

B 1 KR 6/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
-

Datum
29.07.1999
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
16.02.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 6/01 R

Datum
09.10.2001
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. Februar 2001 und des Sozialgerichts Konstanz vom 29. Juli 1999 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger, der bei der Beklagten krankenversichert ist, befand sich ab 18. September 1997 im Städtischen Klinikum K. zur stationären Behandlung einer bakteriellen Herzklappenentzündung (Aortenklappenendokarditis). Am 2. Oktober 1997 wurde er auf Veranlassung des Oberarztes der kardiologischen Abteilung wegen einer akut dekompensierten Herzinsuffizienz zur operativen Behandlung in das an das Klinikum unmittelbar angrenzende und mit ihm durch einen unterirdischen Gang verbundene Herz-Zentrum B. verlegt, eine für offene Herzoperationen ausgerüstete Privatklinik, die nicht zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassen ist. Wegen einer vorbestehenden koronaren Herzkrankheit des Klägers wurde dort zunächst eine Koronarangiographie und anschließend noch am selben Abend der in Aussicht genommene chirurgische Eingriff mit Ersatz der geschädigten durch eine künstliche Herzklappe durchgeführt.

Die Beklagte weigerte sich, die ihr vom Herz-Zentrum B. übersandten Rechnungen für die Linksherzkatheter-Untersuchung (1.711,70 DM) und die stationäre Behandlung in der Zeit vom 2. bis 15. Oktober 1997 (35.363,36 DM) zu bezahlen. Mit Bescheid vom 27. März 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 1998 lehnte sie auch gegenüber dem Kläger eine Kostenübernahme ab, weil das Herz-Zentrum B. kein Vertragskrankenhaus sei und ein Notfall, der ausnahmsweise zur Inanspruchnahme einer nicht zugelassenen Klinik berechtigt hätte, nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nicht vorgelegen habe.

Die dagegen gerichtete Klage hatte in den Vorinstanzen Erfolg. Das Sozialgericht hat die Beklagte verurteilt, den Kläger von der Kostenforderung des Herz-Zentrums freizustellen. Das Landessozialgericht (LSG) hat dieses Urteil bestätigt. Es hat offengelassen, ob im Zeitpunkt der Verlegung ein Notfall vorgelegen hat. Jedenfalls habe der Kläger aufgrund der Äußerungen der behandelnden Krankenhausärzte vom Vorliegen einer Notfallsituation und damit von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgehen dürfen. Dies begründe einen Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), denn die Beklagte müsse sich eine etwaige Fehlbeurteilung der in ihrem Auftrag handelnden Ärzte des Städtischen Klinikums als Systemversagen zurechnen lassen.

Mit der Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des [§ 13 Abs 3 SGB V](#). Dem Kläger sei bekannt gewesen, daß es sich bei dem Herz-Zentrum B. um ein nicht zugelassenes Krankenhaus handelt, dessen Leistungen im Regelfall von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Ein Notfall, bei dem ausnahmsweise etwas anderes gelten würde, habe nach den gesamten Umständen nicht vorgelegen; vielmehr hätte der Kläger für die notwendige Operation auch in ein zugelassenes Herzzentrum verlegt werden können. Daß man ihm gegenüber die Transportfähigkeit verneint und den Eindruck einer Notlage erweckt habe, könne nicht zu Lasten der Krankenversicherung gehen.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16. Februar 2001 und des Sozialgerichts Konstanz vom 29. Juli 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend verweist er darauf, daß die behandelnden Ärzte seinen Zustand als lebensbedrohlich und das Risiko eines Transports in eines der mehr als 100 Kilometer entfernt gelegenen zugelassenen Herzzentren als zu hoch eingeschätzt hätten. Dieser aus der Kenntnis der konkreten Behandlungssituation resultierenden Beurteilung müsse Vorrang vor der nachträglich am grünen Tisch getroffenen Bewertung durch den MDK zukommen.

