
S 33 U 162/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Sachsen-Anhalt
Sozialgericht	Sozialgericht Halle (Saale)
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	33
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 U 162/13
Datum	01.09.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt an die Klāgerin auf die Rechnungsnummer 50937501 einen Betrag in Hēhe von 22.140,- EUR, auf die Rechnungsnummer 50937503 einen Betrag in Hēhe von 198.789,- EUR, auf die Rechnungsnummer 51038168 einen Betrag in Hēhe von 82.110,- EUR und auf die Rechnungsnummer 51043926 einen Betrag in Hēhe von 59.570,- EUR nebst 4 % Zinsen ab 22. Mārz 2016 zu zahlen.

Im Åbrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits trāgt die Beklagte.

Der Wert des Streitgegenstandes wird auf 362.609,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Åber die Begleichung der Behandlungskosten, die der Klāgerin im Zeitraum vom 2. Dezember 2008 bis 11. September 2009 und vom 21. September 2009 bis 16. Mārz 2010 aus der Behandlung des Beigeladenen zu 1 entstanden sind.

Die Klägerin ist die Trägerin der Klinik in . Der 1955 geborene Beigeladene zu 1 ist bei der Beigeladenen zu 2 gesetzlich kranken- und bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert.

Der Beigeladene zu 1 ist Spastiker. Er stürzte am 26. Mai 2008 während der Ausübung versicherter Tätigkeit über eine am Boden stehende Tasche. Dabei schlug er mit dem Gesicht und der rechten Schulter auf dem Boden auf. Behandlungen schlossen sich an.

Mit Bescheid vom 26. Juni 2008 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 26. Mai 2008 als Arbeitsunfall an, lehnte es jedoch ab, die Gesundheitsschäden des rechten Beines und des Rückens/der Lendenwirbelsäule als Folgen des Arbeitsunfalls ab dem 3. Juni 2008 anzuerkennen und dem Beigeladenen zu 1 Leistungen insoweit zu erbringen. Gegen die Ablehnung der Gesundheitsschäden des rechten Beines und des Rückens/der Lendenwirbelsäule als Folgen des Arbeitsunfalls erhob der Beigeladene zu 1 Widerspruch.

Bis zum 25. November 2008 erbrachte die Deutsche Rentenversicherung dem Beigeladenen zu 1 Rehaleistungen. Am 26. November 2008 begab sich der Beigeladene zu 1 in die Notfallambulanz des . Krankenhauses in . Dort verblieb er bis zur Verlegung und weiteren stationären Behandlung in der Klinik in ab dem 2. Dezember 2008.

Die Beklagte beauftragte den Direktor des Zentrums für Rückenmarkverletzte und Klinik für Orthopädie der Klinik in . Dr. mit der Erstattung des Zusammenhangsgutachtens vom 2. März 2009. Dr. kam zu dem Ergebnis, dass die nachfolgenden Gesundheitsschäden des Beigeladenen zu 1 Folgen des Arbeitsunfalls sind: eine fingerbetonte Schwäche der rechten Hand nach Spinalmarkkontusion auf Höhe der Halswirbelkörper 3 und 4, eine armbetonte Hyperreflexie beidseits, eine koordinative Störung des Gangbildes, ein rechtsbetontes Schmerzsyndrom mit brennenden Schmerzen am Körper bei Schädigung von sensiblen Rückenmarksbahnen, eine Blasenstörung mit hohem Füllungsvolumina und Hypersensibilität, eine koordinative Störung der Beckenbodenmuskulatur und die MRT-technisch nachweisbare Vernarbung auf Höhe der Halswirbelkörper 3 und 4.

Mit dem Widerspruchsbescheid vom 25. März 2009 half der Beklagte dem Widerspruch des Beigeladenen zu 1 ab und erkannte die Gesundheitsschäden am rechten Bein und der Lendenwirbelsäule, insbesondere die von Dr. als unfallbedingt aufgetretenen Gesundheitsschäden als Folgen des Arbeitsunfalls an.

Nach erneuter Durchsicht der Verwaltungsakten holte die Beklagte die Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. vom 25. Mai 2009 ein. Dr. kam zu dem Ergebnis, dass dem Sachverständigen Dr. diverse Berichte nur unvollständig vorgelegen hätten. Die von Dr. als unfallbedingt festgestellten Gesundheitsschäden seien keine Folgen des Arbeitsunfalls.

Unter dem 5. Juni 2009 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie sei nicht der

richtige Kostenträger. Zuständig sei vielmehr die Krankenkasse.

Mit Bescheid gegenüber dem Beigeladenen zu 1 vom 12. August 2009 lehnte die Beklagte die Gesundheitsschäden am rechten Bein, der Halswirbelsäule, des Rückens und der Lendenwirbelsäule ab dem 26. August 2008 als Folgen des Arbeitsunfalls ab. Hiergegen erhob der Beigeladene zu 1 Widerspruch.

Mit den beiden Rechnungen vom 16. Dezember 2009 sowie den Rechnungen vom 12. Januar 2010 und 30. April 2010 stellte die Klägerin der Beklagten die stationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 aufgrund der unfallbedingten Folgen für den Zeitraum vom 2. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2008 in Höhe von 22.140,00 EUR, für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 11. September 2009 in Höhe von 198.789 EUR, für den Zeitraum vom 21. September 2009 bis 31. Dezember 2009 in Höhe von 82.110 EUR und für den Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis 16. März 2010 in Höhe von 59.570 EUR in Rechnung. Die Beklagte zahlte hierauf nicht.

Die Beklagte beauftragte die Leitende Ärztin des Rückenmarkszentrums der Unfallklinik Dr. â mit der Erstattung des Gutachtens vom 18. Oktober 2010. Danach seien die Gesundheitsschäden des Beigeladenen zu 1 bis 25. November 2008 unfallabhängig.

Mit dem Bescheid vom 11. März 2010 half die Beklagte dem Widerspruch des Beigeladenen zu 1 teilweise ab und stellte die Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit bis 25. November 2008 als Folgen des Arbeitsunfalls fest. Mit dem Widerspruchsbescheid vom 8. April 2010 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch im übrigen zurück.

Auf die hiergegen erhobene Klage hob das Sozialgericht Magdeburg unter dem Aktenzeichen [S 46 U 90024/10](#) den Bescheid vom 12. August 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. April 2010 rechtskräftig auf.

Auch nach der Aufhebung des Bescheides gegenüber dem Beigeladenen zu 1 vom 12. August 2009 erbrachte die Beklagte an die Klägerin auf die Rechnungen keine Zahlungen und verwies darauf, dass sie nicht der zuständige Kostenträger sei.

Mit der am 20. Dezember 2013 vor dem Sozialgericht Halle erhobenen Klage begehrt die Klägerin von der Beklagten die Begleichung der Rechnungen. Die Klägerin trägt vor, die stationäre Behandlung in der Klinik sei wegen Verschlechterung der Gangstörung des Beigeladenen zu 1 mit heftig brennenden Schmerzen in beiden Beinen und der Rückenbeschwerden notwendig gewesen. Mit der Aufhebung des Bescheides vom 12. August 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. April 2010 bestehe kein Grund für die Beklagte, die Übernahme der Behandlungskosten zu verweigern. Grundlage des Anspruchs sei der Bescheid vom 25. März 2009. Die Beklagte sei zuständiger Kostenträger. Die Bindungswirkung entfalte sich auch zwischen der Beklagten und ihr. Die Beigeladene zu 2 habe zudem im April 2011 ihre Leistungspflicht abgelehnt. Dessen ungeachtet ergebe sich eine Leistungspflicht aus [§ 14 Abs. 1](#) des Neunten Buches

