

## L 4 KR 7/03

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Cottbus (BRB)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 104/01  
Datum  
14.01.2003  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 7/03  
Datum  
12.03.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgericht Cottbus vom 14. Januar 2003 wird zurückgewiesen. Die geänderte weitergehende Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens der geänderten weitergehenden Klage. Im Übrigen haben die Beteiligten einander außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten. Der Streitwert für das Verfahren vor dem Landessozialgericht wird auf 180,30 Euro festgesetzt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Freistellung von Kosten in Höhe von 180,30 Euro für ein Vacoped-Stützsystem, hilfsweise Zahlung aus abgetretenem Recht.

Für den im ... 1969 geborene Kläger, der bei der Beklagten krankenversichert ist, beantragte die O. GmbH am 29. März 2001 Kostenübernahme für die Versorgung mit einer Unterschenkelgehörthese mit Entlastungssohle (Vacoped-Stützsystem) im Wege der mietweisen Überlassung. Beigefügt waren die ärztliche Verordnung der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H. vom 19. März 2001 über einen Vacopedes wegen Großzehenfraktur rechts und der Kostenvoranschlag der O. GmbH vom 28. März 2001, wonach die Mietgebühr für 4 Wochen 352,64 DM betrage.

Der Kläger trug das Vacoped-Stützsystem während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit vom 19. März bis 27. April 2001.

Mit Bescheid vom 06. April 2001 lehnte die Beklagte gegenüber dem Kläger die beantragte Versorgung ab. Der Vacoped-Schuh sei kein Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, die fehlende Eintragung im Hilfsmittelverzeichnis sei keine ausreichende Begründung für die Versagung.

Die Beklagte holte daraufhin die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) des Dr. F. vom 11. Juni 2001 ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Juli 2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Das Vacoped-Stützsystem sei nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Eine Anwendung als Verbandmittel könne aufgrund der Beschaffenheit und der Anwendungsweise des Produktes ausgeschlossen werden. Darüber hinaus habe der MDK festgestellt, dass dieses System auch unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalles keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstelle.

Dagegen hat der Kläger am 01. August 2001 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben.

Während des Klageverfahrens lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Oktober 2001 einen Anspruch auf Kostenerstattung im Wege der Freistellung von der Zahlung der Miete ab. Der Anspruch sei zwar nicht deswegen ausgeschlossen, weil das Vacoped-Stützsystem nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sei. Es sei jedoch nicht geeignet und erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Endgliedfrakturen würden im Regelfall mit entsprechenden ruhigstellenden Verbänden behandelt, wozu u. a. Gipsverbände, Kunstharzverbände oder spezielle TEP-Verbände zählen. So hätte die Ruhigstellung der verletzten Zehe allein dadurch bewirkt werden können, dass sie mittels Pflasterverbandes an der benachbarten Zehe so befestigt werde, dass die gesunde Zehe wie eine Schiene fungieren könne. Nach der Herstellerinformation seien beim Vacoped-Stützsystem die Zehen jedoch völlig frei. Ein Heilungserfolg bei Frakturen setze aber die Ruhigstellung der verletzten Körperteile voraus. Dies habe nicht mit diesem System gewährleistet werden können. Im Übrigen stünden Kosten und Nutzen des Hilfsmittels im Vergleich zu einem ruhigstellenden Verband außerhalb jedes ausgewogenen

Verhältnisses. Diese Erwägungen träfen auch für den Fall zu, dass beim Kläger das Vorliegen einer Behinderung angenommen werde. Davon sei zwar nicht auszugehen, denn die funktionelle Störung habe nicht länger als sechs Monate gedauert. Der geltend gemachte Anspruch sei schließlich auch nicht aus [§ 43 Satz 1 Ziffer 2 SGB V](#) abzuleiten, da bei der Erreichung des Ziels der Rehabilitation ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten sei. Die benannten Vorzüge des Vacoped-Stützsystems kämen vorliegend nicht zum Zuge, da der sonst anzulegende Verband nicht den gesamten Unterschenkel einbezogen hätte.

