
Datum: 19.05.2017
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 18. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 18 U 465/15
ECLI: ECLI:DE:SGK:2017:0519.S18U465.15.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 17 U 461/17
Sachgebiet: Sozialrecht

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

Der Streitwert wird auf 5.000 € festgesetzt.

Tatbestand	1
Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung.	2
Die Klägerin ist die private Krankenversicherung der 1994 geborenen C.	3
Diese erlitt am 18.02.2014 einen Unfall, als sie sich bei einem Schulausflug in die Skihalle O das linke Knie verdrehte. Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr. S, den sie drei Tage später aufsuchte, äußerte den Verdacht auf einen Kniebinnenschaden. Bei einer MRT-Untersuchung am 11.03.2014 wurde dann ein Riss des vorderen Kreuzbandes festgestellt.	4
Ausweislich eines Telefonvermerks vom 24.03.2014 teilte der Vater der Klägerin der Beklagten mit, die Operation seiner Tochter solle bei Dr. T in der Klinik in I durchgeführt werden, der wohl nicht über eine D-Arzt-Zulassung verfüge. Er wurde dann 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 hätte. Die Operation von Frau C erfolgte dann während eines stationären Aufenthalts in der Atosklinik in der Zeit vom 31.03.2014 bis 02.04.2014.	5

Nachdem Frau C die Rechnungen über den stationären Aufenthalt der Beklagten übersandt hatte, teilte diese mit Bescheid vom 23.04.2014 mit, nach den Bestimmungen des SGB-VII in Verbindung mit dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sei eine Erstattung der eingereichten Rechnungen nicht möglich. Es handle es sich bei diesen Kosten um Mehrkosten der privaten Heilbehandlung. In einer Erläuterung zu diesem Bescheid heißt es, 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.

In der Folgezeit erfolgten weitere privatärztliche Behandlungen. Frau C reichte die entsprechenden Rechnungen dann bei der Klägerin ein, die aufgrund des Privatversicherungsvertrages Kosten in Höhe von insgesamt 8.914,69 € erstattete. 7

Mit Schreiben vom 15.12.2014 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch geltend. Es hieß, Frau C sei bei ihr krankenversichert. Aufgrund der aus dem Schadensereignis (Unfall vom 18.02.2014) entstandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen hätte sie Kosten von insgesamt 8.914,69 € erstattet. Da es sich um einen Schulunfall gehandelt habe, sei die Beklagte zuständiger Kostenträger. Es wurde um Erstattung des o.a. Betrages gebeten. 8

Nachdem die Beklagte dies abgelehnt hatte erhob die Klägerin am 19.11.2015 Klage und begehrt die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr denjenigen Anteil an den von ihr geleisteten Zahlungen zu erstatten, die die Beklagte als gesetzlicher Unfallversicherer zu übernehmen hätte. Die Klägerin beruft sich dabei in erster Linie auf ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.04.2014 (B 2 U 21/12 R). Sie meint, ihr stehe danach ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch analog §§ 812 ff. BGB zu. Nach dieser Rechtsprechung sei der private Krankenversicherer, der in der Annahme einer eigenen Schuld Leistungen an seinen Versicherungsnehmer erbracht habe, zur Begründung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs berechtigt, durch Zahlungsaufforderung nachträglich zu erklären, dass seine Leistung als für den leistungspflichtigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, hier die Beklagte, bewirkt gelten solle. Es sei unstreitig, dass es sich um einen Schulunfall gehandelt habe, für den die Beklagte eintrittspflichtig sei. Durch ihre nunmehrige Inanspruchnahme werde die Beklagte lediglich so gestellt, wie sie ohne die anfängliche Leistungsablehnung gestanden hätte. Es wäre unbillig, die Beklagte auf ihre Kosten zu entlasten, zumal die Beklagte selbst darauf hingewiesen habe, dass sie bei privatärztlichen Behandlungen durchaus willens und verpflichtet sei, Ersatzleistungen zu erbringen, wenn die Rechnungen entsprechend den Abrechnungsregelungen der gesetzlichen Unfallversicherung umgeschrieben bzw. geändert würden. Die Klägerin sei so zu behandeln, als habe sie irrtümlich auf eine fremde Schuld gezahlt und es müsse ihr aus Billigkeitserwägungen sowie aus Treu und Glauben ein Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten jedenfalls in der Höhe zustehen, wie die Beklagte nach dem Leistungskatalog des SGB-VII sowie der entsprechenden Abkommen eintrittspflichtig gewesen wäre. 9

Die Klägerin beantragt, 10

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 € anlässlich des Schulunfalls der bei ihr privat krankenversicherten Frau C vom 18.02.2014 erbrachten Versicherungsleistungen zu erstatten, den die Beklagte als gesetzlicher Unfallversicherer der Frau C aufgrund des ihre Eintrittspflicht auslösenden Schulunfalls vom 11

18.02.2014 zu übernehmen hätte.

