Landessozialgericht NRW, L 17 U 461/17

Datum:	13.03.2019
Gericht:	Landessozialgericht NRW
Spruchkörper:	17. Senat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	L 17 U 461/17
ECLI:	ECLI:DE:LSGNRW:2019:0313.L17U461.17.00

Vorinstanz:	Sozialgericht Köln, S 18 U 465/15
Sachgebiet:	Unfallversicherung
Rechtskraft:	nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 19.05.2017 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand: 1

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung. 2

Die Klägerin ist die private Krankenversicherung (PKV) der am 00.00.1994 geborenen O C (Versicherte). Diese erlitt am 18.02.2014 einen Unfall, als sie sich beim Snowboardfahren mit der Schulklasse das linke Knie verdrehte. Am Unfalltag wurde sie von ihrem Vater, dem Allgemeinmediziner Dr. K C behandelt. Der H-Arzt Dr. S (Orthopäde), den sie drei Tage später aufsuchte, äußerte den Verdacht auf einen Kniebinnenschaden. Bei einer MRT-Untersuchung am 11.03.2014 wurde ein Partialriss des vorderen Kreuzbandes festgestellt. Der H-Arzt verordnete Krankengymnastik, die Kosten hierfür wurden von der Beklagten übernommen. 3

Am 21.03.2014 wurde ausweislich eines Telefonvermerks der Beklagten (Gesprächspartner: "Vater") grundsätzlich Kostenzusage für alle D-Ärzte und Krankenhäuser zur OP gegeben. Wenn der Vater aber einen nicht zugelassenen Arzt wolle, solle er erst vorher bei der Beklagten das Einverständnis für die Kosten einholen oder müsse ggf. die Kosten selbst tragen. Ausweislich eines weiteren Telefonvermerks der Beklagten vom 24.03.2014 teilte 4

Herr C mit, die Operation seiner Tochter solle bei Dr. T in der B-klinik in I durchgeführt werden. Dr. T betreibt eine privatärztliche Praxis, die nicht zum Durchgangsarztverfahren und auch nicht zum Verletzungsartenverfahren gemäß dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zugelassen ist. Der Vater der Versicherten wurde von einem Mitarbeiter der Beklagten darüber informiert, dass in diesem Fall eine Kostenübernahme grundsätzlich nicht erteilt werden könne und er die Kosten selber zu tragen habe. Dies sei ihm bereits bekannt gewesen. Die Operation der Versicherten erfolgte während eines stationären Aufenthalts in der B-klinik in der Zeit vom 31.03.2014 bis 02.04.2014.

Nachdem Frau C1 (Mutter der Versicherten) die privatärztliche Rechnung betreffend die stationäre Behandlung durch Dr. T der Beklagten mit der Bitte um Kostenerstattung übersandt hatte, teilte diese der Versicherten mit Bescheid vom 23.04.2014 mit, nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Siebtes Buch (SGB VII) in Verbindung mit dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sei eine Erstattung der eingereichten Rechnung nicht möglich. Es handele es sich bei diesen Kosten um Mehrkosten der privaten Heilbehandlung. In einer beigefügten "Erläuterung" heißt es u.a., die Unfallkasse gewähre bei stationärer Behandlung Heilbehandlung nach näher spezifizierten Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung; wenn der Versicherte privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen habe, so ersetze die Beklagte dem Arzt nach entsprechend geänderter Rechnung die Heilbehandlungskosten nur in Höhe der zuvor genannten Bestimmungen. Die Kosten der privatärztlichen Behandlung, die die Gebührensätze des Abkommens übersteigen, habe der Versicherte selbst zu tragen. Wegen der Einzelheiten wird auf den Bescheid Bl. 28 f. der Verwaltungsakte Bezug genommen. 5

Mit Schreiben vom 25.04.2014 reichte Frau C1 weitere privatärztliche Abrechnungen der Krankenkosten ein und bat um Mitteilung, welche Kosten von der Beklagten übernommen würden. Mit Bescheid vom 06.05.2014, gerichtet an die Versicherte, teilte die Beklagte erneut unter Bezugnahme auf die Bestimmungen des SGB VII in Verbindung mit dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger mit, eine Erstattung der eingereichten Rechnungen sei nicht möglich. Es handele es sich bei den Kosten um Mehrkosten der privaten Heilbehandlung. Die Beklagte verwies wiederum auf die Erläuterungen, welche inhaltsgleich zum vorherigen Bescheid waren. Keiner der Bescheide wurde mit dem Widerspruch angefochten. 6

Die Rechnungen wurden sodann dann bei der Klägerin eingereicht, welche aufgrund des Privatversicherungsvertrages Kosten in Höhe von insgesamt 8.914,69 EUR erstattete. 7

Mit Schreiben vom 15.12.2014 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch geltend. Die Geschädigte sei bei ihr krankenversichert. Da es sich um einen Schulunfall gehandelt habe, sei die Beklagte zuständiger Kostenträger. Aufgrund der aus dem Schadensereignis entstandenen Gesundheitsbeeinträchtigung habe die Klägerin Kosten in Höhe von 8.914,69 EUR erstattet. Die Kosten der Heilbehandlung seien von der Beklagten mit Schreiben vom 06.05.2014 gegenüber der Versicherten abgelehnt worden. Das Bundessozialgericht habe mit Urteil vom 03.04.2014 (B 2 U 21/12 R) entschieden, dass den privaten Krankenversicherern gegen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zustehe. Dieser bestehe zumindest insoweit, als der Träger der GUV selbst hätte Leistungen erbringen müssen. 8