Die beigeladene Stiftung als Träger des Städtischen Klinikums K. schließt sich diesem Vorbringen an und beantragt ebenfalls,

die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Sie führt zur Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile und zur Abweisung der Klage. Ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der durch die Behandlung im Herz-Zentrum B. entstandenen Kosten bzw auf Freistellung von einer entsprechenden Verbindlichkeit besteht nicht.

Das Berufungsgericht stützt die Verurteilung der beklagten Krankenkasse auf [§ 13 Abs 3 SGB V](#). Es nimmt an, daß der Kläger dem Herz-Zentrum B. gegenüber zur Tragung der Behandlungskosten verpflichtet ist und daß ihn die Beklagte von dieser Zahlungsverpflichtung freistellen muß, weil die Inanspruchnahme eines nicht zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassenen Krankenhauses im konkreten Fall wegen einer tatsächlichen oder vermeintlichen Notlage gerechtfertigt war. Woraus sich die angesprochene Zahlungsverpflichtung ergibt, wird im Urteil nicht näher ausgeführt; doch geht das Gericht offenbar davon aus, daß dem Herz-Zentrum B. privatrechtliche Ansprüche aus Vertrag oder aus Geschäftsführung ohne Auftrag gegen den Kläger zustehen.

Mit den angeführten Erwägungen läßt sich ein Freistellungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht begründen. Denn den Kläger trifft entgegen der Ansicht des LSG keine Verpflichtung zur Bezahlung der Krankenhauskosten.

Erweist sich das Vorbringen als richtig, daß die in Rede stehende Behandlung im Herz-Zentrum B. durchgeführt werden mußte, weil wegen der aufgetretenen Herzinsuffizienz eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben bestand und der Transport in eine der zugelassenen Herzkliniken mit unzumutbaren Risiken verbunden gewesen wäre, so scheidet ein Vergütungsanspruch des Herz-Zentrums gegen den Kläger und damit auch ein Erstattungs- oder Freistellungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte aus. Denn die Notfallbehandlung eines Kassenpatienten durch ein nicht zugelassenes Krankenhaus erfolgt als Sachleistung zu Lasten der Krankenversicherung und läßt Vergütungsansprüche nur im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse entstehen.

Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung hat das Bundessozialgericht (BSG) seit langem geklärt, daß die Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtkassenärzte (Nichtvertragsärzte) der kassenärztlichen (vertragsärztlichen) Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind ([BSGE 15, 169](#), 173 = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; [BSGE 71, 117](#), 118 f = [SozR 3-2500 § 120 Nr 2](#) S 12 f mwN; BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr 2](#) S 4; ebenso für Rettungsdienstesätze: BSG [SozR 2200 § 368d Nr 6](#) S 12 f; Urteil vom 5. Mai 1988 - [6 RKa 30/87](#) = USK 88182). Bei einer stationären Notfallbehandlung stellt sich die Rechtslage ähnlich dar, mit dem Unterschied, daß hier nicht die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV), sondern die Krankenkasse den Vergütungsanspruch zu erfüllen hat. Hier wie dort leitet sich die Unterstellung der außervertraglichen Notfallbehandlungen unter die Leistungs- und Vergütungsstrukturen des SGB V aus dem Zusammenhang der Vorschriften ab, die den Leistungsumfang und die Modalitäten der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung regeln. Nach [§ 2 Abs 1](#) und 2 SGB V stellen die Krankenkassen ihren Versicherten die im Dritten Kapitel des Gesetzes genannten Leistungen, zu denen auch die Krankenhausbehandlung gehört ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5, § 39 SGB V](#)), als Sachleistungen kostenfrei zur Verfügung. Sie bedienen sich dabei zugelassener Leistungserbringer, mit denen sie entsprechende Verträge schließen ([§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Versicherten erhalten die benötigten Leistungen unentgeltlich; die Vergütung erfolgt durch die Krankenkasse bzw bei ambulanten ärztlichen Leistungen durch die mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung betraute KÄV. Diese Grundsätze gelten auch für Notfallbehandlungen. Zwar können im Sachleistungssystem grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden (§ 39 Abs 1 Satz 2 iVm § 108; § 76 Abs 1 Satz 1; § 124 Abs 1; [§ 126 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). In Notfällen greift diese Beschränkung aber nicht, so daß insoweit auch Ärzte oder Krankenhäuser ohne Kassenzulassung Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen können. Das gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung gleichermaßen, auch wenn [§ 39 Abs 1 SGB V](#), der die Modalitäten der Krankenhausbehandlung regelt, eine dem [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) entsprechende ausdrückliche Klarstellung nicht enthält. Wird ein gesetzlich versicherter Patient als Notfall in ein nicht zugelassenes Krankenhaus aufgenommen, so wird dieses für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse.

Unter diesen Umständen kommt ein Anspruch aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht in Betracht. Die Vorschrift erwähnt zwar ausdrücklich den Fall der unaufschiebbaren Leistung. Sie setzt aber voraus, daß der Versicherte sich diese Leistung selbst, dh auf eigene Kosten beschaffen mußte, weil die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte. Eine solche Konstellation hat nicht vorgelegen, denn sowohl der Kläger und seine Ehefrau als auch die mit der Behandlung befaßten Ärzte der beiden beteiligten Krankenhäuser sind nach den Feststellungen des LSG davon ausgegangen, daß eine Notfallbehandlung zu Lasten der Krankenkasse gewährt werden sollte. Dem entspricht es, daß das Herz-Zentrum B. seine Rechnungen zunächst an die Krankenkasse gerichtet und sich an den Kläger erst gewandt hat, nachdem die Beklagte das Vorliegen eines Notfalls bestritten und die Übernahme der Kosten abgelehnt hatte.

Eine Zahlungsverpflichtung des Klägers, die einen Freistellungsanspruch begründen könnte, besteht aber auch dann nicht, wenn tatsächlich kein Notfall vorgelegen hat und die anderslautende Beurteilung der behandelnden Ärzte sich als unvertretbar erweisen sollte. Auch in diesem Fall steht dem Herz-Zentrum B. gegen den Kläger weder aus Vertrag noch aus anderen Rechtsgründen ein Anspruch auf Bezahlung der mit der Herzoperation in Zusammenhang stehenden Leistungen zu.

Ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag), in dem der Kläger sich verpflichtet hätte, für die

Kosten der benötigten Behandlung gegebenenfalls selbst aufzukommen, ist mit dem Herz-Zentrum nicht geschlossen worden. Weder der Kläger selbst noch seine Ehefrau haben mündlich oder schriftlich dahingehende Erklärungen abgegeben. Auch ein Vertragsschluß durch schlüssiges Verhalten, wie die Entgegennahme üblicherweise nur gegen Vergütung gewährter Leistungen, scheidet aus. Denn das Herz-Zentrum ist erklärtermaßen selbst davon ausgegangen, daß dem Kläger eine Notfallversorgung zu Lasten der Krankenkasse gewährt werde, hat also mit der Übernahme der Behandlung gerade kein auf eine Entgeltverpflichtung des Klägers gerichtetes Vertragsangebot unterbreitet.

Etwas anderes folgt nicht daraus, daß der Verwaltungsleiter des Herz-Zentrums der Ehefrau des Klägers nach eigenem Bekunden erklärt hat, ihr Mann werde die Behandlungskosten gegebenenfalls selber tragen müssen, wenn es mit der Krankenkasse Schwierigkeiten gebe. Auch wenn die Ehefrau des Klägers dem nicht widersprochen haben sollte, rechtfertigt das nicht den Schluß, daß sie damit eine - gemäß [§ 1357 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch für den Kläger wirkende - vertragliche Verpflichtung übernommen hätte. Nach den Feststellungen des LSG hatte die Ehefrau des Klägers von der Beklagten die Auskunft erhalten, daß die Kosten einer Behandlung im Herz-Zentrum B. bei Vorliegen eines Notfalls übernommen würden. Nachdem die Krankenhausärzte übereinstimmend einen Notfall bescheinigt hatten, bestand für sie kein Anlaß eine eigene Zahlungsverpflichtung einzugehen, denn die angesprochenen "Schwierigkeiten" mit der Krankenkasse waren gegebenenfalls zwischen dieser und dem Krankenhaus zu bereinigen. Ansprüche gegen die Eheleute wären nur dann begründet worden, wenn der Krankenhausträger den Kläger oder seine Ehefrau bei der Aufnahme darauf hingewiesen hätte, daß ein Notfall im strengen Sinne nicht gegeben sei und sie im Falle der Zahlungsverweigerung durch die Krankenkasse persönlich für die Behandlungskosten aufkommen müßten. Zweifel am Bestehen einer Notlage sind indessen nicht geäußert worden. Die Eheleute mußten im Gegenteil nach den Aussagen der behandelnden Ärzte davon ausgehen, daß unmittelbare Lebensgefahr bestand und eine Klärung der Kostenfrage nicht abgewartet werden konnte. Das schließt die Annahme aus, die Ehefrau des Klägers habe in Kenntnis aller maßgebenden Umstände auch für den Fall des Nichtvorliegens einer Notsituation einer Behandlung in der Privatklinik zugestimmt.

Bei der gegebenen Sachlage schuldet der Kläger dem Herz-Zentrum B. des weiteren keine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag ([§§ 670, 683 BGB](#)) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung ([§ 812 BGB](#)). Eine Behandlung als Privatpatient mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, entsprach weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Klägers noch seinem Interesse. Als Notfallpatient hatte er gegen die Beklagte Anspruch auf Gewährung der benötigten Behandlung auch in einem nicht zugelassenen Krankenhaus. Diese Kassenleistung wollte er in Anspruch nehmen, wie sich aus der Rückfrage bei der Beklagten wegen der Kostenübernahme zweifelsfrei ergibt. Damit haben die Voraussetzungen des [§ 683 Satz 1 BGB](#) nicht vorgelegen. Ein Bereicherungsanspruch ([§ 812 Abs 1 Satz 1 BGB](#)) scheidet daran, daß zwischen dem Kläger und dem Herz-Zentrum in bezug auf die in Rede stehende Behandlung kein Leistungsverhältnis besteht. 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 dem Kläger die von den Krankenhausärzten für erforderlich gehaltene Notfallbehandlung als Sachleistung. Auch ein etwaiger Bereicherungsausgleich müßte sich deshalb nicht zwischen Krankenhaus und Kläger, sondern zwischen Krankenhaus und Beklagter vollziehen (vgl zu alledem: OLG Köln [VersR 1991, 339](#); OLG Köln [VersR 1995, 1102](#); OLG Karlsruhe [NJW-RR 1998, 1346](#)).

Da eine Verbindlichkeit, die einen Freistellungsanspruch begründen könnte, nicht besteht, war die Klage abzuweisen, ohne daß es auf die Frage der Transportfähigkeit des Klägers und der Berechtigung einer Notfallbehandlung durch das Herz-Zentrum B. ankommt. Der Kläger kann diese Fragen mangels eigener finanzieller Betroffenheit im anhängigen Prozeß nicht klären lassen. Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse über den Leistungsanspruch sind nur in zwei Konstellationen denkbar: Entweder der Versicherte klagt auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als Sachleistung (dazu Senatsurteil vom 3. April 2001- [B 1 KR 40/00 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) oder er hat sich die Behandlung zunächst privat auf eigene Rechnung beschafft und verlangt von der Krankenkasse die Erstattung der Kosten. Konnte er hingegen im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann eine eigene Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer muß einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen. Soweit der Senat abweichend hiervon in früheren Entscheidungen (etwa im Urteil vom 9. Juni 1998 - [B 1 KR 18/96 R](#) - [BSGE 82, 158](#) = [SozR 3-2500 § 39 Nr 5](#)) dem Versicherten das Recht zugebilligt hat, zur Vermeidung einer eigenen Inanspruchnahme die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer zu betreiben, hält er daran nicht fest. Das Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) bietet keine Handhabe, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozeß zu ersparen (Urteil vom 28. März 2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) - [BSGE 86, 66, 75](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#) S 97).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-09-25