L 9 KR 82/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KR 1917/01

Datum
07.04.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 82/03
Datum
15.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. April 2003 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Die im Jahre 1943 geborene Klägerin leidet seit mehreren Jahren insbesondere an Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (Spondylolisthese, Lähmungsskoliose mit statischer Dysbalance).

In der Zeit vom 18. Januar 2001 bis zum 08. März 2001 wurde die Klägerin im Rahmen der Leistungserbringung durch die Beklagte in der Klinik K- stationär versorgt, eine Operation fand am 13. Februar 2001 statt.

Am 07. März 2001 beantragte die Klinik K-Langensteinbach bei der Beklagten eine anschließende vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme der Klägerin in den Kliniken für Rehabilitation, Klinik R, in W ab dem 08. März 2001. Am 08. und erneut am 09. März 2001 lehnte die Beklagte gegenüber der Klinik R diesen Antrag mit der Begründung ab, die medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussheilbehandlung seien nicht erfolgt, ein ausreichendes Rehabilitationspotential sei bei der Klägerin nicht erkennbar.

Gleichwohl wurde die Klägerin noch am 08. März 2001 in die Rehabilitationsklinik R in W verlegt, wo sie bis zum 05. April 2001 verblieb. Hier wurde bei Aufnahme der Klägerin kein schriftlicher Vertrag geschlossen. Am Entlassungstag händigte die Klinik R der Klägerin ein vorgedrucktes Vertragsformular aus, das seitens der Klinik bereits unterschrieben war. Die Klägerin leistete jedoch keine Unterschrift.

Den Widerspruch der Klägerin gegen die zwischenzeitlich auch ihr gegenüber bekannt gegebenen Leistungsablehnungen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06. Juni 2001 zurück: Die gesetzlichen Voraussetzungen einer Anschlussrehabilitation hätten nicht vorgelegen. Die ärztliche Gutachterin der Beklagten habe bei der Klägerin kein Rehabilitationspotential und keine Rehabilitationsbelastungsfähigkeit gegeben gesehen.

Während des anschließenden Verfahrens vor dem Sozialgericht Berlin hat die Klinik R am 4. Oktober 2001 der Klägerin für den Klinikaufenthalt unter Anrechnung von Leistungen der Beklagten insgesamt 5.271,28 DM (entsprechend 2.695,16 Euro) in Rechnung gestellt, die die Klägerin am 10. Oktober 2001 an die Klinik gezahlt hat. Mit Urteil vom 07. April 2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Zwar sei die Beklagte als Rehabilitationsträger zuständig und die Rehabilitationseinrichtung auch eine Vertragseinrichtung nach § 111 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) gewesen. Jedoch sei eine Anschlussheilbehandlung in Form stationärer medizinischer Rehabilitation bei der Klägerin nicht erforderlich gewesen, auch wenn die Beklagte das hierfür notwendige Feststellungsverfahren nicht sachgerecht durchgeführt und ihren Bescheiden nicht hinreichend tragfähige medizinische Begründungen gegeben habe. Aufgrund der zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen sei die Kammer jedoch davon überzeugt, dass die medizinische Erforderlichkeit einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gefehlt habe.

Gegen dieses ihr am 26. Mai 2003 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Juni 2003 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Sie macht geltend, ein Kostenerstattungsanspruch bestehe deswegen, weil die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Die Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sei notwendig und geeignet gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. April 2003 sowie die Bescheide der Beklagten vom 08. und 09. März 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. Juni 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 2.695,16 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird Bezug genommen auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze, die Sitzungsniederschrift zum Termin zur Erörterung des Sachverhalts mit dem Berichterstatter vom 16. Juni 2006 sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere statthaft gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), in der Sache jedoch unbegründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten, der geltend gemachte Erstattungsanspruch steht der Klägerin nicht zu.

Die Voraussetzungen des hier allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden [§ 13 Absatz 3](#) Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) sind vorliegend schon deswegen nicht erfüllt, weil der Klägerin keine durch die Leistungsablehnung der Beklagten verursachten erstattungsfähigen Kosten im Sinne dieser Vorschrift entstanden sind. Die Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von [§ 13 Absatz 3 SGB V](#) voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 23. Juli 1998, [B 1 KR 3/97 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 17](#)). Da der Anspruch nicht von einer tatsächlich geleisteten Zahlung abhängen kann, reicht es allerdings aus, wenn der Versicherte einer Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist; insoweit umfasst [§ 13 Absatz 3 SGB V](#) auch einen entsprechenden Freistellungsanspruch.

Vorliegend ist die Klägerin jedoch keinem rechtswirksamen und durchsetzbaren (privatrechtlichen) Zahlungsanspruch der Klinik R ausgesetzt gewesen. Ein bürgerlichrechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag), in dem die Klägerin sich verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten Behandlung gegebenenfalls selbst aufzukommen, ist mit der Klinik R nicht geschlossen worden. An einem schriftlichen Vertrag fehlt es schon deswegen, weil die Klägerin das ihr von der Klinik vorgelegte Vertragsformular nicht unterschrieben hat. Im Übrigen hat die Klinik der Klägerin dieses Formular nicht bereits bei der Aufnahme, sondern erst am Entlassungstag vorgelegt, was zusätzlich die Annahme eines Vertragsschlusses vor Leistungsaufnahme ausschließt.

Es fehlt gleichfalls an einem mündlichen Vertrag zwischen der Klägerin und der Klinik, denn entsprechende (ausdrückliche) Willenserklärungen sind auch in mündlicher Form nicht abgegeben worden. Auch ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten, wie die Entgegennahme üblicherweise nur gegen Vergütung gewährter Leistungen, scheidet aus. Denn ein solches schlüssiges Verhalten ist dann nicht gegeben, wenn jedenfalls der Leistungserbringer - die Klinik - erkennbar davon ausgeht, es solle eine Versorgung des Versicherten zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgen (BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001, [B 1 KR 6/01 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#)). So verhält es sich im vorliegenden Fall. Sowohl die Klägerin als auch die Klinik gingen bei Aufnahme und folgender Behandlung der Klägerin davon aus, die Beklagte werde - nach Abklärung des Sachverhalts - die Leistung erbringen und die Klinik werde entsprechend den zwischen ihr und der Beklagten geschlossenen Verträgen die Vergütung direkt von der Beklagten erhalten. Dies folgt insbesondere daraus, dass die Klinik erkennbar davon ausging, die Aufnahme und Behandlung der Klägerin sei medizinisch notwendig und müsse dementsprechend auch von der Beklagten vergütet werden. Denn die Klinik hat die Verhandlungen über die Vergütung der Behandlung der Klägerin zunächst ausschließlich mit der Beklagten geführt und hat mit Schreiben vom 4. Oktober 2001 von der Klägerin die Zahlung verlangt, weil sie auf die "Bezahlung der Betriebskrankenkasse nicht mehr länger warten könne, da sich ein Rechtsstreit oftmals über einen längeren Zeitraum hinzieht", wie sie wörtlich in dem genannten Schreiben ausführte.

Bei der gegebenen Sachlage schuldete die Klägerin der Klinik R auch keine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag. Denn die Klinik führte hier nicht ein Geschäft der Klägerin, sondern handelte auf der Grundlage einer eigenen vertraglichen Beziehung zu der Beklagten; die Klägerin wiederum wollte eine öffentlichrechtliche Sachleistung von der Beklagten und nicht eine privatrechtliche Leistung von der Klinik erhalten. In einer solchen Situation entspricht eine Behandlung als Privatpatient mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Versicherten noch dessen Interesse (BSG a. a. O.).

Ein Bereicherungsanspruch scheidet daran, dass zwischen der Klägerin und der Klinik in Bezug auf die in Rede stehende Behandlung kein Leistungsverhältnis bestand. In einem Mehrpersonenverhältnis ist Leistender derjenige, der aus der Sicht eines verständigen Empfängers (sogenannter objektiver Empfängerhorizont) die Leistung gewährt. Das war hier die Beklagte, denn sie schuldete gegebenenfalls der Klägerin die von den Klinikärzten für erforderlich gehaltene Behandlung als Sachleistung. In derartigen Fällen vollzieht sich ein etwaiger Bereicherungsausgleich nicht zwischen Klinik und Versichertem, sondern zwischen Klinik und gesetzlicher Krankenkasse (BSG a. a. O.).

Vor diesem Hintergrund kommt es auf die zwischen den Beteiligten im erstinstanzlichen Verfahren aufgeworfenen Fragen medizinischen Inhalts nicht an. Die Klägerin kann diese Fragen mangels eigener finanzieller Betroffenheit im anhängigen Prozess nicht klären lassen. Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse sind nur dann statthaft, wenn der Versicherte entweder eine (noch bevorstehende) Sachleistung erstreiten will oder er sich die Behandlung zunächst auf eigene Kosten beschafft und anschließend von der Krankenkasse die Kostenerstattung verlangt (BSG a. a. O.). Kann ein Versicherter hingegen - wie vorliegend die Klägerin - im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sachleistungswege, so kann eine eigene Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer (hier die Klinik) muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar

mit dieser austragen (BSG a. a. O.).

Hieran ändert sich vorliegend auch nichts dadurch, dass die Klägerin die (vermeintliche) privatrechtliche Forderung der Klinik R nachträglich durch Zahlung beglichen hat. Denn die Krankenkasse hat für die Kosten einer selbstbeschafften Leistung nur insoweit aufzukommen, als diese durch die Verweigerung der Sachleistung verursacht sind. Der erforderliche Kausal-zusammenhang fehlt, soweit der Versicherte, sei es freiwillig oder aufgrund einer vermeintlichen Rechtspflicht, mehr aufwendet, als dem Leistungserbringer in Wirklichkeit von Rechts wegen zusteht; denn dann ist nicht mehr die Ablehnung durch die Krankenkasse, sondern das Verhalten des Patienten die wesentliche Ursache für das Entstehen der Kosten (BSG, Urteil vom 23. Juli 1998, [B 1 KR 3/97 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 17](#)). Dadurch kann grundsätzlich kein Erstattungsanspruch ausgelöst werden, weil die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht weiter gehen kann als die Zahlungsverpflichtung des Versicherten. Ob dieser die ohne Rechtsgrund gezahlte Vergütung vom Arzt zurückfordern kann, ist für den krankenversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch ohne Belang (BSG a. a. O.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Absatz 2 SGG](#) nicht ersichtlich sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-02-07