Mit Schreiben vom 06.02.2015 übersandte die Beklagte der Klägerin eine Kopie des Bescheides vom 23.04.2014 zur Kenntnis und verwies darauf, dass ein Widerspruch nicht erfolgt sei. Bei rein privater Behandlung sei eine Erstattung durch die Beklagte ausgeschlossen. 9

10

Am 14.04.2015 wandte sich die Klägerin erneut an die Beklagte und verwies darauf, dass es in den beigefügten Erläuterungen zum Schreiben vom 23.04.2014 an die Versicherte im letzten Absatz heiße, dass die Unfallkasse nach entsprechend geänderten Rechnungen die Heilbehandlungskosten in Höhe der zuvor genannten Bestimmungen ersetze, wenn der Patient privatärztliche Behandlungen in Anspruch genommen habe. Die vorliegenden Arztrechnungen könnten jedoch nur geändert werden, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vorliege. Die Beklagte möge ihr die Erklärung zukommen lassen, damit die Rechnungen entsprechend abgeändert werden könnten.

Unter dem 20.05.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, eine Kostenübernahmeerklärung der eingereichten Kosten könne nicht erfolgen, da die Versicherte von einem Arzt ohne D-Arzt-Zulassung behandelt worden sei. Herr C sei sich hierüber zum Behandlungszeitpunkt bewusst gewesen. Ihm sei auch vorab mitgeteilt worden, dass eine Kostenübernahme nicht erfolge und er die Kosten ggf. selbst tragen müsse. 11

Die Klägerin hat am 19.11.2015 Klage vor dem Sozialgericht Köln (SG) erhoben, mit der sie ihr Begehren weiter verfolgt hat. Unter Vorlage der von ihr wegen des Unfalls vom 18.02.2014 erstatteten Rechnungen (Bl. 30 ff. der Gerichtsakte) hat sie die Ansicht vertreten, ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch analog §§ 812 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gegen die Beklagte zu. Unstreitig habe es sich um einen Schulunfall gehandelt, für den die Beklagte eintrittspflichtig sei. Durch die Inanspruchnahme durch die Klägerin werde die Beklagte lediglich so gestellt, wie sie ohne anfängliche Leistungsablehnung gestanden hätte. Es sei unbillig, die Beklagte auf Kosten der Klägerin zu entlasten, weil die mit der irrtümlichen Leistungserbringung durch die Klägerin verbundene Begünstigung der Beklagten letztlich auf eigenem fehlerhaftem Verwaltungshandeln der Beklagten in Gestalt einer rechtswidrigen Leistungsablehnung beruhe. Die Beklagte habe in den Erläuterungen selbst darauf hingewiesen, dass sie bei privatärztlichen Behandlungen durchaus willens und verpflichtet sei, Ersatzleistungen zu erbringen, wenn Rechnungen entsprechend den Abrechnungsregelungen der GUV umgeschrieben bzw. geändert würden. Die Klägerin sei so zu behandeln, als habe sie irrtümlich auf eine fremde Schuld gezahlt. Sofern die Beklagte meine, es habe kein D-Arzt die Versicherte überprüft, übersehe sie die Funktion des D-Arztes. Dieser prüfe nur, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich sei, treffe jedoch keine für die Unfallversicherungsträger verbindliche Entscheidung über Arbeitsunfall oder Leistungen. Es sei auch nicht ersichtlich, dass die Versicherte oder ihre Eltern "bösgläubig" seien, denn die Mutter sei davon ausgegangen, ihre PKV in Anspruch nehmen zu können, die sich dann im Innenverhältnis mit der Beklagten um Ausgleich bemühe. Ein etwaiges bösgläubiges Verhalten des Versicherten sei auch nicht zum Nachteil der PKV zurechenbar. Letztlich gehe es hier um gesetzlich gewährleistete und aus dem Sozialstaatsprinzip entlehnte Ansprüche der Verletzten auf Übernahme der nach der GUV erforderlichen Behandlungskosten. Wenn Gesetz und BSG regelten, dass beim Zusammentreffen von PKV und GUV letztere gerade zum finanziellen Schutz des dort Versicherten primär eintrittspflichtig sei, sei kein Raum für Bösgläubigkeit. Die Verletzte mache nur geltend, was ihr zustehe. Sie solle auch gerade davor bewahrt werden, zweimal zu zahlen - einmal im Rahmen der PKV-Beiträge und daneben beim Beitrag zur GUV. Die PKV sei freiwillig. Deshalb sei die Verletzte hier besonders schutzwürdig und nicht bösgläubig. Überdies habe die Beklagte ggf. einen falschen Hinweis erteilt, dass die Kosten ggf. selbst zu tragen seien, weil Herr Dr. T über keine Durchgangsarztzulassung verfüge. Im Übrigen werde hinsichtlich der Möglichkeit zur Übernahme der privatärztlichen Rechnungen auf § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verwiesen. 12