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. 12

Die Beklagte beantragt, 13

die Klage abzuweisen. 14

Sie sieht keine Pflicht zur Erstattung der von der Klägerin geltend gemachten Kosten. Die Leistungen zur Heilbehandlung würden aufgrund der gesetzlichen Grundlagen als Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt. Dr. T, der Frau C operiert habe, betreibe eine privatärztliche Praxis, die nicht zum Durchgangsarztverfahren und auch nicht zum Verletzungsartenverfahren gemäß dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zugelassen sei. Die privatärztliche Behandlung basiere auf einem privatrechtlichen Behandlungsvertrag zwischen Dr. T und Frau C und sei daher rechtlich anders zu qualifizieren, als die im Versicherungsfall seitens des Unfallversicherungsträgers geschuldete Heilbehandlung. Dementsprechend seien die eingereichten Privat-abrechnungen auch wieder mit einem ablehnenden Erstattungshinweis an Frau C 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 privaten Krankenversicherung ausdrücklich beanspruchten privatärztlichen Behandlungsmaßnahmen nicht. Nach Belehrung habe sich Frau C nach Darlegung der Sach- und Rechtslage eindeutig gegen den Sachleistungsanspruch und für eine privatärztliche Behandlung entschieden. Sie habe nicht davon ausgehen können, dass sie ihre private Krankenversicherung in Anspruch nehmen können und dass diese sodann eine Abrechnung mit dem Unfallversicherungsträger vornehmen könne. 15

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und den der zum Verfahren beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten über die Versicherte C Bezug genommen. Alle Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 16

Entscheidungsgründe 17

Bedenken gegen die Zulässigkeit der vorliegenden Feststellungsklage bestehen nach Ansicht des Gerichts nicht. Die letztendlich von der Beklagten nach Ansicht der Klägerin zu erstattenden Kosten sind nicht bekannt und können auch nicht ohne weiteres beziffert werden. Es besteht aber ein Feststellungsinteresse am Bestehen eines Rechtsverhältnisses zwischen der Klägerin und der Beklagten dergestalt, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die anteiligen Kosten in Höhe der Abrechnungssätze der gesetzlichen Unfallversicherung zu übernehmen und auszugleichen. 18

Die Klage ist jedoch nicht begründet. 19

Es dürfte unstrittig sein, dass Frau C am 18.02.2014 einen als Arbeitsunfall geltenden Unfall erlitten hat. Dies hat die Beklagte auch nie ausdrücklich in Abrede gestellt. 20

Nach § 26 Abs.1 SGB-VII haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften unter anderem einen Anspruch u.a. auf Heilbehandlung. Gemäß § 26 Abs.4 Satz 2 SGB-VII werden die entsprechenden Leistungen seitens des Unfallversicherungsträgers als Dienst- 21

und Sachleistungen zur Verfügung gestellt. Damit besteht gerade kein Kostenerstattungsprinzip mit Rechtsanspruch auf Selbstbeschaffung von Leistungen mit Zahlungsverpflichtung gegenüber den Behandlungserbringern als Privatpatient und anschließender Kostenerstattung (vergl. Kasseler Kommentar - Ricke § 26 Rdn. 5). Ausnahmen hiervon müssen gesetzlich zugelassen sein. Nur dann kann sich der Versicherte die Leistungen selbst beschaffen und sich die entsprechenden Kosten vom Unfallversicherungsträger erstatten lassen. Dies ist etwa möglich bei Leistungen nach §§ 40, 41 oder 44 Abs.5 SGB-VII. Die entsprechenden Vorschriften kommen hier aber ersichtlich nicht zur Anwendung.

Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation finden alleine unter den Voraussetzungen des § 13 Abs.3 SGB-V statt. Nach ständiger Rechtsprechung ist diese Vorschrift in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anwendbar da hier eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung besteht, die diese krankenversicherungsrechtliche Vorschrift sachgerecht ausfüllt. Danach kommt 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 hat (vergl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 26 SGB-VII Rdn. 18.3). 22

Eine nicht rechtzeitig erbrachte Leistung im Sinne eines Notfalls ist nur gegeben, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung eines Versicherten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile aufgesucht werden kann. Ein solcher Fall liegt hier ersichtlich nicht vor. 23

Auch die 2. Alternative des § 13 Abs.3 Satz 1 SGB-V ist hier nicht einschlägig. Die Beklagte hat keine Leistung zu Unrecht abgelehnt. Zwar existierte zum Zeitpunkt der Operation und der weiteren ärztlichen Behandlung noch kein Bescheid, in dem der Unfall von Frau C ausdrücklich als Arbeitsunfall anerkannt wird. Eine konkrete Ablehnung ist aber zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Vielmehr ist die Beklagte selbst von ihrer Leistungspflicht im gesetzlichen Umfang ausgegangen, was sich schon daran zeigt, dass sie die Leistungen, die nicht von Privatärzten erbracht worden sind, übernommen hat. 24

