

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 223/97

Verkündet am:
26. November 1998
T h i e s i e s
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit
Nachschlagewerk: ja
BGHZ: ja
BGHR: ja

BGB §§ 677, 683; SGB V § 2 Abs. 2, 13, 60, 133

- a) Zum Sach- oder Naturalleistungsprinzip und zum Kostenerstattungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankentransportleistungen.
- b) Gewährt die Krankenkasse ihrem Mitglied mit Hilfe eines Leistungserbringers Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip (hier: Krankentransportleistung), ist der Leistungserbringer auf Vergütungsansprüche gegen die Krankenkasse beschränkt; eine Vergütungspflicht des Versicherten besteht auch nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag nicht.

BGH, Urteil vom 26. November 1998 - III ZR 223/97 - OLG Köln
LG Köln

- 3 -

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 5. November 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Rinne, die Richter Dr. Wurm, Schlick, Dörr und die Richterin Ambrosius

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des 11. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Köln vom 1. Oktober 1997 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Revisionsrechtszuges zu tragen.

Von Rechts wegen



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand

Der Kläger transportierte am 14. Juli 1993 den Ehemann der Beklagten mit einem Intensivtransporthubschrauber von der Intensivstation der Neurochirurgie der Neurologischen Universitätsklinik H.-E. in das Krankenhaus B. Der bei der AOK E. krankenversicherte Patient hatte während eines Besuchsaufenthaltes in H. am 26. Juni 1993 einen Zusammenbruch mit intracerebralen Blutungen erlitten und wurde seitdem in der Intensivstation behandelt. Dem Transport ging ein Bericht der Klinikleitung voraus, in dem der AOK mitgeteilt wurde, die neurologische Situation habe sich mittlerweile stabilisiert; aus neurologischer Sicht stehe nunmehr die internistische Weitertherapie im Vordergrund. Der Patient sei in seinem Heimatkrankenhaus bekannt. Bei sich weiterhin bessernder Bewußtseinslage sei der täglich mehrmalige Kontakt mit der Familie dringend notwendig, um den bislang erreichten Therapieerfolg zu sichern. Es werde daher um die baldige Zusage der Kostenübernahme für die Verlegung in das Krankenhaus B. gebeten. Nachdem die AOK mit Schreiben vom 13. Juli 1993 die Übernahme der Transportkosten zugesagt hatte, veranlaßte das Krankenhaus den Hubschraubertransport. Der Patient verstarb am 23. Juli 1993 im Krankenhaus B., ohne das volle Bewußtsein wiedererlangt zu haben.

Der Kläger stellte der AOK die Transportleistung einschließlich der ärztlichen Betreuung mit 26.970 DM in Rechnung. Die AOK zahlte hierauf jedoch nur 10.162 DM. Den Restbetrag von 16.808 DM verlangt der Kläger von der Beklagten

sowohl als Erbin ihres verstorbenen Ehemannes als auch aus eigener Verpflichtung. Das Landgericht hat der Klage - bis auf eine geringfügige Zinsmehrforderung - entsprochen, das Oberlandesgericht hat sie auf die Berufung der Beklagten abgewiesen. Mit seiner zugelassenen Revision begehrt der Kläger die Wiederherstellung des landgerichtlichen Urteils.

Entscheidungsgründe

Die Revision ist nicht begründet.

1. Das Berufungsgericht verneint von der Revision unbeanstandet vertragliche Ansprüche des Klägers gegen die Beklagte. Gegen diese Beurteilung bestehen keine rechtlichen Bedenken. Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts war der Ehemann der Beklagten wegen der Schwere seiner Erkrankung nicht in der Lage, sich rechtsgeschäftlich wirksam zu äußern. Auch die Beklagte war an der Verlegung nicht mitentscheidend beteiligt. Vielmehr war sie von den Ärzten des Krankenhauses lediglich auf die Möglichkeit einer Verlegung hingewiesen und belehrt worden, die Klinik werde die Verlegungsfrage ohne ihre Mitwirkung unmittelbar mit der AOK abklären und organisieren. Bei dieser Handhabung konnten vertragliche Entgeltansprüche des Klägers gegen die Beklagte oder ihren Ehemann nicht begründet werden.