Die Klägerin hat beantragt, 13

1. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin denjenigen Anteil der von ihr für ambulante und stationäre Heilbehandlungen und Hilfsmittel in Höhe von 8.914,68 EUR anlässlich des privaten Schulunfalls der bei ihr privat krankenversicherten Frau O C vom 18.02.2014 erbrachten Versicherungsleistungen zu erstatten, den die Beklagte als gesetzlicher Unfallversicherer der Frau O C aufgrund des ihre Eintrittspflicht auslösenden Schulunfalls vom 18.02.2014 zu übernehmen hätte, 14

2. die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2015 aus dem sich nach dem Klageantrag zu eins ergebenden Erstattungsbetrag zu zahlen. 15

Die Beklagte hat beantragt, 16

die Klage abzuweisen. 17

Sie sei nicht verpflichtet, die von der Klägerin geltend gemachten Kosten zu erstatten. Die Leistungen zur Heilbehandlung würden aufgrund der gesetzlichen Grundlagen als Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt. Die stattdessen in Anspruch genommene privatärztliche Behandlung basiere auf einem privatrechtlichen Behandlungsvertrag zwischen Dr. T und der Versicherten und sei daher rechtlich anders zu qualifizieren als die im Versicherungsfall seitens des Unfallversicherungsträgers geschuldete Heilbehandlung. Dementsprechend seien die eingereichten Privatabrechnungen auch wieder mit einem ablehnenden Erstattungshinweis an die Versicherte zurückgesandt worden. Der entsprechende Bescheid sei auch nicht mit einem Rechtsbehelf angefochten worden. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch bestehe auch bei unstrittigem Versicherungsfall bei von der Vertragspartnerin der PKV ausdrücklich beanspruchten privatärztlichen Behandlungsmaßnahmen nicht. Nach Belehrung habe sich die Versicherte eindeutig gegen den Sachleistungsanspruch und für eine privatärztliche Behandlung entschieden. Sie habe nicht davon ausgehen können, dass sie ihre PKV in Anspruch nehmen könne und dass diese sodann eine Abrechnung mit dem Unfallversicherungsträger vornehmen könne. Im Hinblick auf die den Verwaltungsentscheidungen beigefügten Erläuterungen ergebe sich nichts anderes. Hier werde lediglich eine Erstattungspraxis der Beklagten angesprochen, welche ohne Anerkennung einer Rechtspflicht außerhalb der Kostenerstattungsverfahren iSv § 13 SGB V, welcher hier konkret nicht anwendbar sei, in folgenden Konstellationen abgewickelt werde und einer Erstattung auf Kulanzbasis entspreche: Es seien dies Fallgestaltungen, in welchen privat Krankenversicherte zum Zeitpunkt der Behandlung nicht wüssten, dass sie einen Heilbehandlungsanspruch (aufgrund eines Versicherungsfalls Arbeitsunfall) hätten und deswegen den Arzt nicht informiert hätten oder der Arzt nicht entsprechend steuernd reagiert habe. Nur in diesen Fallgestaltungen werde quasi eine "Rückabwicklung" der Behandlungskostenrechnung nach Maßgabe der Gebühren der UV-GOÄ versucht, welche ebenso ein Einlenken/Kulanz des Arztes voraussetze, da zuvor ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag geschlossen worden sei. 18

Mit Urteil vom 19.05.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. In der Begründung hat das SG ausgeführt, eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation finde alleine unter den Voraussetzungen des im Recht der GUV analog anwendbaren § 13 Abs. 3 SGB V statt. Danach komme eine Erstattung der Kosten einer vom Verletzten selbst getragenen Heilbehandlung oder Rehabilitation in Höhe der dadurch entstandenen notwendigen Kosten nur dann in Betracht, wenn der Unfallversicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn er eine Leistung - etwa in der Annahme, es liege kein Versicherungsfall vor - zu Unrecht abgelehnt habe. Eine nicht rechtzeitig erbrachte Leistung im Sinne eines Notfalls sei nur gegeben, wenn aus 19

medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung eines Versicherten notwendig sei und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile aufgesucht werden könne. Ein solcher Fall liege hier ersichtlich nicht vor. Auch die 2. Alternative des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sei nicht einschlägig. Die Beklagte habe keine Leistung zu Unrecht abgelehnt. Zwar habe zum Zeitpunkt der Operation und der weiteren ärztlichen Behandlung noch kein Bescheid existiert, in dem der Unfall der Versicherten ausdrücklich als Arbeitsunfall anerkannt werde. Eine konkrete Ablehnung sei aber zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Vielmehr sei die Beklagte selbst von ihrer Leistungspflicht im gesetzlichen Umfang ausgegangen, was sich schon daran zeige, dass sie die Leistungen, die nicht von Privatärzten erbracht worden seien, übernommen habe. Grundsätzlich bestehe somit kein Erstattungsanspruch der Versicherten gegenüber der Beklagten für die von ihr in Anspruch genommene privatärztliche Behandlung, der gegebenenfalls auf die Klägerin hätte übergehen können. Darüber sei ausweislich des Telefonvermerks vom 24.03.2014 auch die Versicherte bzw. ihr Vater unterrichtet worden. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem Bescheid vom 23.04.2014, mit dem die Beklagte der Versicherten gegenüber die Erstattung der eingereichten Rechnungen abgelehnt habe. Soweit es in den Erläuterungen dazu heiße, die Beklagte ersetze dem Arzt die Heilbehandlungskosten nur in bestimmter Höhe, sei dies davon abhängig, dass der behandelnde Arzt eine entsprechend geänderte Rechnung übersende. Dies sei jedoch nicht geschehen. Unerheblich sei der Vortrag der Klägerin, die Beklagte habe sich geweigert, eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abzugeben. Hierzu habe kein Anlass bestanden, zumal der Versicherten bekannt gewesen sei, dass grundsätzlich keine privaten Rechnungen übernommen würden. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem Urteil des BSG vom 03.04.2014. Im Unterschied zu dem dort zugrunde liegenden Fall habe der Träger der GUV zunächst bescheidmäßig die Anerkennung eines Versicherungsfalls nicht ausdrücklich verneint. Die Beklagte habe ihre grundsätzliche Leistungspflicht nie in Abrede gestellt und auch - im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben - entsprechende Leistungen gewährt. Von einem fehlerhaften Verwaltungshandeln könne daher nicht die Rede sein. Wenn in einem solchen Fall ein Versicherter sich - zudem noch nach Belehrung - für eine privatärztliche Behandlung und damit gegen die Inanspruchnahme der seitens der Beklagten geschuldeten Dienst- oder Sachleistung entscheide, kämen die vom BSG angestellten Billigkeitserwägungen als Grundlage für den letztlich bejahten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gerade nicht zum Tragen.

Gegen das ihr am 01.06.2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21.06.2017 Berufung eingelegt. Sie vertritt weiterhin die Auffassung, ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Die Beklagte habe die Kostenerstattung mehrmals mit irreführenden und falschen Gründen abgelehnt, wodurch es ohne Einschalten der Klägerin zu einer Verzögerung der Heilbehandlung gekommen wäre. § 13 Abs. 3 SGB V sei unabhängig von seinen Tatbestandsvoraussetzungen nicht anwendbar, da die Vorschrift nach der Rechtsprechung des BSG keinen von der PKV einklagbaren Anspruch gewähre. Nach der Intention des Urteils des BSG (B 2 U 21/12 R) sollten Kosten grundsätzlich dort bleiben, wo sie nach der gesetzlichen Zuweisung hingehörten. Das Gesetz spreche der Beklagten als eintrittspflichtigem Unfallversicherungsträger die Kostentragung zu. Es sei unbillig, die Kosten beim Versicherungsnehmer der PKV und damit der dortigen Versichertengemeinschaft zu belassen, dessen Prämien anschließend heraufgesetzt würden, obwohl wegen seiner Arbeitsleistung im Rahmen der GUV Beiträge gezahlt würden, die gerade für Aufwendungen der GUV vorgesehen seien. Außerdem kenne die GUV gerade wegen § 13 Abs. 3 SGB V keine absolute oder dogmatische Ablehnung von Kostenerstattungen. Soweit das SG auf die "Kenntnis" des Versicherungsnehmers der Klägerin abstelle und meine, es fehle an der vom BSG vorausgesetzten "Unbilligkeit", werde ein dogmatischer Ansatz für den Verlust des gesetzlichen Anspruchs auf Leistungen der Unfallversicherung nicht benannt und sei auch

20

nicht zu erkennen. Überdies habe die Beklagte im Telefongespräch sowie den Erläuterungen im Ablehnungsbescheid mehrdeutige und unzutreffende Informationen gegeben. Zudem habe sich die Beklagte aktiv verweigert, an der Umschreibung der Rechnungen entsprechend ihrem Hinweis mitzuwirken. Nach ihrem Verständnis der Entscheidung des BSG sei für den dort dem Grunde nach bejahten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch des privaten Krankenversicherers nicht zwingende und stets notwendige Voraussetzung, dass ein fehlerhaftes Verwaltungshandeln vorliege. Dem BSG gehe es darum, die Eintrittsverpflichtung nach dem gesetzlichen Zuständigkeitsbereich sicherzustellen, so dass es nicht zu einer ungerechtfertigten Bereicherung der primär und von Anfang an zuständigen Unfallversicherung komme. Denn diese erhalte genau dafür die Beiträge. Dem Versicherten dürfe seine selbst gewählte Zusatzabsicherung nicht zum Nachteil gereichen bzw dazu, dass er den Schutz der GUV verliere. Nach § 5 Abs. 3 MB/KK 94 habe die PKV nur für diejenigen Aufwendungen eine Leistungspflicht, welche trotz der gesetzlichen Versicherung notwendig blieben. Schon daraus ergebe sich das Verhältnis der Nachrangigkeit. Es könne eine Sozialversicherung nicht entlasten, dass ein privater Krankenversicherer schneller Rechnungen bezahle, insbesondere dann, wenn der Sozialversicherungsträger sich weigere, mitzuwirken. Auch bei Gesamtschuldnern sei es so, dass sich der in Anspruch genommene Gesamtschuldner bei weiteren Gesamtschuldnern gütlich halten könne. Nach § 5 Abs. 3 MB/KK stehe hier die Beklagte im Verhältnis zur Klägerin in der alleinigen Übernahmepflicht des "fiktiven" Innenverhältnisses. Die vorliegende Rechtsfrage entscheide sich allein im Bereicherungsrecht nach § 812 ff. BGB, auf die Systemfrage der Unterscheidung zwischen PKV und GUV komme es nicht an. Schließlich sei darauf hinzuweisen, dass nicht die Versicherte sich bewusst dafür entschieden habe, einen Privatarzt in Anspruch zu nehmen, sondern ihre Eltern.