Grundsätzlich besteht 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. 25

Darüber wurde ausweislich des Telefonvermerks vom 24.03.2014 auch die Versicherte bzw. ihr Vater unterrichtet. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Bescheid vom 23.04.2014, mit dem die Beklagte Frau C gegenüber die Erstattung der eingereichten Rechnungen abgelehnt hat. Soweit es in den Erläuterungen dazu heißt, die Beklagte ersetze dem Arzt die Heilbehandlungskosten nur in bestimmter Höhe, ist dies davon abhängig, dass der behandelnde Arzt eine entsprechend geänderte Rechnung übersendet. Dies ist hier jedoch gerade nicht geschehen. Wenn die Klägerin vorträgt, die Beklagte habe sich geweigert, entsprechende Kostenübernahmeerklärungen abzugeben, ist dies unerheblich. Aufgrund der o.a. Ausführungen bestand hierzu gerade keine Veranlassung, zumal Frau C bekannt war, dass grundsätzlich keine privatärztlichen Rechnungen übernommen werden. 26

Etwas anderes ergibt sich nach Ansicht der Kammer auch nicht aus dem von der Beklagten zitierten Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.04.2014 (B 2 U 21/12 R). Darin hat das 27

Bundessozialgericht einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch konstruiert, wenn im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Es soll dann in weitgehender Analogie zu den §§ 812 ff. BGB ein Recht auf Herausgabe des Erlangten bestehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, der sich das Bundessozialgericht in dem zitierten Urteil angeschlossen hat, ist ein Leistender (hier: die Klägerin), der in der irrigen Annahme einer eigenen Schuld Leistungen erbracht hat, aus Billigkeitsgründen berechtigt, durch Zahlungsaufforderung nachträglich zu erklären, dass seine Leistung als für den letztlich ersatzpflichtigen Schuldner (hier: die Beklagte) bewirkt gegen gelten solle. Es sei 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. Weiter heißt es in dem Urteil, dass die vom Bundesgerichtshof aufgezeigten Billigkeitserwägungen auch in dem vom Bundessozialgericht zu entscheidenden Fall greifen, weil dort die klagende private Krankenversicherung allein wegen der anfänglichen Leistungsablehnung durch den Unfallversicherungsträger ihre Eintrittspflicht angenommen habe. Es sei unbillig, den beklagten Unfallversicherungsträger auf Kosten Dritter zu entlassen, weil seine mit der irrtümlichen Leistungserbringung durch die private Krankenversicherung verbundene Begünstigung letztlich auf eigenem fehlerhaftem Verwaltungshandeln in Gestalt einer rechtswidrigen Leistungsablehnung beruhe.

Genau hier liegt nach Ansicht der Kammer der Unterschied zwischen dem vom Bundessozialgericht entschiedenen und dem vorliegenden Fall. Während das Bundessozialgericht einen Fall zu entscheiden hatte, in dem der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zunächst bescheidmäßig die Anerkennung eines Versicherungsfalls ausdrücklich verneint hat, ist dies hier gerade nicht geschehen. Die Beklagte hat hier ihre grundsätzliche Leistungspflicht nie in Abrede gestellt und auch -im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben- entsprechende Leistungen gewährt. Von einem fehlerhaften Verwaltungshandeln kann 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 entscheidet, kommen die vom Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 03.04.2014 angestellten Billigkeitserwägungen als Grundlage für den letztlich bejahten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gerade nicht zum tragen.

28

Zusammenfassend bleibt somit festzuhalten, dass kein Anspruch auf die Erstattung der privatärztlichen Rechnungen bzw. der von der Klägerin aufgrund des privatrechtlichen Versicherungsvertrages zwischen ihr und Frau C vorgenommenen Zahlungen besteht.

29

Besteht schon kein Anspruch auf Zahlung erübrigen sich Ausführungen zu einer möglichen Verzinsung.

30

Die Klage konnte nach alledem keinen Erfolg haben.

31

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

32

Bei der Streitwertberechnung hat das Gericht berücksichtigt, dass es der Klägerin im Ergebnis nicht um den gesamten von ihr übernommenen Betrag von 8.914,69 € gegangen ist, sondern nur um den von der Beklagten nach unfallversicherungsrechtlichen Vorschriften ihrer Ansicht nach zu zahlenden. Dessen Höhe ist ungewiss. Es ist daher angezeigt, den Streitwert auf 5.000 € festzusetzen.

33

34

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.	35
Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim	36
Landessozialgericht	37
Nordrhein-Westfalen,	38
Zweigertstraße 54,	39
45130 Essen,	40
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.	41
Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem	42
Sozialgericht Köln,	43
An den Dominikanern 2,	44
50668 Köln,	45
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.	46
Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.	47
Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.	48
Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-koeln.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.	49
Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Köln schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.	50

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

52