2. Das Berufungsgericht nimmt an, hinsichtlich des Verlegungstransportes bestünden unmittelbare vertragliche Bezie-

hungen zwischen dem Kläger und der AOK. Deren gegenüber dem Krankenhaus abgegebene Kostenübernahmezusage sei als Ermächtigung der behandelnden Ärzte anzusehen, den Transport in ihrem Namen und für ihre Rechnung zu veranlassen. Dies folge auch daraus, daß die AOK ihrem Mitglied die notwendige ärztliche Versorgung als Sachleistung habe verschaffen müssen. Für den in die laufende Behandlung eingebetteten Verlegungstransport könne insoweit nichts anderes geltend.

Auch diese Erwägungen halten der rechtlichen Überprüfung im Ergebnis stand.

a) Zutreffend geht das Berufungsgericht davon aus, daß die AOK ihrem Mitglied die notwendige Krankenbehandlung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen hatte. Dies entspricht dem Naturalleistungsgebot in § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V, welches es regelmäßig (vgl. § 13 Abs. 1 SGB V) ausschließt, daß sich der Versicherte die notwendigen Dienste selbst beschafft und der Kasse zur Erstattung in Rechnung stellt (vgl. BSGE 73, 271, 274 f). Dabei entscheidet der vom Versicherten gewählte Kassenarzt aufgrund der ihm verliehenen Rechtsmacht nicht nur über die medizinischen Voraussetzungen des Eintritts des Versicherungsfalls der Krankheit mit verbindlicher Wirkung für den Versicherten und die Krankenkasse, sondern - soweit die gesetzlichen Vorschriften des Leistungserbringungsrechts (§§ 69 ff SGB V) nichts anderes vorsehen - auch darüber, welche nach Zweck oder Art bestimmten Dienste oder Sachen zur Krankenbehandlung medizinisch notwendig zu erbringen sind (vgl. BSGE 73, 271, 278).

b) Für die hier vorgenommene Verlegung des Ehemannes der Beklagten von der Intensivstation des Krankenhauses H.-E. in das Krankenhaus B., die neben der reinen Transportleistung eine ärztliche Betreuung einschloß, gilt grundsätzlich nichts anderes. Dem Transport lag eine Verordnung des Krankenhauses zugrunde, in der der Krankenhausarzt die konkrete Art der Beförderung angefordert hatte. Das entspricht im Grundsatz den vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinien) in der Fassung vom 17. Juni 1992 (BANz 1992 Nr. 183 b, S. 19 f). Darüber hinaus hatte sich das Krankenhaus zuvor bei der Krankenkasse vergewissert, ob die Kosten eines solchen Transports übernommen würden. Eine solche Rückfrage lag hier schon deshalb nahe, weil der vorgesehene Transport nicht wegen eines Notfalls erforderlich wurde, sondern mit der Frage im Zusammenhang stand, ob die sich wegen der Stabilisierung des Zustandes des Versicherten abzeichnende Verlegung von der Intensivstation in eine andere Abteilung zugleich dazu genutzt werden sollte, den Patienten in ein Krankenhaus an seinem Wohnort zu bringen. Die hierfür angeführten Gesichtspunkte der Krankenhausärzte, nämlich der täglich mehrmalige Kontakt mit der Familie, um den bislang erreichten Therapieerfolg zu sichern, veranlaßten die Krankenkasse zu einer Kostenübernahmeerklärung. Die Beklagte weist insoweit jedoch zu Recht darauf hin, daß aus ihrer Sicht und der ihres Ehemannes für den ihnen nicht eröffneten Fall, daß sie für Transportkosten aufzukommen hätten, auch eine Weiterbehandlung in H. in Frage gekommen wäre, wobei der familiäre Kontakt durch die bereits von der Beklagten ins Auge gefaßte Anmietung eines privaten