Die Klägerin beantragt, 21

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 19.05.2017 abzuändern und 22

1. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin denjenigen Anteil der von ihr für ambulante und stationäre Heilbehandlungen und Hilfsmittel in Höhe von 8.914,68 EUR anlässlich des privaten Schulunfalls der bei ihr privat krankenversicherten O C vom 18.02.2014 erbrachten Versicherungsleistungen zu erstatten, den die Beklagte als gesetzlicher Unfallversicherer der O C aufgrund des ihre Eintrittspflicht auslösenden Schulunfalls vom 18.02.2014 zu übernehmen hätte, 23

2. die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2015 aus dem sich nach dem Klageantrag zu eins ergebenden Erstattungsbetrag zu zahlen. 24

Die Beklagte beantragt, 25

die Berufung zurückzuweisen. 26

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend und führt aus, es handele sich bei der GUV und der PKV um zwei vollständig voneinander unabhängige Versicherungssysteme. Es bestehe keine Deckungsgleichheit zwischen den sich aus der Eintrittspflicht der GUV ergebenden Ansprüchen des Versicherten und dem Anspruch des Versicherungsnehmers auf Kostenerstattung gegen seine PKV. Daher gebe es auch keine alternative Zuständigkeitsverteilung oder einschlägige Rechtsbeziehungen zwischen GUV und PKV. Eine "Gesamtschuldnerschaft" zwischen zwei Schuldnern, die einem (zufällig "gemeinsamen") Gläubiger zwei vollkommen unterschiedliche Leistungen aus vollkommen 27

unterschiedlichen Rechtsgründen schulden, kenne auch das Zivilrecht nicht. Die Behauptung, dass das Sachleistungsprinzip des SGB VII bedeutungslos sei und jedem Sachleistungsanspruch auch ein Aufwendungsersatzanspruch gegenüber stehe, sei ebenso falsch wie die Rechtsauffassung, dass die unrechtmäßige Ablehnung durch den UV-Träger für die zitierte BSG-Entscheidung bedeutungslos gewesen sei. Schließlich habe sich die Versicherte nach vollständiger Aufklärung und ausdrücklichem Angebot der Sachleistung "Heilbehandlung" bewusst gegen die Inanspruchnahme dieser Leistung entschieden und stattdessen die Klägerin in Anspruch genommen. Ob sie vertraglich dazu berechtigt gewesen sei, sei für den vorliegenden Rechtsstreit unerheblich. Zuzugeben sei, dass der Textbaustein in den Erläuterungen zum Schreiben vom 23.04.2014 unglücklich formuliert und teils auch falsch sei. Allerdings sei dieser Textbaustein ebenso wenig wie die von der Beklagten anlässlich des Klageverfahrens nochmals vorgenommene Sachverhaltsüberprüfung ursächlich für die bereits davor getroffene und bewusste Entscheidung der Versicherten, sich außerhalb des Heilbehandlungsanspruchs behandeln zu lassen. Dies gelte zumal deswegen, weil der Textbaustein bei aller Fehlerhaftigkeit darauf hinweise, dass nur eine Behandlung durch einen Kassen- oder D-Arzt von der Beklagten getragen werden könne.

Die Beteiligten haben sich mit Schriftsätzen vom 13.03.2019 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 28

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Beratung des Senats gewesen ist. 29

Entscheidungsgründe: 30

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. 31

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn sie ist zulässig, jedoch nicht begründet. 32

Die erhobene Feststellungsklage iSv § 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist zulässig. Zwar gilt der Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage auch im sozialgerichtlichen Verfahren, obwohl er - anders als in § 43 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und § 41 Abs. 2 Finanzgerichtsordnung - keinen ausdrücklichen Niederschlag im Gesetzeswortlaut gefunden hat. Er gilt bei Feststellungsklagen gegen juristische Personen des öffentlichen Rechts indes nur eingeschränkt, da angenommen werden kann, dass solche Beklagte aufgrund ihrer Bindung an Recht und Gesetz die Kläger auch ohne Leistungsurteil mit Vollstreckungsdruck befriedigen. Diese Annahme ist insbesondere dann berechtigt, wenn erwartet werden kann, dass der Streitfall mit der gerichtlichen Feststellung einer endgültigen Klärung zugeführt werden kann (so BSG, Urteil vom 02. Juli 2013 - B 4 AS 74/12 R - juris Rn. 24 m.w.N.; Meyer-Ladewig u.a., 12. Aufl. § 55 Rn. 19c m.w.N.). Hiervon geht der Senat vorliegend aus. 33