Sozialgesetzbuch (SGB IX). Die Beklagte habe nach Prüfung der Zuständigkeit die Rechnungen nicht unverzüglich an den zuständigen Kostenträger weitergeleitet und sei deshalb in jedem Falle leistungspflichtig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr auf die Rechnungsnummer 50937501 einen Betrag in Höhe von 22.140,- EUR, auf die Rechnungsnummer 50937503 einen Betrag in Höhe von 198.789,- EUR, auf die Rechnungsnummer 51038168 einen Betrag in Höhe von 82.110,- EUR und auf die Rechnungsnummer 51043926 einen Betrag in Höhe von 59.570,- EUR nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, entgegen der Auffassung der Klägerin entfalteten Bescheide ausschließlich im Verhältnis zwischen der erlassenden Behörde und dem Adressaten Bindungswirkung. Ein an einen Versicherten erteilter Bescheid habe keinen Einfluss auf den Kostenerstattungsanspruch eines Leistungsträgers gegen einen Unfallversicherungsträger. Vielmehr sei allein entscheidend, inwieweit eine Kostenübernahme gegenüber der Klägerin erklärt worden sei. Dies habe sie aber gegenüber der Klägerin nicht erklärt. Die Vorschrift des [§ 14 SGB IX](#) sei zwischen Unfallversicherungsträgern und Leistungserbringern nicht anwendbar. Vielmehr finde sie ausschließlich zwischen Rehabilitationsträgern Anwendung.

Das Sozialgericht hat den Versicherten und seine Krankenkasse mit Beschluss vom 16. März 2016 notwendig beigeladen. Beide haben keinen Antrag gestellt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung der Kammer. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Für den geltend gemachten Erstattungs- und Zinsanspruch ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten nach [§ 51 Abs. 1 Nr. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Da die Klägerin die Erstattung von Aufwendungen für eine stationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 aus einem Arbeitsunfall gegenüber der Beklagten als Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung geltend macht, ist das Streitverhältnis dem gesetzlichen Unfallversicherungsrecht zuzuordnen.

Die Leistungsklage ist nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und zulässig. Die Beklagte ist weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des

geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruchs durch Verwaltungsakt gegenüber der Klägerin zu entscheiden. Damit war weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist einzuhalten.

Die Klage ist gegenüber der Beklagten in der Hauptforderung begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegen die Beklagte, die ihr aufgrund der stationären Behandlung des Beigeladenen zu 1 im Zeitraum vom 2. Dezember 2008 bis 11. September 2009 und vom 21. September 2009 bis 16. März 2010 entstanden sind.

Die Zuständigkeit der Beklagten für eine Leistungspflicht gegenüber der Klägerin nach den Bestimmungen der [Â§Â§ 26](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) folgt vorliegend nicht aus [Â§ 14 SGB IX](#).

Nach [Â§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) stellt der sog. erstangegangene Rehabilitationsträger, bei dem Leistungen zur Teilhabe beantragt sind, binnen zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der erstangegangene Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest ([Â§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)). Die in [Â§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im Außenverhältnis (behinderter Mensch/Rehabilitationsträger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind.

Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. [Â§ 14 SGB IX](#) findet nur zwischen dem Berechtigten auf Leistungen zur Teilhabe und dem jeweils angegangenen Leistungsträger im Sinne der [Â§Â§ 12, 18 bis 29](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) bzw. im Falle der Erstattung von Leistungen gemäß [Â§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) zwischen den Leistungsträgern im Sinne des [Â§ 12 SGB I](#) untereinander Anwendung. Die Klägerin ist weder Berechtigter im Sinne der Vorschriften nach den [Â§Â§ 26 ff.](#) SGB VII bzw. [Â§ 13](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), noch Leistungsträger im Sinne der [Â§Â§ 12, 18 bis 29 SGB I](#). Zudem handelt es sich bei den Aufwendungen, die die Klägerin gegenüber der Beklagten geltend macht, nicht um Leistungen, die sie im Rahmen einer Maßnahme zur Teilhabe gegenüber dem Beigeladenen zu 1 erbracht hat. Die Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben hat am 25. November 2008 geendet; Träger war die Deutsche Rentenversicherung.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für die stationäre Behandlung des Beigeladenen zu 1 aus Vertrag. Zwischen der Klägerin und der Beklagten besteht kein Vertrag, aus der sich die unmittelbare Leistungspflicht des Beklagten gegenüber der Klägerin zur Erstattung von Aufwendungen, die sie im Rahmen der Heilbehandlung gegenüber dem Beigeladenen zu 1 erbracht hat, ergibt.

Der geltend gemachte Zahlungsanspruch lässt sich auch nicht aus den Vorschriften über eine Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) gemäß [Â§Â§](#)

[677](#) ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ableiten, die im öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden sind. Für den Bereich der Sozialversicherung gilt dies, soweit ein Erstattungsanspruch nach den [§§ 102](#) ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) ausscheidet (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 3. April 2014 – [B 2 U 21/12 R](#) – juris RdNr. 19). Da die Klägerin kein Leistungsträger im Sinne des [§ 102](#) ff. SGB X ist, ist auch ein Zahlungsanspruch aus GoA denkbar. 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. Der Geschäftsführer kann gemäß [§ 683 BGB](#) wie ein Beauftragter ([§ 670 BGB](#)) Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Vorliegend fehlt es an der erforderlichen Fremdgeschäftsführung. Denn es entsprach bei Beginn der Behandlung nicht dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen der Beklagten, dass die Klägerin für sie gegenüber dem Beigeladenen zu 1 Heilbehandlungsmaßnahmen durchführt. Die Beklagte hatte bereits mit Bescheid vom 26. Mai 2008 gegenüber dem Beigeladenen zu 1 Leistungen wegen der Bein- und Rückenbeschwerden abgelehnt. Die Voraussetzungen für eine Fremdgeschäftsführung haben insoweit nicht vorgelegen.

Auch für Zeiten nach dem Erlass des Abhilfebescheides vom 25. März 2009 an den Beigeladenen zu 1 ist nicht von einer Fremdgeschäftsführung auszugehen. Denn insofern hat die Klägerin nicht dargelegt, dass sie aufgrund der Abhilfeentscheidung der Beklagten von einer Fremdgeschäftsführung ausgegangen ist. Eine Kostenübernahme hat die Beklagte gegenüber der Klägerin nicht erteilt. Mit der Mitteilung der Beklagten an die Klägerin vom 5. Juni 2009, sie sei nicht der zuständige Kostenträger, war eine Fremdgeschäftsführung für die Beklagte nicht mehr möglich, weil der wirkliche Wille des Beklagten dem entgegenstand.

Die Klägerin hat aber gegen die Beklagte einen Durchgriffsanspruch auf Erstattung der Behandlungskosten. Dieser Anspruch ergibt sich aus dem Freistellungsanspruch des Beigeladenen zu 1 gegen die Beklagte. Die Beklagte hat mit dem Widerspruchsbescheid vom 25. März 2009 die Gesundheitsschäden des Beigeladenen zu 1 wie folgt als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannt: eine fingerbetonte Schwäche der rechten Hand nach Spinalmarkkontusion auf Höhe der Halswirbelkörper 3 und 4, eine armbetonte Hyperreflexie beidseits, eine koordinative Störung des Gangbildes, ein rechtsbetontes Schmerzsyndrom mit brennenden Schmerzen am Körper bei Schädigung von sensiblen Rückenmarksbahnen, eine Blasenstörung mit hohem Füllungsvolumina und Hypersensibilität, eine koordinative Störung der Beckenbodenmuskulatur und die MRT-technisch nachweisbare Vernarbung auf Höhe der Halswirbelkörper 3 und 4. Soweit die Beklagte in dem Widerspruchsbescheid vom 25. März 2009 nicht ausdrücklich die Ablehnung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgehoben hat, steht der Ausgangsbescheid vom 26. Juni 2008 einer Leistungspflicht gegenüber dem Beigeladenen zu 1 nicht entgegen. Denn der Ablehnung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung kommt neben der Ablehnung von Unfallfolgen keine eigenständige Regelung zu (siehe

