch sei nicht wegen [§ 107](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverfahrensrecht und Sozialdatenschutz – (SGB X) ausgeschlossen. Ein Erstattungsanspruch habe infolge der Verrechnung der Beigeladenen nicht mehr bestanden. Die Zahlung der Beigeladenen habe auch nicht die Erfüllung des Leistungsanspruchs des Klägers bewirkt. Eine Berufung der Beklagten auf [§ 107 SGB X](#) sei im Übrigen treuwidrig, weil sie von ihrer Leistungspflicht gewusst habe. Zudem sei

die Regelung gar nicht auf das Verhältnis zur Beklagten anwendbar, da die Vergütung des Klägers keine Leistung in diesem Sinn sei und der Kläger kein Leistungsberechtigter.

Die Beklagte hat ausgeführt, das Ausgleichsverhältnis zwischen ihr und der beigeladenen Krankenkasse könne nicht umgangen werden, indem der unzuständige Leistungsträger die Aufwendungen vom Leistungserbringer zurückfordere.

Mit Beschluss vom 30. Juli 2009 ist die Krankenkasse des Versicherten beigeladen worden.

Die Beigeladene hat vorgebracht, sie habe die Kosten für die stationäre Behandlung am 6. April 2006 zunächst bezahlt. Der Kläger habe von dem Arbeitsunfall des Versicherten gewusst; der Beigeladenen sei dies zunächst nicht bekannt gewesen. Dennoch habe der Kläger von der Beigeladenen die Vergütung für die Behandlung gefordert. Dem Kläger sei daher ein Verstoß gegen Treu und Glauben vorzuhalten. Weiter habe die Beklagte anerkannt, dass sie der eigentlich zuständige Leistungsträger sei. Daher könne sich die Beklagte nicht auf eine verspätete Anmeldung des Erstattungsanspruchs berufen. Die Beigeladene sei zur Aufrechnung berechtigt gewesen. Die fehlerhafte Zuordnung hinsichtlich des Kostenträgers liege im Verantwortungsbereich des Klägers.

Für den Kläger wird beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger gemäß der Rechnung der Klinik D. vom 28. Mai 2008 11.387,41 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 20. März 2009 zu zahlen. 2. Hilfsweise: Die Beigeladene wird verurteilt, an den Kläger 11.387,41 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 20. März 2009 zu zahlen.

Für die Beklagte wird beantragt,

1. die Klage abzuweisen,
2. hilfsweise die Beigeladene zu verurteilen, an den Kläger 11.387,41 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 20. März 2009 zu zahlen.

Für die Beigeladene wird beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 11.387,41 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 20. März 2009 zu zahlen.
2. Hilfsweise: Die Klage wird abgewiesen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Inhalt der Gerichts- und Behördenakten sowie die Niederschrift über die mündliche Verhandlung am 15. Juni 2010 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Gegenstand des Verfahrens ist, ob der Kläger für die stationäre Behandlung des bei der Beklagten und der Beigeladenen Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis zum 5. Januar 2006 eine Vergütung von 11.387,41 EUR nebst Zinsen beanspruchen kann.

1. Die so verstandene Klage ist im Hauptantrag zulässig, aber in der Sache ohne Erfolg; im Hilfsantrag ist sie teilweise unzulässig und teilweise ohne Erfolg in der Sache.

a) Anspruch auf Zahlung gegenüber der Beklagten

Der vom Kläger gegenüber der Beklagten geltend gemachte Anspruch auf Zahlung von 11.387,41 EUR für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis zum 5. Januar 2006 gemäß der Rechnung der Klinik vom 27. Mai 2008 kann sich nur aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag ergeben. Allgemeine vertragliche Beziehungen zwischen dem Kläger und der Beklagten über die Vergütung stationärer Behandlungen von Versicherten bestehen nicht, insbesondere ist der Kläger nicht am Vertrag Ärzte/UV-Träger beteiligt. Auch durch die stationäre Aufnahme des Versicherten, obwohl er auf Veranlassung des Durchgangsarztes eingewiesen wurde, ist keine vertragliche Beziehung zustande gekommen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2010, [B 2 U 28/08 R](#)).

Wenn dieser Anspruch – auch der Höhe nach – entstanden ist, ist er jedenfalls erloschen. Denn infolge der Bezahlung der Aufwendungen durch die Beigeladene im April 2006 gilt er auch gegenüber der Beklagten als erfüllt. Dies ergibt sich aus einer (analogen) Anwendung des [§ 107 Abs. 1 SGB X](#).

Nach [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) gilt der Anspruch eines Berechtigten gegen den zur Leistung verpflichteten Leistungsträger als erfüllt, soweit ein Erstattungsanspruch besteht. Die Erfüllungsfiktion besteht auch fort, wenn der Erstattungsanspruch – wie es hier von der Beklagten angenommen wird – nach [§ 111 SGB X](#) ausgeschlossen ist. Zweck der in [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) normierten Erfüllungsfunktion ist, dass demjenigen, der eine Leistung von einem erstattungsberechtigten Leistungsträger erhalten hat, kein Erfüllungsanspruch gegen den eigentlich zur Leistung verpflichteten Leistungsträger mehr zusteht. Auf diese Weise wird vermieden, dass der erstattungspflichtige Träger zweimal leisten muss, an den erstattungsberechtigten Träger und an den Leistungsbezieher. Zugleich wird dadurch erreicht, dass der Leistungsberechtigte keine Doppelleistungen erhält. Mit der Erfüllungsfiktion hat der Gesetzgeber sich außerdem aus Gründen der Rechtsklarheit und der Verwaltungsökonomie für eine unkomplizierte und im Rahmen des Sozialleistungsrechts einheitliche Form des Ausgleichs von Leistungsbewilligungen entschieden, die eine Rückabwicklung im Verhältnis zwischen vorleistendem Träger und Leistungsberechtigtem sowie ein Nachholen der Leistung im Verhältnis zwischen leistungspflichtigen Trägern und Leistungsberechtigtem ausschließen soll; dem erstattungsberechtigten Leistungsträger steht insofern kein Wahlrecht zu (vgl. BVerwG, Urteil vom 14. Oktober 1993, [5 C 10/91](#); BSG, Urteil vom 29. April 1997, [8 RKn 29/95](#); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16. Juni 2009, [L 13 AL 5180/07](#); von Wulffen, SGB X, 3. Auflage, § 107 Rz. 2 ff.).

Die Beigeladene hat die gesamten Kosten der stationären Behandlung übernommen, obwohl diese unfallbedingt war und damit gemäß [§ 11 Abs. 5](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) kein Anspruch auf Leistungen bestand. Vielmehr hätte die Beklagte für diese Kosten der Heilbehandlung im Rahmen der [§§ 26, 27](#) und [33](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) aufkommen müssen. Der Beigeladenen stand jedenfalls im Zeitpunkt der Zahlung daher ein Erstattungsanspruch nach [§ 104 SGB X](#) gegen die Beklagte zu. Ob die Klinik zur Behandlung im Verletzungsartenverfahren zugelassen war oder nicht, wie die Beklagte dies noch vorgetragen hat, kann dahinstehen. Denn dies begründet lediglich bestimmte Pflichten des Durchgangsarztes nach § 37 des Vertrages Ärzte/UV-Träger. Es wirkt sich aber nicht auf die aus dem SGB VII resultierende Leistungspflicht der Beklagten aus.

Ob der Erstattungsanspruch von der Beigeladenen tatsächlich erst nach Ablauf der Frist des [§ 111 SGB X](#) geltend gemacht wurde (was wohl anzunehmen ist – siehe dazu etwa BSG, Urteil vom 16. März 2010, [B 2 U 4/09](#)), ist für dieses Verfahren unerheblich.

Gemäß dem oben geschilderten Zweck des [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) ist nicht ersichtlich, weshalb die Regelung nicht zumindest entsprechend auf die vorliegende Konstellation angewendet werden sollte. Der Kläger trägt vor, dass er kein Leistungsberechtigter im Sinn des SGB ist. Weiter nimmt er an, dass [§ 107 SGB X](#) auf das Verhältnis zur Beklagten nicht anwendbar sei, da seine Vergütung keine Leistung in diesem Sinn sei. Das überzeugt nicht. Zunächst spricht [§ 107 SGB X](#) nicht von einer Sozialleistung, sondern nur von der "Leistung". Sein Wortlaut lässt die vom Gericht angenommene Auslegung also zu. Auch regeln die [§§ 102](#) bis [114 SGB X](#) Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander. Eine Differenzierung nach der Anspruchsgrundlage erfolgt lediglich, soweit die Leistung vorläufig erfolgt, die Leistungspflicht nachträglich entfällt oder nachrangig ist oder der Leistungsträger gänzlich unzuständig war. Zudem ist der Zahlungsanspruch des Klägers zwar als Aufwendungsersatzanspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag herzuleiten. Doch stellt die Leistung der Beigeladenen (was auch für die Beklagte gelten würde) im Verhältnis zum Versicherten eine Sozialleistung dar. Es spricht wenig dafür, die Leistung je nach dem Verhältnis, in dem sie erfolgt, anders zu qualifizieren und einem anderen Regelungsregime zu unterwerfen. Dies würde vor allem den Gleichlauf der Beurteilung gegenüber beiden Anspruchsberechtigten (Leistungsberechtigter und Leistungserbringer) gefährden bzw. die Gefahr unterschiedlicher Ergebnisse begründen, je nachdem für welchen Weg der Erstattung oder Rückforderung sich der erstattungsberechtigte Leistungsträger entscheidet. Auch würden verschiedene Regelungen wie etwa in [§ 110](#) oder [111 SGB X](#) umgangen. Ein derartiges Ergebnis kann rechtlich und praktisch nicht gewollt sein. Außerdem zeigt sich gerade am Verlauf des vorliegenden Falls, dass die mit [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) verfolgten Zielsetzungen greifen müssen: Der Kläger hat sich nach der Erhebung eines Rückforderungsanspruchs durch die Beigeladene im Mai 2008 an die Beklagte gewandt. Hätte die Beklagte zeitnah gezahlt, hätte der Kläger wenigstens zeitweise eine Doppelzahlung erhalten, da die Beigeladene erst im März 2009 aufgerechnet hat. Zugleich hatte bereits 2007 die Beigeladene einen Erstattungsanspruch geltend gemacht. Insofern stand also auch die Gefahr eine Doppelbelastung der erstattungsverpflichteten Beklagten im Raum. Ferner muss sich der Kläger vergegenwärtigen, dass die Anwendung des [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) auch seinen Interessen dient. Hat er nämlich eine Zahlung erhalten, wird er vor Rückforderungsansprüchen wegen unterschiedlicher Ansichten der Sozialleistungsträger über ihre Zuständigkeit und damit vor unter Umständen langwierige Auseinandersetzungen geschützt. Der Streit wird vielmehr allein in das Erstattungsverhältnis zwischen den beteiligten Leistungsträgern verlagert und soll dort entschieden werden.