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin kann sich nicht zulässig auf einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V stützen (dazu 1.). Als Rechtsgrundlage kommt auch nicht §§ 677, 683, 670 BGB in analoger Anwendung wegen einer öffentlich-rechtlichen GoA in Betracht (dazu 2.). Der Klägerin steht schließlich wegen der an die Versicherte erbrachten Zahlungen auch kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (dazu 3.). Auch eine Inanspruchnahme der Beklagten als Gesamtschuldnerin nach § 426 Abs. 2 BGB scheidet aus (dazu 4.). 34

35

1. Für die Durchsetzung eines - im Übrigen hier auch gar nicht bestehenden (vgl. dazu unter 3.) - Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V fehlte es der Klägerin schon an der Aktivlegitimation. Das aus dem Sozialrechtsverhältnis resultierende besondere Schutzbedürfnis des Sozialleistungsberechtigten verbietet den Verlust seines Rechts auf Feststellung eines vermeintlichen Kostenerstattungsanspruchs im Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren durch Abtretung oder gesetzlichen Forderungsübergang. Ist der Anspruch - wie hier - nicht festgestellt und beziffert, ist deshalb nur die Versicherte selbst berechtigt, den Anspruch prozessual zu verfolgen (BSG, Urteil vom 03.04.2014, B 2 U 21/12 R, Rn. 16 u. 18 - juris). Weder im Wege der Abtretung (§ 53 SGB I) noch im Wege des Anspruchsüberganges nach 86 Abs. 1 S. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) tritt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs der Abtretungsempfänger in die gesamte Rechtsstellung des Abtretenden aus dem Sozialrechtsverhältnis ein. Die damit für das Sozialrechtsverhältnis geltende Beschränkung eines solchen Forderungsübergangs auf bezifferte Geldforderungen schließt die Geltendmachung eines - wie hier - noch nicht festgestellten Kostenerstattungsanspruchs durch die Klägerin unabhängig davon aus, ob die weiteren Voraussetzungen der §§ 53 Abs. 1 SGB I, 86 Abs. 1 S. 1 VVG vorliegen. (vgl. BSG, Urteil vom 03.04.2014 - B 2 U 21/12 R -, BSGE 115, 247-256, SozR 4-7610 § 812 Nr 7, Rn. 16, 18).

2. Ein Anspruch aus öffentlich-rechtlicher GoA in entsprechender Anwendung von §§ 677 ff. BGB scheitert vorliegend daran, dass die Klägerin kein fremdes Geschäft führte, als sie die Zahlungen an ihre Versicherungsnehmerin erbracht hat. Nach § 677 BGB liegt eine GoA vor, wenn jemand ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein. An der erforderlichen Fremdgeschäftsführung fehlt es hier, weil die Klägerin mit der Kostenübernahme eine aus dem Krankenversicherungsvertrag resultierende eigene Verbindlichkeit gegenüber ihrer Versicherungsnehmerin erfüllte. Bei einem solch objektiv eigenen Geschäft kann nur dann eine Geschäftsführung für einen anderen vorliegen, wenn der Wille des Geschäftsführers zur vornehmlichen Wahrnehmung fremder Interessen nach außen hinreichend deutlich in Erscheinung tritt (BSG, aaO, Rn. 20 m.w.N.). Für einen derartigen Fremdgeschäftsführungswillen der Klägerin ist hier nichts ersichtlich. 36

3. Der Klägerin steht auch der vornehmlich geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch analog §§ 812 ff. BGB gegen die Beklagte nicht zu. Dieser Anspruch setzt voraus, dass (1) im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses (2) Leistungen erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (3) ohne rechtlichen Grund. Rechtsfolge ist die Herausgabe des Erlangten. Beruht die Vermögensverschiebung auf einer Leistung, ist allerdings der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten. In einem solchen Fall kommt ein Erstattungsanspruch nur zwischen den an der Leistungsbeziehung direkt Beteiligten in Betracht (BSG, Urteil vom 03.04.2014, B 2 U 21/12 R, Rn. 22 - juris). 37

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten sind vorliegend öffentlich-rechtlich geprägt, denn die Klägerin macht die Erstattung von Aufwendungen für ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten und deren Versorgung mit Hilfsmitteln geltend, auf die Versicherte infolge eines Arbeitsunfalles gegenüber dem zuständigen Unfallversicherungsträger als Sach- und Dienstleistung nach § 26 Abs. 1 Satz 1 iVm § 27 Abs. 1 Nr. 4 und 6 SGB VII Anspruch haben. 38

(2) Mit der Begleichung der für die Behandlung der Versicherten und deren Versorgung mit Hilfsmitteln in Rechnung gestellten Kosten hat die Klägerin jedoch keine Leistung an die 39