Die Anerkennung der benannten Unfallfolgen hat die Beklagte nicht mit dem Bescheid vom 12. August 2009 aufgehoben. Denn den Änderungsbescheid vom 12. August 2009 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 11. März 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 8. April 2010 hat das Sozialgericht Magdeburg mit dem Urteil vom 13. September 2012 rechtskräftig aufgehoben. Die Beklagte ist daher aus dem Abhilfebescheid vom 25. März 2009 verpflichtet, dem Beigeladenen zu 1 die Leistungen nach den [Â§ 26 ff. SGB VII](#) zukommen zu lassen. Hierzu gehört auch die notwendige Behandlung der unfallbedingten Gesundheitsschäden. Soweit der Beigeladene zu 1 Anspruch in diesem Zusammenhang ausgesetzt ist, hat er gegenüber der Beklagten einen Freistellungsanspruch. Die Klägerin hat aus der Erbringung der Behandlungen, die Gegenstand der hier streitigen Rechnungen sind, einen Zahlungsanspruch gegen den Beigeladenen zu 1. Das Krankenhaus hat zwar in aller Regel einen Vergütungsanspruch gegen die Krankenversicherung, bei der der Behandelte versichert ist (siehe [Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Dies ist aber vorliegend nicht der Fall. Denn mit der bestandskräftigen Anerkennung der behandelten Gesundheitsschäden des Beigeladenen zu 1 durch die Beklagte ist die Beigeladene zu 2 nicht der zuständige Kostenträger. Die Klägerin kann sich daher nicht an die Beigeladene zu 2 halten. Damit steht ihr ein Zahlungsanspruch gegenüber dem Beigeladenen zu 1 zu.

Aufgrund des Zahlungsanspruchs der Klägerin gegen den Beigeladenen zu 1 und dem Freistellungsanspruch des Beigeladenen zu 1 gegenüber der Beklagten kann die Klägerin direkt die Zahlung gegenüber der Beklagten als Durchgriffsanspruch geltend machen.

Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit hinsichtlich der Erforderlichkeit der abgerechneten Behandlungen und der Höhe des Zahlungsanspruchs. Die Beklagte hat daher auf die Rechnungen der Klägerin vom 16. Dezember 2009 (Rechnungsnummern 50937501 und 50937503), 12. Januar 2010 (Rechnungsnummer 51038168) und 30. April 2010 (Rechnungsnummer 51043926) an die Klägerin Zahlungen in voller Höhe (362.609,00 EUR) zu erbringen.

Die Klage war jedoch hinsichtlich der Nebenforderung teilweise abzuweisen. Die Klägerin macht hier Prozesszinsen ab Rechtshängigkeit der Klage gegenüber der Beklagten geltend. Da sich der Durchgriffsanspruch aus dem Zahlungsanspruch der Klägerin gegen den Beigeladenen zu 1 ableitet, besteht ein Anspruch auf Prozesszinsen in entsprechender Anwendung des [Â§ 291 BGB](#) erst ab dem Eintritt des Beigeladenen zu 1 in den Rechtsstreit, d.h. vorliegend mit der Zustellung der Klage an den Beigeladenen zu 1 am 22. März 2016. Da der Freistellungsanspruch des Beigeladenen zu 1 gegen die Beklagte bereits seit der Rechnungsstellung bestand, steht dem Anspruch auf Prozesszinsen ab dem 22. März 2016 [Â§ 44 Abs. 1 SGB I](#) nicht entgegen. Die Höhe der Zinsen ist jedoch beschränkt auf den Zinssatz, den der Beigeladene zu 1 gegenüber der Beklagten nach [Â§ 44 Abs. 1 SGB I](#) geltend machen kann. Danach sind Geldleistungen mit 4 vom Hundert zu verzinsen. Der Antrag der Klägerin geht mit 5 % über dem Basiszinssatz seit der

Rechtshängigkeit bis zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichtes über 4 vom Hundert hinaus. Der erhöhte Zinssatz steht der Klägerin aufgrund der Ableitung des Anspruchs gegenüber der Beklagten nicht zu.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Höhe des Streitwertes ergibt sich aus der Höhe der Klageforderung.

Erstellt am: 18.06.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024