Der Kläger hat vorgetragen:

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die Nichtaufnahme im Hilfsmittelverzeichnis unerheblich. Das Vacoped-Stützsystem sei dienlicher (wegen der anatomischen Passform, der schnelleren Fixierung am Bein, des Entfallens eines mehrmaligen Gipswechsels, der jederzeitigen Wundkontrolle durch Öffnen des Systems, der Reduzierung einer Muskelatrophie, Thrombosegefahr und seiner Wiederverwertbarkeit) als ein herkömmlicher Gipsverband. Das System habe zudem eine frühere Wiederaufnahme der Beschäftigung ermöglicht. Im Rahmen der Versorgung sei auch [§ 70 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zu berücksichtigen.

Der Kläger habe einen Vorfußentlastungsschuh mit Einlegesohle und nicht die Grundform des Vacoped-Stützsystems erhalten. Mit dessen Überlassung sei konkludent ein privatrechtlicher Vertrag zustande gekommen, woraus seine Verpflichtung zur Vergütung resultiere. Die neuere Rechtsprechung des BSG sei irrelevant, da der Rechtsstreit davor rechtshängig geworden sei. Die Rechnung der Firma O. GmbH vom 07. Mai 2001 über den Betrag von 352,64 DM habe er bisher nicht gezahlt, da der Betrag bis zum Eintritt von Rechtskraft gestundet worden sei. Der Kläger hat die entsprechende Rechnung über eine vierwöchige Behandlungsdauer beigefügt.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 06. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Juli 2001, geändert durch den Bescheid vom 10. Oktober 2001 die Beklagte zu verurteilen, den Kläger von den Kosten der Miete des Vacoped-Stützsystems in Höhe von 180,30 Euro freizustellen.

Die Beklagte hat im Wesentlichen die Begründung in den angefochtenen Bescheiden wiederholt. Außerdem hat sie vorgetragen: Der Kläger sei auch bei herkömmlicher Versorgung mobil. Durch das Vacoped-Stützsystem sei zudem keine frühere Arbeitsfähigkeit erreicht worden. Für die Annahme eines konkludent zustande gekommenen privatrechtlichen Vertrages fehle es an einem entsprechenden Willen der Beteiligten. Selbst wenn eine entsprechende Vereinbarung zustande gekommen sei, folge daraus nicht die Verpflichtung der Beklagten von deren Freistellung, da der Kläger die Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet habe. Die Beklagte hat eine Produktbeschreibung des Vacoped-Stützsystems und die Stellungnahmen des MDK des Dr. Heinze vom 27. September 2001 und 20. Juni 2002 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H. vom 27. Mai 2002 eingeholt.

Mit Urteil vom 14. Januar 2003 hat das Sozialgericht - im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung - die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Es hat ausgeführt:

Dem Kläger steht kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Freistellung gegenüber der Beklagten zu. Einzige in Betracht kommende Anspruchsgrundlage ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Danach sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschafften Leistungen Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Über den Wortlaut hinaus beinhaltet diese Vorschrift auch einen Anspruch auf Freistellung von einer Verbindlichkeit. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch setzen jedoch jeweils voraus, dass der Versicherte einem fälligen zivilrechtlichen Anspruch ausgesetzt ist/war (BSG, Urteile vom 09.10.2001, Az. [B 1 KR 6/01 R](#), und vom 28.03.2000, Az. [B 1 KR 21/99](#)). Diese Tatbestandsvoraussetzung ist im Falle des Klägers nicht erfüllt.

Ein zivilrechtlicher Vertrag (Mietvertrag), in dem der Kläger sich verpflichtet hätte, die Miete für die 4-wöchige Nutzung des Vacoped-Schuhs zu übernehmen, ist mit der O. GmbH nicht geschlossen worden. Der Kläger hat weder schriftlich noch mündlich eine dahingehende Erklärung abgegeben. Auch ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten (wie die Entgegennahme üblicherweise nur gegen Vergütung gewährter Leistungen) scheidet aus, denn die O. GmbH ist selbst davon ausgegangen, dass ihr ein Zahlungsanspruch unmittelbar gegen die Beklagte zusteht. Anders lässt sich der von ihr an die Beklagte gerichtete Kostenvoranschlag vom 28.03.2001 nicht erklären. Hierfür spricht ferner, dass die O. GmbH den Kläger erst nach der Ablehnung durch die Beklagte mit dem Bescheid vom 06.04.2001 in Anspruch nahm. Ein auf eine Entgeltverpflichtung des Klägers gerichtetes Vertragsangebot, das allenfalls darin gesehen werden könnte, dass die O. GmbH dem Kläger den Vacoped-Schuh zur Verfügung stellte, liegt gerade nicht vor.

Auch die weiteren Umstände sprechen gegen das Zustandekommen eines zivilrechtlichen Mietvertrages zwischen dem Kläger und der O. GmbH. So hat der Kläger den Erhalt des Vacoped-Schuhs auf einem in der vertragsärztlichen Versorgung verwandten Vordruck schriftlich bestätigt. Allein aufgrund der Verwendung dieses Vordruckes - "eines Kassenrezeptes" - durfte der Kläger davon ausgehen, dass ihm das verordnete Hilfsmittel kostenfrei zu Lasten seiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. Es spricht daher nichts dafür, dass der Kläger bei Entgegennahme des Vacoped-Schuhs eine eigene zivilrechtliche Verpflichtung gegenüber der O. GmbH eingehen wollte.

Dem steht nicht entgegen, dass in der zivilrechtlichen Rechtsprechung ein konkludent zustande gekommener zivilrechtlicher Vertrag angenommen wird, wenn sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in die Behandlung eines Kassenarztes oder eines zugelassenen Krankenhauses gegeben. Denn selbst dann, wenn eine solche rechtliche Konstruktion bejaht wird, um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in den Genuss des Leistungsstörungenrechts kommen zu lassen - der Kläger verweist insoweit zutreffend auf die Rechtsprechung des BGH ([NJW 1984, 1820](#)) -, besteht Einigkeit, dass zumindest keine Primärpflicht (Zahlungspflicht des Kassenmitglieds gegenüber dem ihn behandelnden Arzt/Krankenhaus) besteht (OLG Koblenz, NZS 97, 522 mwN). Selbst wenn also im vorliegenden Fall mit dieser zivilrechtlichen Rechtsprechung das Zustandekommen eines zivilrechtlichen Vertrages angenommen werden sollte, wäre der Kläger dennoch nicht einem Zahlungsanspruch der O. GmbH ausgesetzt.

Anlässlich dieser Sachlage schuldet der Kläger der O. GmbH die von dieser geforderten Mietgebühr auch nicht aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 683 BGB) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB). Eine Versorgung mit dem Vaped-Schuh mit der gleichzeitigen Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, entsprach weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Klägers noch seinem Interesse. Bereits daran scheidet ein Anspruch aus § 683 BGB. Ein Bereicherungsanspruch nach § 812 Abs. 1 Satz 1, 1. Alternative BGB scheidet daran, dass zwischen dem Kläger und der O. GmbH in Bezug auf die in Rede bestehende Behandlung kein Leistungsverhältnis besteht. Im Mehrpersonenverhältnis ist Leistender derjenige, der aus Sicht eines verständigen Empfängers die Leistung gewährt. Dies war hier die Beklagte, denn sie schuldete dem Kläger die von Dr. H. verordnete Versorgung mit einem Vaped-Schuh. Auch ein etwaiger Bereicherungsausgleich müsste sich daher nicht zwischen der O. GmbH und dem Kläger, sondern zwischen der O. GmbH und der Beklagten vollziehen.

Dieses Ergebnis ist auch sachgerecht. Denn § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V gibt dem Versicherten keine Handhabe, die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer zu betreiben (Urteil des BSG vom 09.10.2001). Nach dieser Rechtsprechung sind gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse über den Leistungsanspruch nur in zwei Konstellationen denkbar: Entweder der Versicherte klagt auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als Sachleistung oder er hat sich die Behandlung zunächst 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 (BSG a.a.O.). Die vom Kläger in Bezug genommene Rechtsprechung (Urteil vom 09.06.1998, Az. B 1 KR 18/96 R) wurde vom BSG in diesem Zusammenhang ausdrücklich aufgegeben.

Ob die O. GmbH im konkreten Fall einen eigenen Prozess gegen die Beklagte führen könnte, muss im Rahmen dieses Rechtsstreits nicht geklärt werden. Die Kammer hält jedoch nach dem oben Gesagten Ansprüche der O. GmbH gegen die Beklagte aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 683 BGB) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 ff. BGB) nicht für ausgeschlossen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 07. Februar 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 11. Februar 2003 eingelegte Berufung des Klägers.

Er verweist darauf, dass nach einer früheren Rechtsprechung des BSG unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes allein die faktische Inanspruchnahme der Leistung ein berechtigtes Interesse an der gerichtlichen Klärung der Leistungspflicht begründe. Es habe sich im Übrigen auch um eine unaufschiebbare Maßnahme gehandelt. Für die erstmalige Versorgung am 19. März 2001 habe eine Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet werden können. Eine Gipsversorgung sei nicht ausreichend gewesen. Der Kläger habe zwar die Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet. Sie müsse sich jedoch das Handeln der verordnenden Vertragsärztin anrechnen lassen, da diese durch unmittelbare Weitergabe der Verordnung an die O. GmbH gleichsam zugesagt habe, sich um die Kostenerstattung zu kümmern. Der Kläger habe deswegen keine Veranlassung gehabt, sich wegen der Übernahme zeitnah an die Beklagte zu wenden.

Hilfsweise werde der Anspruch auf Zahlung klageerweiternd aus abgetretenem Recht geltend gemacht. Die Firma O. GmbH habe gegen die Beklagte einen Rechtsanspruch nach den Vorschriften des Werklieferungsrechtes nach §§ 631 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Das entsprechende Vertragsangebot der Beklagten liege in der ärztlichen Verordnung. Die handelnde Vertragsärztin sei insoweit als Vertreterin der Beklagte tätig geworden. Dieser Anspruch der Firma O. GmbH werde vom Kläger geltend gemacht. Er hat hierzu die zwischen der O. GmbH und dem Kläger geschlossene "Abtretungserklärung" vom 15. Januar 2003 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 14. Januar 2003 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2001 und des Bescheides vom 10. Oktober 2001 zu verurteilen, den Kläger von der Verpflichtung, an die O. GmbH 180,30 Euro zu zahlen, freizustellen,

hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 180, 30 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die weitergehende Klage abzuweisen.

Eine unaufschiebbare Maßnahme habe nicht vorgelegen, da ein Pflasterverband ausgereicht hätte. Die Versorgung mit dem Vaped-Stützsystem sei auch nicht zu Unrecht abgelehnt worden, da es nicht wirtschaftlich sei. Dies habe von der Beklagten im Übrigen mangels rechtzeitigen Antrages zudem nicht geprüft werden können. Da der Kläger keine eigene vertragliche Verpflichtung eingegangen sei, könne auch kein Anspruch abgetreten werden. Im Übrigen könne ihr das Verhalten der behandelnden Ärztin Dr. H. nicht zugerechnet werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten den streitigen Vorgang betreffend, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend die Klage abgewiesen. Der Bescheid vom 06. April 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2001 und des Bescheides vom 10. Oktober 2001 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass ihn die Beklagte von einer Verpflichtung gegenüber der O. GmbH zur Zahlung von 180,30 Euro freistellt. Eine solche Verbindlichkeit wurde nicht begründet.

Nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen der Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen, soweit das SGB V oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsehen. Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder SGB IX vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)).

Die hier allein in Betracht kommende Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB VI](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Diese Voraussetzungen liegen, wie das Sozialgericht zutreffend erkannt hat, nicht vor. Der Senat folgt der angefochtenen Entscheidung aus den dort genannten Gründen und sieht insoweit von einer weiteren Begründung ab ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Soweit sich der Kläger auf die Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 09. Juni 1998 - [B 1 KR 18/96 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#), beruft, verkennt er, dass diese Rechtsprechung durch das vom Sozialgericht genannte Urteil des BSG vom 09. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#), zu Recht aufgegeben wurde. In jenem früheren Urteil hat das BSG entschieden, eine Verpflichtung der Krankenkasse, den Versicherten von den Kosten einer Behandlung freizustellen, könne sich auch daraus ergeben, dass der Versicherte die vom ärztlichen Leistungserbringer veranlasste objektiv ungerechtfertigte Leistung in schutzwürdigem Vertrauen als Kassenleistung in Anspruch genommen habe. Als Rechtsgrundlage komme hierfür allerdings nicht [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), sondern die auf Grundsätzen der Rechtsscheinhaftung beruhende Einstandspflicht der Krankenkasse für Maßnahmen und Entscheidungen der in ihrem Auftrag ([§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) handelnden Leistungserbringer in Betracht. Habe der Arzt gegenüber dem Versicherten zum Ausdruck gebracht, die von ihm durchgeführte oder veranlasste Behandlung werde im Rahmen des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei erbracht, müsse die Krankenkasse sich dieses Verhalten zurechnen und die Leistung als Sachleistung gegen sich gelten lassen. Soweit die Leistungsvoraussetzungen tatsächlich nicht vorgelegen hätten, könne sie sich auf eine mögliche Pflichtverletzung des Leistungserbringers nur diesem gegenüber berufen.

Die frühere Rechtsprechung des BSG ist schon deswegen zweifelhaft, weil [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ausdrücklich bestimmt, dass eine Kostenerstattung, mithin also auch eine Freistellung von einer Verbindlichkeit (BSG Urteil vom 16. Dezember 1993 - [4 RK 5/92](#), abgedruckt in [BSGE 73, 271, 276](#)), nur in Betracht kommt, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsieht. Damit stellt der in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) normierte verschuldensunabhängige Schadensersatzanspruch aus Garantieverpflichtung (vgl. auch BSG Urteil vom 24. September 1996 - [1 RK 33/95](#), abgedruckt in [BSGE 79, 125, 126](#)) eine abschließende gesetzliche Regelung dar (so ausdrücklich im Verhältnis zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch: [BSGE 79, 125, 126](#) - insoweit aber differenzierend Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, SGB V, 37. EL, Höfler § 13 Rdnr. 22; vgl. auch Hauck/Haines-Noftz, Sozialgesetzbuch SGB V, K § 13 Rdnr. 48 im Sinne einer umfassenden und abschließenden Regelung).

Auch im Rahmen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) gibt es kein Bedürfnis, dem Versicherten einen Anspruch auf Freistellung von einer Verbindlichkeit einzuräumen, wenn er eine Leistung in schutzwürdigem Vertrauen als Kassenleistung in Anspruch genommen hat. In einem solchen Fall fehlt es, wie das Sozialgericht zutreffend unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 09. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) ausgeführt hat, schon an einer vertraglichen oder gesetzlichen Anspruchsgrundlage, aus der sich eine solche Verbindlichkeit ergeben könnte.

Der Einwand des Klägers, sein Rechtsstreit sei bereits vor dem Urteil vom 09. Oktober 2001 anhängig gewesen, führt zu keinem anderen Ergebnis. Vorliegend geht es nicht um eine Rechtsänderung, sondern allein darum, wie ein Gesetz auszulegen und anzuwenden ist. Dies schließt zwar nicht aus, dass ausnahmsweise auch eine Änderung der Rechtsprechung aus Vertrauensschutzgründen beachtlich sein kann. Eine nicht bestehende Verbindlichkeit kann jedoch schutzwürdiges Vertrauen nicht rechtfertigen. Im Übrigen hat das BSG im Urteil vom 09. Oktober 2001 diesbezüglich ebenfalls keine Bedenken geäußert.

Fehlt es an einer Verbindlichkeit, so kann offen bleiben, ob der Kläger überhaupt einen Anspruch auf Versorgung mit dem Vacoped-Stützsystem hatte. Dass der Kläger eine Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet hat, ist daher ebenso wenig von Bedeutung wie die Frage, ob die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel unaufschiebbar war. Diese weiteren Tatbestandsmerkmale bedürfen einer Überprüfung nur, wenn überhaupt eine wirksame Verbindlichkeit des Klägers, 180,30 Euro zu zahlen gegenüber der O. GmbH begründet worden wäre.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die vom Kläger erhobene weitergehende Klage aus abgetretenem Recht ist zulässig.

Der Kläger macht insoweit einen Anspruch geltend, der in einem Rechtsverhältnis zwischen der OPED GmbH und der Beklagten seinen Rechtsgrund haben soll. Nach dem Vorbringen des Klägers soll sich der Rechtsanspruch aus Vertrag ergeben.

Der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist für eine solche Streitigkeit eröffnet.

Nach [§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden, und im Übrigen nach [§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden.

Es kann daher in diesem Zusammenhang dahinstehen, ob Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern von Hilfsmitteln öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Verträge sind (vgl. dazu Hauck/Haines-Klückmann, a.a.O. K § 69 Rdnrn. 21 und 22).

Die sonstigen Prozessvoraussetzungen für die geänderte Klage ([§§ 99 Abs. 1, 153 Abs. 1 SGG](#)) liegen ebenfalls vor.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Bei einer auf Zahlung wegen der Inanspruchnahme eines Hilfsmittels

durch einen Versicherten gerichteten Klage eines Leistungserbringers gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen. Die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten.

Die geänderte Klage ist jedoch unbegründet.

Der Kläger ist aktivlegitimiert, denn er ist infolge der Abtretung des zwischen der OPEd GmbH und der Beklagten behaupteten Rechts Inhaber dieser Forderung geworden. Nach [§ 398 BGB](#) kann eine Forderung von dem Gläubiger durch Vertrag mit einem anderen auf diesen übertragen werden (Abtretung). Mit dem Abschluss des Vertrages tritt der neue Gläubiger an die Stelle des bisherigen Gläubigers.

Die vom Kläger vorgelegte Abtretungserklärung vom 15. Januar 2003 geht dahin, dass die Firma O. GmbH ihre Forderung gegen die Beklagte aus dem Kostenvoranschlag vom 28. März 2001 an den Kläger abtritt. Der Kläger stimmt danach dieser Abtretung zu. Dass darin zugleich bestimmt wird, der Kläger sei berechtigt, diese Forderung "im Namen der Firma O. GmbH" geltend zu machen, ist unschädlich. Diese Formulierung könnte zwar darauf hindeuten, dass lediglich eine Einziehungsermächtigung (vgl. dazu Palandt-Heinrichs, Bürgerliches Gesetzbuch, 62. Auflage, § 398 Rdnr. 29 f.) vorliegen könnte. Davon ist jedoch nicht auszugehen, denn nach dem Wortlaut dieser Abtretungserklärung ist die Forderung insgesamt abgetreten worden. Es bedarf daher keiner Erörterung, welche prozessualen Konsequenzen sich daraus ergeben, wenn jemand Zahlung an sich begehrt, der nur befugt ist, im Namen eines anderen ein Recht geltend zu machen.

Es besteht jedoch kein Anspruch der O. GmbH gegenüber der Beklagten auf Vergütung aus [§ 631 Abs. 1 2. Halbsatz BGB](#) oder auf Miete aus [§ 535 Abs. 2 BGB](#), vorbehaltlich der Vorschrift des [§ 69 Satz 1 SGB V](#), wonach sich die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu (sonstigen) Leistungserbringern abschließend nach dem 4. Kapitel SGB V richten und nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) lediglich im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend gelten, denn zwischen der O. GmbH und der Beklagten liegt kein Vertrag vor.

Ein Vertrag kommt durch Angebot und Annahme zustande ([§ 145 ff. BGB](#)).

Der Kläger selbst behauptet nicht, dass die Beklagte durch ihren gesetzlichen Vertreter oder eine andere Person, der durch den gesetzlichen Vertreter durch Rechtsgeschäft Vertretungsmacht (Vollmacht) erteilt wurde ([§ 166 Abs. 2 Satz 1 BGB](#)), in ihrem Namen eine entsprechende Willenserklärung abgegeben habe. Nach seiner Ansicht liegt das Vertragsangebot der Beklagten vielmehr in der ärztlichen Verordnung der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H. vom 19. März 2001. Diese Vertragsärztin sei als Vertreterin der Beklagten insoweit tätig geworden.

Es ist zwar zutreffend, dass das Gesetz den jeweils vom Versicherten freigewählten Vertragsarzt mit der öffentlich-rechtlichen Rechtsmacht beleihet, die medizinischen Voraussetzungen des Eintritts des Versicherungsfalles der Krankheit für den Versicherten und die Krankenkasse verbindlich festzustellen. Diese Rechtsmacht erstreckt sich grundsätzlich auch darauf, im Rahmen und in den Formen der kassenärztlichen Versorgung ([§ 73 Abs. 2](#), [§ 92 SGB V](#)) mit rechtlicher Bindungswirkung für die zuständige Krankenkasse im Leistungsverhältnis zum Versicherten festzusetzen, welche nach Zweck und Art bestimmte Behandlung medizinisch notwendig zu erbringen ist (BSG Urteil vom 23. Oktober 1996 - [4 RK 2/96](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 12](#)). Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Arzt anstelle der Krankenkasse oder als deren Vertreter über das rechtliche Bestehen von Leistungsansprüchen zu befinden oder hierüber Verwaltungsakte zu erlassen hätte (BSG Urteil vom 09. Juni 1998 - [B 1 KR 18/96 R](#)). Er kann somit im Rahmen seiner Stellung innerhalb des Systems der Rechtsbeziehungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht mit Wirkung für die Krankenkasse Verträge schließen, es sei denn, er ist hierfür von der Krankenkasse ausdrücklich bevollmächtigt. Dies folgt für Hilfsmittel insbesondere aus [§ 30 Abs. 8 Satz 1 Bundesmantelvertrag - Ärzte \(BMV-Ä\)](#) und [§ 16 Abs. 8 Satz 1 Bundesmantelvertrag Ärzte-/Ersatzkassen \(EKV-Ä\)](#), wonach die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes der Genehmigung durch die Krankenkasse bzw. durch die Ersatzkasse bedarf, soweit die Bestimmungen der Krankenkasse bzw. der Ersatzkasse nichts anderes vorsehen. Die Satzung der Beklagten enthält keine insoweit abweichende Regelung.

Die O. GmbH ist entgegen dem Vortrag des Klägers ersichtlich auch nicht davon ausgegangen, dass die Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H. mit der Verordnung vom 19. März 2001 in Vertretung für die Beklagte ein Angebot zum Abschluss eines Vertrages über die Beschaffung bzw. Miete des Vacoped-Stützsystems machte. Sie übersandte der Beklagten nämlich einen Kostenvoranschlag und keine Rechnung.

Die O. GmbH hat gegenüber der Beklagten auch keinen Anspruch aus Gesetz ([§ 683](#), [§ 812 Abs. 1 BGB](#)) auf Zahlung von 180,30 Euro.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat nach ihrer gesetzlichen Ausgestaltung den Zweck, den Versicherten von Krankheitskosten zu entlasten. Ihre Aufgabe ist es nicht, den Leistungsanbieter im Gesundheitswesen vor ungedeckten Kosten zu schützen, wenn dieser an ihre Versicherten Leistungen erbringt. Dies gilt auch insoweit, als die Krankenkasse Aufwendungen einspart, die ihr sonst für eine zum Leistungsumfang gehörende Behandlung des Versicherten entstanden wären. Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringungsrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenstehen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (BSG Urteil vom 28. März 2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#); Urteil vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#); Urteil vom 04. Mai 1994 - [6 RKa 40/93](#) in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 6](#)). Dies folgt zwischenzeitlich aus [§ 69 Satz 1 SGB V](#), wonach das SGB V abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen gegenüber u. a. sonstigen Leistungserbringern regelt.

Nach [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Die Abgabe bedarf im Übrigen, wie oben dargelegt, grundsätzlich der Genehmigung durch die Krankenkasse (vgl. auch [§ 15 Abs. 3 SGB V](#), wonach die Krankenkasse für die Inanspruchnahme einen Berechtigungsschein ausstellt).

Diese Vorschriften tragen letztlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) Rechnung. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen



nicht bewilligen.

Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot würde unterlaufen, wenn Ansprüche von Leistungserbringern auf die Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag oder die ungerechtfertigte Bereicherung gestützt werden könnten.

Die Krankenkasse hat nach [§ 2 Abs. 2](#), [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) die Versicherten grundsätzlich im Wege der Sachleistung des vertraglich gebundenen Arztes oder sonstigen Leistungserbringers zu versorgen. Mit diesem Grundsatz sind für den Versicherten und den Leistungserbringer eine Reihe von Vor- und Nachteilen verbunden, die insgesamt in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Die Gewährung als Sachleistung entbindet den Versicherten von der Kontrolle der therapeutischen Leistung und der Prüfung ihrer Abrechnung; gleichzeitig wird ihm die Sorge um seine finanzielle Liquidität im Krankheitsfall genommen, weil auch die Vorfinanzierung entfällt. Dafür ist er gehalten, nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen und sich auf den für die gesetzliche Krankenversicherung festgelegten Leistungskatalog zu beschränken. Das Risiko der Überschreitung von Leistungsbeschränkungen trägt im Rahmen der Sachleistungsgewährung nicht er, sondern der Leistungserbringer, der dafür in Regress genommen werden kann.

Verschafft sich der Versicherte Leistungen außerhalb dieses Systems, muss er sich auf den Weg der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einlassen. Dabei korrespondiert seine Pflicht zur finanziellen Vorleistung mit seiner Befugnis, eventuelle Mängel bei der Leistungserbringung zu rügen und eine korrekte Abrechnung der Vergütung zu verlangen. Daran muss er jedenfalls deshalb interessiert sein, weil er auch bei einer Stundung des Vergütungsanspruchs das Risiko der rechtlichen Fehleinschätzung trägt und letztlich mit den Kosten belastet bleibt, falls eine Einstandspflicht der Kasse endgültig verneint wird.

Das Interesse an Prüfung und Kontrolle entfällt, wenn dem Versicherten das Risiko der rechtlichen Fehleinschätzung dadurch abgenommen wird, dass die Vergütungsforderung von der Leistungspflicht der Kasse abhängt. Bei einer derartigen Gestaltung hat zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung niemand Anlass, auf eine ordnungsgemäße Leistungserbringung und Abrechnung zu achten; der Versicherte nicht, weil er nicht leistungspflichtig ist und die Kasse nicht, weil sie sich nicht für leistungspflichtig hält. Sonstige im System der vertragsärztlichen Versorgung angelegte Kontrollmechanismen können für ein außerhalb dieses System erbrachte Leistung ebenso wenig greifen wie eine eventuelle Kostenreduktion durch Vergütungsvereinbarungen. Infolge dessen wird im Ergebnis sowohl das Verantwortungsbewusstsein des Versicherten für seine Abkehr von der vertragsärztlichen Versorgung minimiert als auch die wegen fehlender finanzieller Eigenverantwortung mit dem Sachleistungssystem zwangsläufig verknüpfte Sicherung gegen die unwirtschaftliche und unzumutbare Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterlaufen (so insgesamt BSG Urteil vom 28. März 2000 - B 1 RK 21/99 R in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#)).

Die geänderte weitergehende Klage kann daher ebenfalls nicht erfolgreich sein.

Die Kostenentscheidung folgt einerseits, soweit der originäre Anspruch des Klägers betroffen ist, aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#). Soweit andererseits der abgetretene Anspruch betroffen ist, ergibt sich die Kostenentscheidung aus [§ 197 a Abs. 1](#) zweiter Halbsatz SGG in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), wonach der unterlegene Teil die Kosten des Verfahrens trägt.

Die Festsetzung des Streitwertes resultiert aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#) erster Halbsatz SGG in Verbindung mit [§ 13 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG), wonach, wenn der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung betrifft, für den Streitwert deren Höhe maßgebend ist.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2004-05-03