Beklagte iS des § 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB erbracht. Unter einer "Leistung" ist die bewusste und zweckgerichtete Vermehrung fremden Vermögens zu verstehen. Für die erforderliche Zweckgerichtetheit kommt es in erster Linie auf die der Zuwendung gegebene Zweckbestimmung, also darauf an, welchen Zweck die Beteiligten nach ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen verfolgt haben (BSG, aaO, m.w.N.). Durch die Zweckgerichtetheit wird die Bezogenheit auf ein Kausalverhältnis deutlich, in dem mit der Leistung die geschuldete Erfüllung einer Verbindlichkeit bewirkt werden soll (BSG, aaO, m.w.N.). Der Zweck der Leistung ist nach objektiven Kriterien aus der Sicht des Zahlungsempfängers zu beurteilen. Der Zuwendende leistet an den Zahlungsempfänger, wenn er aus der Sicht des Zahlungsempfängers diesem gegenüber einen eigenen Leistungszweck verfolgt und nicht die Schuld eines Dritten erfüllt. Es ist nicht entscheidend, wer Gläubiger der Forderung ist, auf die eine Zuwendung erfolgt. Leistungsempfänger ist vielmehr derjenige, dessen Vermögen der Leistende durch die Zahlung vermehren will (BSG, aaO, m.w.N.).

Nach diesen Grundsätzen hat die Klägerin mit ihrer Zahlung zunächst eine Leistung an ihre Versicherungsnehmerin in Erfüllung des privaten Krankenvollversicherungsvertrages bewirkt. Entgegen der Auffassung der Klägerin war vorliegend keine nachträgliche Tilgungsbestimmung dahingehend zulässig, dass sie auch eine Leistung an die Beklagte erbracht hat. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 03.04.2014, aaO, Rn. 24) ist der private Krankenversicherer, der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen an seinen Versicherungsnehmer erbracht hat, zur Begründung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs im Wege der nachträglichen Zweck- und Tilgungsbestimmung aus Billigkeitsgründen berechtigt, durch Zahlungsaufforderung nachträglich zu erklären, dass seine Leistungen als für den leistungspflichtigen Träger der GUV bewirkt gelten sollen. Das BSG bezieht sich zur Begründung dieser Annahme auf die - umstrittene - Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, Urteil vom 15.05.1986, VII ZR 274/85, NJW 1986, 2700 f.), wonach ein Leistender, der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen erbracht hat, aus Billigkeitsgründen berechtigt ist, durch Zahlungsaufforderung nachträglich auf Bereicherungsansprüche gegen den Gläubiger zu verzichten und zu erklären, dass seine Leistungen als für den ersatzpflichtigen Schuldner bewirkt gelten sollen. Dem Zuwendenden müsse es nach Treu und Glauben gestattet sein, sich an den durch die rechtsgrundlos erbrachten Leistungen letztlich allein Begünstigten zu halten, sofern keine schutzwürdigen Interessen beeinträchtigt würden. Es wäre unbillig, wenn ihm gerade daraus ein Nachteil erwachse, dass er zunächst wegen einer angenommenen Eintrittspflicht die Heilbehandlungskosten übernehme und damit die notwendige ärztliche Versorgung ermögliche (BSG, aaO, m.w.N.). 40

Eine solche aus objektiven Gründen irrige Annahme einer eigenen Schuld liegt bei der Klägerin hingegen nicht vor. Die Beklagte hat nämlich ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Privatbehandlung der Versicherten zu Recht verneint. Der Vortrag der Klägerin, die Beklagte habe die Kostenerstattung mit irreführenden und falschen Gründen abgelehnt, wodurch es ohne ihr Einschalten zu einer Verzögerung der Heilbehandlung gekommen wäre, ist nicht haltbar. Denn die Beklagte hat ihre Leistungspflicht vorliegend nicht dem Grunde nach abgelehnt, sondern ausweislich des Telefonvermerks vom 21.03.2014 grundsätzlich Kostenzusage für alle D-Ärzte und Krankenhäuser zur OP gegeben und konkrete Vorschläge gemacht (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik E, C C). Am 24.03.2014 hat sie allein die konkret beabsichtigte Behandlung durch den Privatarzt Dr. T und mit - bestandskräftigen - Bescheiden vom 23.04.2014 und 05.06.2014 die Erstattung der aus dieser Behandlung resultierenden eingereichten Rechnungen abgelehnt. Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, Heilbehandlung durch Privatärzte zu erbringen und/oder die von der Klägerin vorgelegten, u.a. von der B Klinik I und den behandelnden Ärzten gegenüber der 41