Zimmers in H. hätte gewährleistet werden können. In dieser Situation kamen für die Krankenkasse offenbar mehrere Möglichkeiten in Betracht, um ihrem Versicherten die medizinisch notwendige Versorgung zu verschaffen. Mit ihrer Kostenübernahmezusage hat sie sich bereit erklärt, die medizinische Notwendigkeit des Verlegungstransportes anzuerkennen.

c) Der Kläger hat sich in den Tatsacheninstanzen indessen darauf berufen, das Verhalten der AOK habe lediglich Bedeutung gegenüber dem Versicherten. Für die hier abgerechnete Leistung gelte nicht das Naturalleistungsprinzip, sondern das Kostenerstattungsprinzip. Die Beklagte als Erbin des Versicherten habe ihm gegenüber die Pflicht, die in Rechnung gestellten Leistungen zu zahlen; von der Krankenkasse könne sie - auch aufgrund der Kostenübernahmeerklärung - Erstattung seiner Kosten verlangen.

Der Revision ist zuzugeben, daß die Auslegung der Vorschriften der §§ 60 und 133 SGB V, soweit sie von einer "Übernahme der Kosten" durch die Krankenkasse sprechen, die Frage aufgeworfen hat, ob und inwieweit hier das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Sachleistungsprinzip zugunsten einer Kostenerstattung aufgegeben worden ist. Im Schrifttum finden sich sowohl Stimmen, die weiterhin vom Sachleistungsprinzip ausgehen (vgl. Schellhorn, in: GK-SGB V § 60 Rn. 9; Krauskopf/Baier, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, 3. Aufl., § 60 SGB V Rn. 5), als auch solche, die die genannten Regelungen als Ausfluß des Kostenerstattungsprinzips ansehen (vgl. Kranig, in: Hauck/Haines, SGB V, K § 133 Rn. 5 f; von Maydell, in: GK-SGB V, § 133

Rn. 38 f). Auch der Kartellsenat des Bundesgerichtshofs hat angenommen, daß der Regelung des § 133 SGB V das Kostenerstattungsprinzip zugrunde liegt (Urteil vom 10. Oktober 1989 - KZR 22/88 - NJW 1990, 1531, 1532; zur Pflicht der Krankenkasse, mit privaten Krankentransportunternehmen direkt abzurechnen, vgl. jedoch BGHZ 114, 218, 230 ff). Demgegenüber geht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dahin, daß die Krankenkassen nach § 13 Abs. 1 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten dürfen, soweit das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch dies vorsieht (BSGE 73, 271, 273). Dies ist, wie das Bundessozialgericht in einem die Abrechnung von Transportleistungen eines privaten Krankentransportunternehmens betreffenden Verfahren entschieden hat, nur dann der Fall, wenn das Gesetz ausdrücklich von einer "Kostenerstattung" spricht (BSGE 77, 119, 129). Davon ist in den Vorschriften der §§ 60, 133 SGB V nicht die Rede.

Der Senat schließt sich der Auffassung des Bundessozialgerichts an. Einer Anrufung des Großen Senats für Zivilsachen bedarf es im Hinblick auf die angeführte Entscheidung des Kartellsenats nicht. Denn die Frage, inwieweit die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen über die Abrechnung von Krankentransportleistungen vom Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip beherrscht werden, war für den Kartellsenat nicht entscheidungserheblich. Ihm kam es vor allem darauf an zu betonen, daß die Krankenkassen ihr Verhalten bei der Abrechnung von Krankentransportleistungen nicht in einer Weise gestalten dürfen, daß das Recht auch des sozialversicherten Patienten beeinträchtigt wird, ein Krankentransportunternehmen seiner Wahl hinzuzuziehen (vgl. BGHZ 107, 40, 43 f; Ur-

teil vom 10. Oktober 1989 aaO). Diese Erwägungen gelten aber unabhängig davon, ob den §§ 60 und 133 SGB V das Kostenerstattungsprinzip oder das Sach- oder Naturalleistungsprinzip zugrunde liegt.

d) Im vorliegenden Fall ist an die Stelle der Sachleistung keine Kostenerstattung getreten. Zwar hat sich das Berufungsgericht mit dieser Frage nicht ausdrücklich auseinandergesetzt, seine Feststellungen erlauben jedoch insoweit eine abschließende Beurteilung.

Nach § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung von Art. 1 Nr. 5 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266), die für den hier vorliegenden Versicherungsfall maßgebend ist, konnten freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Für den verstorbenen Ehemann der Beklagten kam diese Wahlmöglichkeit als Pflichtmitglied nicht in Betracht. Der Kläger hat die in der mündlichen Verhandlung des Berufungsgerichts erörterte Pflichtmitgliedschaft des Ehemannes der Beklagten weder bezweifelt noch bestritten. Die in § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung von Art. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl. I, S. 1520) seit dem 1. Juli 1997 geschaffene Möglichkeit, daß Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung

für Leistungen wählen können, die sie von den im Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen, bestand zum hier maßgebenden Zeitpunkt noch nicht.

Darüber hinaus sieht § 13 Abs. 3 SGB V für durch den Versicherten selbstbeschaffte notwendige Leistungen eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse vor, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Auch insoweit liegen die Voraussetzungen einer Ablösung der Sachleistungspflicht durch Kostenerstattung nicht vor, weil die Krankenkasse auf Anfrage des Krankenhauses gerade ihre Leistungsbereitschaft angezeigt hat. Daß das Krankenhaus im Anschluß hieran ein Krankentransportunternehmen angefordert hat, das mit der Krankenkasse nicht bereits vorher (rahmen-)vertraglich verbunden war, ändert nichts daran, daß die Krankenkasse nach dem Sachleistungsprinzip auch für die Abrechnung zuständig ist.

3. Das Berufungsgericht hat auch Ansprüche des Klägers aus Geschäftsführung ohne Auftrag verneint. Der Kläger habe kein Geschäft des Ehemannes der Beklagten geführt, sondern sei im Auftrag der Krankenkasse tätig geworden, die ihm als Kostenträger genannt worden sei und an die er folgerichtig seine Transportkostenrechnung gerichtet habe. Zumindest für den Bereich der Krankenversorgung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung könne eine in Erfüllung eines Vertrages mit Honorierungspflicht der Krankenkasse erbrachte Leistung nicht zugleich als auftraglose Führung eines Geschäfts des Patienten gewertet werden, die Aufwendungsersatzansprüche ge-

gen diesen selbst auslöse. Zumindest müsse in derartigen Fällen der besondere Fremdgeschäftsführungswille spätestens bei Aufnahme der Tätigkeit deutlich hervorgetreten sein, woran es hier fehle.

Die gegen diese Beurteilung erhobenen Rügen der Revision haben im Ergebnis keinen Erfolg.

a) Zutreffend weist die Revision zwar darauf hin, daß nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs die Annahme der Führung eines fremden Geschäfts nicht bereits dadurch ausgeschlossen ist, daß der Geschäftsführer auch ein eigenes Geschäft (BGHZ 16, 12, 16; 30, 162, 167; 40, 28, 30; 54, 157, 160) oder das Geschäft eines Dritten führt (BGHZ 33, 251, 256). Hiervon grundsätzlich abzugehen, besteht angesichts der Vielgestaltigkeit vorstellbarer Konstellationen kein Anlaß.

b) Nicht unbedenklich sind auch die Anforderungen, die das Berufungsgericht an den Willen des Klägers stellt, ein fremdes Geschäft mitzubesorgen. Insoweit hat der Bundesgerichtshof entschieden, daß die Anhaltspunkte, die den Geschäftsführungswillen äußerlich erkennbar machen, sich aus der Natur des Geschäfts ergeben können. Danach spricht bei einem ganz oder wenigstens auch objektiv fremden Geschäft, wie es hier in Betracht zu ziehen ist, eine Vermutung für den Geschäftsführungswillen (vgl. BGHZ 38, 270, 276; 40, 28, 30 f; Senat BGHZ 98, 235, 240).

c) Die Revision bleibt jedoch deshalb ohne Erfolg, weil die Leistungsgewährung der Krankenkasse an den Versicherten

im Rahmen des hier nicht verdrängten Naturalleistungsprinzips (s. oben 2) seine unmittelbare Inanspruchnahme nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag ausschließt und den Kläger darauf verweist, die Berechtigung seiner Vergütungsforderung im Verhältnis zur Krankenkasse zu klären. Es kann daher auch offen bleiben, ob Aufwendungsersatzansprüche nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag dann ausgeschlossen sind, wenn der Geschäftsführer in Erfüllung eines mit einem Dritten abgeschlossenen Vertrags handelt, der auch die Entgeltfrage regelt.

In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist anerkannt, daß Aufwendungsersatzansprüche nach den Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag dann nicht gegeben sind, wenn besondere Bestimmungen des bürgerlichen Rechts das Verhältnis zwischen Geschäftsführer und Geschäftsherrn abweichend regeln (vgl. Senat BGHZ 98, 235, 242 f). Gleiches gilt, wenn das Gesetz den Handelnden zum unentgeltlichen Tätigwerden verpflichtet, daß heißt wenn er die Aufwendungen kraft seiner besonderen Verpflichtung selbst tragen soll (vgl. BGHZ 40, 28, 32) oder wenn Vorschriften des öffentlichen Rechts eine erschöpfende Regelung vorsehen, die einen Rückgriff auf die Grundsätze über die Geschäftsführung ohne Auftrag nicht erlaubt (vgl. BGHZ 30, 162, 169 ff). Für den vorliegenden Fall ist das Einwirken der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Leistungsbeziehungen zwischen Krankenkasse, Leistungserbringern und Versicherten entscheidend. Ist das Sachleistungsprinzip - wie hier - nicht durch die Kostenerstattung verdrängt, weil die Krankenkasse es nicht versäumt hat, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig

zu erbringen, oder der Versicherte von einem gesetzlich vorgesehenen Wahlrecht zur Kostenerstattung keinen Gebrauch gemacht hat, darf die Krankenkasse nach § 13 Abs. 1 SGB V keine Kosten erstatten. In einem solchen Fall kommt ihre Inanspruchnahme auf Kostenerstattung, die der Kläger in der Weise verwirklicht sehen will, daß die Beklagte an ihn zahlt und bei der Krankenkasse Rückgriff nimmt, auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag in Betracht (vgl. Igl, in: GK-SGB V, § 13 Rn. 9). Im Zusammenhang mit der Naturalleistungspflicht bleibt die Abrechnung von der Leistungsgewährung an den Versicherten abgekoppelt. Soweit dem Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer eine vertragliche Rechtsstellung für seine Behandlung verschafft wird, soll eine Kostenbelastung für ihn gleichwohl nicht damit verbunden sein (vgl. BGHZ 89, 250, 257 ff). Diese Erwägungen stehen nicht nur einer vertraglichen Vergütungspflicht des Versicherten entgegen, sondern schließen unter den hier vorliegenden Voraussetzungen auch seine Inanspruchnahme über die Vorschriften der Geschäftsführung ohne Auftrag oder des Bereicherungsrechts aus.

d) Die Entscheidung des Senats steht mit dem Urteil des VII. Zivilsenats vom 7. November 1960 (BGHZ 33, 251) nicht in Widerspruch. In der genannten Entscheidung hat der Bundesgerichtshof Aufwendungsersatzansprüche gegen die Krankenkasse nach §§ 677, 683 BGB bejaht, die dem Kläger entstanden waren, weil er einen verletzten Krankenversicherten der notwendigen ärztlichen Behandlung zuführen wollte. Der Sachverhalt unterscheidet sich von dem hier zur Beurteilung stehenden Fall dadurch, daß es um eine unaufschiebbare Hilfeleistung ging, die

die Krankenkasse mangels Kenntnis des Vorgefallenen nicht rechtzeitig sicherstellen konnte, und daß ein Ersatz von Aufwendungen in Frage stand, die mit der dem Versicherten geschuldeten krankenversicherungsrechtlichen Leistung nichts zu tun hatten.

Rinne

Wurm

Schlick

Dörr

Ambrosius