Schließlich ist die Anwendung des [§ 107 Abs. 1 SGB X](#) auch nicht unbillig bzw. die Berufung der Beklagten auf diese Norm nicht treuwidrig oder rechtsmissbräuchlich. Dies wäre zu erwägen, wenn das Ergebnis schlechthin untragbar erschiene oder die Beklagte durch ein grob rechts- oder treuwidriges Verhalten ihre Inanspruchnahme hätte verhindern wollen (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2007, [B 10 KR 1/05 R](#)). All dies liegt aber nicht vor: Der Kläger ist für seine Leistung, die stationäre Behandlung, bezahlt worden. Ob der Rückforderungsanspruch bzw. die Aufrechnung der Beigeladenen haltbar ist, wird anderweitig zu entscheiden sein. Die Beklagte hat auch nicht durch eigenes Tun oder Unterlassen bewirkt, dass die Klinik die Rechnung zunächst an die Beigeladene gesandt hat oder dass diese ihren Erstattungsanspruch erst im Juni 2007 angemeldet hat. Sie hat also ihre Leistungspflicht nicht verhindern wollen.

Damit besteht der geltend gemachte Anspruch gegenüber der Beklagten nicht.

b) Anspruch auf Zahlung gegenüber der Beigeladenen

Die in der mündlichen Verhandlung um die hilfsweise Verurteilung der Beigeladenen erweiterte Klage ist unzulässig, soweit sie auf einen anderen Sachverhalt als die stationäre Behandlung des Versicherten gestützt wird. Denn es liegt keine Wechselwirkung der Ansprüche gegenüber Beklagter und Beigeladener vor in dem Sinn, dass entweder die Beklagte oder die Beigeladene aus demselben Klagegrund zu verurteilt ist. Daher kommt eine Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht infrage. Klagegrund gegenüber der Beklagten ist die Behandlung des Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis 5. Januar 2006. Klagegrund gegenüber der Beigeladenen kann aber nur die Zahlung der Vergütung für die Behandlung anderer, bei der Beigeladenen versicherter Personen sein, also ein gänzlich anderer Lebenssachverhalt. Auch folgt aus der Verneinung eines Anspruchs gegenüber der Beklagten nicht automatisch die Bejahung eines Anspruchs gegenüber der Beigeladenen, weil ganz unterschiedliche Voraussetzungen zu prüfen sind.

Soweit der Anspruch gegenüber der Beigeladenen aus der Behandlung des Versicherten vom 27. Dezember 2005 bis zum 5. Januar 2006 hergeleitet wird, besteht auch gegenüber der Beigeladenen kein Anspruch. Denn sie hat die Kosten der stationären Behandlung von 11.387,41 EUR bereits im April 2006 bezahlt. Die vollständige Begleichung der Rechnung ist zwischen den Beteiligten unstreitig und auch das Gericht hat keinen Anlass daran zu zweifeln. Ob der 2008 behauptete Rückforderungsanspruch besteht und die Beigeladenen zu Recht mit anderen Ansprüchen aufgerechnet hat, ist hier unerheblich.

Daher war die Klage insgesamt abzuweisen.

2. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 3 und [§ 159](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) i.V.m. [§ 100](#) der Zivilprozessordnung (ZPO). Der Kläger ist im Haupt- und Hilfsantrag unterlegen. Die Beigeladene hat Anträge gestellt und ist im Hauptantrag unterlegen. Das Gericht bewertet die Beteiligung Kläger Beigeladene wie 3 zu 1. Das Interesse des Klägers an einer Verurteilung war deutlich höher als das der Beigeladenen, die lediglich ihre Verurteilung vermeiden wollte.

3. Die Streitwertfestsetzung richtet sich nach [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 und [§ 43 Abs. 1](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG).

Der vom Kläger begehrte Betrag von 11.387,41 EUR war als Streitwert festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-06-18