Versicherten ausgestellten Rechnungen zu begleichen. Ein entsprechender Kostenerstattungsanspruch stand der Versicherten nicht zu. Wie die Beklagte und das SG zu Recht ausgeführt haben, gilt in der Unfallversicherung das Sachleistungsprinzip. Nach § 26 Abs. 1 S. 1 SGB VII haben Versicherte u.a. Anspruch auf Heilbehandlung, die als Dienst- und Sachleistung zur Verfügung gestellt wird (§ 26 Abs. 4 Satz 2 SGB VII). Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung (§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII). Die Heilbehandlung erfasst gem. § 27 Abs. 1 SGB VII u.a. die ärztliche Behandlung und die Behandlung in Krankenhäusern sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln. Zur Durchführung der geschuldeten sachgemäßen Heilbehandlung haben die Unfallversicherungsträger alle Maßnahmen einer geeigneten unfallmedizinischen Versorgung zu treffen (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Zu diesem Zweck können sie von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllende Voraussetzungen hinsichtlich fachlicher Befähigung, sächlicher und personeller Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen (§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Hierzu haben die Unfallversicherungsträger entsprechend § 34 Abs. 3 SGB VII mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung entsprechende Ärzteabkommen geschlossen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die gesetzliche Verpflichtung, die Durchführung der ihren Mitgliedern übertragenen Heilbehandlung entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen zu gewährleisten (§ 34 Abs. 4 SGB VII). Die Beziehungen zwischen den Unfallversicherungsträgern und anderen als den in Abs. 3 genannten Stellen, die Heilbehandlung durchführen, sind durch Vertrag zu regeln (§ 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII). Aus dem Sachleistungsprinzip und der Regelung des § 34 SGB VII folgt, dass die Ärzte und Krankenhäuser ihre Tätigkeit nicht wie bei einem privatrechtlichen Vertrag für den Versicherten, sondern für den Unfallversicherungsträger erbringen. Wenn die Versicherte der Klägerin hier privatrechtliche (Behandlungs-)Verträge geschlossen hat, so nimmt sie gerade keine Sachleistung der Beklagten in Anspruch. Die Beklagte ist zudem nicht verpflichtet, Sachleistungen im Rahmen der Heilbehandlung durch Ärzte erbringen zu lassen, die - wie Dr. T - nicht Vertragsärzte oder von den Unfallversicherungsträgern beteiligte Ärzte sind (vgl. §§ 34 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 Satz 2, SGB VII i.V.m. § 6 Abs. 3, § 4 Abs. 1, 2 Vertrag Ärzte/UV-Träger). Das bedeutet, dass sich die Versicherte durch den Abschluss eines privatrechtlichen (Behandlungs-)Vertrages außerhalb des Systems der GUV begeben hat und insoweit nicht bei der Beklagten versichert war.

Abweichend davon kommt eine Kostenerstattung statt einer Sachleistung im Recht der GUV 42
in zwei Fällen in Betracht, nämlich gemäß § 97 SGB VII für im Ausland erbrachte Leistungen, wenn der Berechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, was hier nicht der Fall ist, da die Versicherte im Inland wohnt. Eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Heilbehandlung findet ansonsten 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 -). Danach kommt eine Kostenerstattung in der GUV hinsichtlich einer selbstbeschafften Leistung - worunter verstanden wird, dass der primäre Beschaffungsweg als Sach- oder Dienstleistung verlassen wird - 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 (vgl. bereits BSG, Urteil vom 24.02.2000, B 2 U 12/99 R, Rn. 17). Die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V liegen nicht vor. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, lag ein Notfall in dem Sinne, dass aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung der Versicherten notwendig war und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile aufgesucht werden konnte, nicht vor. Auch hat die Beklagte, wie bereits dargestellt, keine Leistung zu Unrecht abgelehnt, sondern im Gegenteil geeignete Ärzte benannt und insoweit ihre Leistungsbereitschaft bekundet.

Soweit die Klägerin auf die "Erläuterungen" zu den Bescheiden vom 23.04. und 06.05.2014 verweist, kann jedenfalls die Klägerin aus den dort enthaltenen Hinweisen keinen Erstattungsanspruch herleiten. Den aus diesen Erläuterungen von der Klägerin hergeleiteten Erstattungsanspruch kennt das SGB VII nicht. Auch ein Vertrauenstatbestand zugunsten der Klägerin ist durch diesen Hinweis gerade nicht geschaffen worden. Wenn sie auf den Hinweis vertraut hätte, hätte sie vielmehr ihre Leistungspflicht gegenüber der Versicherten ablehnen und diese auf die Inanspruchnahme der Beklagten unter den Voraussetzungen dieses Hinweises verweisen müssen. Im Übrigen betrifft der Hinweis aber auch gar nicht den vorliegenden Fall, dass ein Versicherter wissentlich anstatt unfallversicherungsrechtlicher Heilbehandlung bei einem Kassen- oder Durchgangsarzt privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. 43

(3) Hat die Beklagte nach dem zu (2) Gesagten schon nichts von der Klägerin "erlangt", so kommt es auf die Frage nach dem rechtlichen Grund der Leistung nicht mehr an. 44

4. Da die Klägerin und die Beklagte bezüglich der hier streitbefangenen Heilbehandlung und Hilfsmittelversorgung nicht "eine Leistung" schulden, sind sie auch keine "Gesamtschuldner" iSd § 421 BGB sind, kommt auch ein Anspruch aus § 426 Abs. 2 BGB nicht in Betracht. 45

5. Da ein Anspruch der Klägerin gemäß Ziffer 1) des Klageantrages nicht besteht, kann die Klägerin auch keine Zinsen gemäß Ziffer 2) ihres Antrages beanspruchen. 46

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG, 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 47

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen. 48

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. § 52 des Gerichtskostengesetzes (GKG). Nach Abs. 1 dieser Vorschrift ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend (§ 52 Abs. 3 GKG). Vorliegend war der hinter dem Feststellungsbegehren der Klägerin stehende Erstattungsbetrag nicht beziffert und auch nicht ohne weiteres bezifferbar, so dass der Senat die Festsetzung des Auffangstreitwertes für angemessen erachtet. 49

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE