

L 4 KR 141/98

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 30/97
Datum
26.06.1998
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 141/98
Datum
18.01.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 26. Juni 1998 wird zurückgewiesen.
II. Die Beklagte hat der Klägerin auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Berufung zu erstatten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine stationäre Refertilisierungsbehandlung.

Die am ...1962 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin ist selbständige Masseurin. Die Klägerin hatte fünf Entbindungen, das dritte und fünfte Kind verstarben an plötzlichem Kindstod. Nach der fünften Entbindung hatte die Klägerin im Jahre 1993 eine Tubenligatur vornehmen lassen. Sie litt seit dem Tod des letzten Kindes an vermehrten psychischen Problemen, aus denen der Wunsch einer Refertilisierung entstand.

Die Klägerin wurde vom 11. bis 12.04.1996 aufgrund ärztlicher Verordnung des Vertragsarztes A ... in das Kreiskrankenhaus H ... (Beigeladener) mit der Diagnose Refertilisierungswunsch aufgenommen; am 14.04.1996 erfolgte aufgrund einer weiteren ärztlichen Verordnung diesmal des Krankenhausarztes die zweite Aufnahme. Die Verordnungen von Krankenhausbehandlung, Kostenübernahmeverpflichtung und das Formblatt "Aufnahmesatz" gingen bei der Beklagten am 17.04.1996, das Duplikat über die erste Aufnahme vom 11.04.1996 am 24.04.1996 ein. Laut Patientenkarteikarte war am 12.04.1996 der Antrag auf Kostenübernahme an die Beklagte abgesandt worden. Am 16.04.1996 wurde die Refertilisierung durchgeführt und die Beklagte lehnte am 26.04.1996 gegenüber dem Beigeladenen die Übernahme der Refertilisierung als Folge einer Sterilisation ab. Der Beigeladene unterrichtete am 29.04.1996 die Klägerin über die Ablehnung durch die Beklagte und teilte ihr die zu erwartenden Kosten mit. Die Klägerin verpflichtete sich mit der schriftlichen Erklärung vom 29.04.1996, dass sie die entstehenden Kosten (allgemeiner Pflegesatz pro Tag 405,79 DM) bezahlen werde. Der Beigeladene wartete eine Stellungnahme der Beklagten zur Kostenübernahme ab. Die Klägerin wurde am 30.04.1996 aus dem Krankenhaus entlassen.

Mit Schreiben vom 17.05.1996 lehnte die Beklagte gegenüber dem Beigeladenen ein weiteres Mal die Kostenübernahme ab.

Die Klägerin beantragte am 14.06.1996 mit dem nachgereichten Attest des Frauenarztes Dr.F ... vom 03.07.1996 die Übernahme der Kosten für die Refertilisierung und bat um Erteilung eines widerspruchsfähigen Bescheides. Am 23.07.1996 stellte der Beigeladene der Klägerin den Krankenhausaufenthalt vom 01. bis 12.04.1996 mit 811,58 DM und den weiteren Krankenhausaufenthalt vom 14. bis 30.04.1996 mit 8.747,24 DM in Rechnung.

Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) kam in der Stellungnahme vom 26.08.1996 zu dem Ergebnis, dass ein Anspruch auf Refertilisierung nicht bestehe, da die Klägerin aus freier Entscheidung die vorab durchgeführte Sterilisation gewünscht habe.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit dem an die Klägerin gerichteten Bescheid vom 20.09.1996 die Kostenübernahme für die Refertilisierung ab. Die Klägerin legte dagegen am 21.10.1996 unter nochmaliger Beifügung der ärztlichen Atteste von Dr.F ... und Dr.W ... Widerspruch ein. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10.03.1997 mit der Begründung zurückgewiesen, die Refertilisierungsbehandlung sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 11.04.1997 beim Sozialgericht Regensburg (SG) geltend gemacht, die Sterilisation im Jahre 1993 sei nur aus medizinischen Gründen und die Refertilisierung allein wegen des Todes des fünften Kindes und der damit verbundenen psychischen Probleme durchgeführt worden. Sie habe die Kosten der gesamten Krankenhausbehandlung in Höhe von 9.558,82 DM selbst getragen und zur Finanzierung im Juni 1996 ein Darlehen aufgenommen. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin angegeben, der Gynäkologe Dr.A ... (Steinheim am Allbuch) habe sie in das Kreiskrankenhaus eingewiesen und ihr mitgeteilt, die Kosten würden auf jeden Fall von der Beklagten übernommen.

Das SG hat mit Urteil vom 26.06.1998 die Beklagte verurteilt, die Kosten der Behandlung im Kreiskrankenhaus des Beigeladenen einschließlich 4 % Zinsen zu übernehmen. Es hat zur Begründung ausgeführt, die Beklagte hafte aus dem Gesichtspunkt des sogenannten Systemversagens. Dieses Systemversagen bestehe darin, dass der ärztliche Leistungserbringer (Kreiskrankenhaus) offensichtlich nicht bzw. verspätet die Klägerin darüber informiert habe, dass eventuell eine nicht von der Beklagten zu übernehmende Behandlungsmaßnahme durchgeführt werde. Die Klägerin sei in ihrem Vertrauen geschützt, dass das Kreiskrankenhaus als zugelassener Leistungserbringer ihr nur zugelassene Sachleistungen im Rahmen des gesetzlichen Sachleistungssystems erbringen oder verschaffen würde. Sie habe nicht gewusst, dass die Beklagte zur Übernahme der Kosten der grundsätzlich im Leistungskatalog vorgesehenen Leistungen nicht verpflichtet gewesen sei. Die Beklagte müsse sich das Fehlverhalten des Kreiskrankenhauses wie ein eigenes Fehlverhalten zurechnen lassen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 07.09.1998, mit der sie geltend macht, Leistungen der Refertilisierung gehörten grundsätzlich nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Systemversagen bzw. ein Vertrauensschutz der Klägerin sei hier nicht gegeben. Allein die Krankenkasse und nicht das Krankenhaus hätte über die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung zu entscheiden. Dies sei der Klägerin bekannt gewesen. Die Beklagte hafte nicht für Leistungen, die nicht in ihre Zuständigkeit fielen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 26.06.1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf deren Inhalt und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 Deutsche Mark ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung der Beklagten ist unbegründet; das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Die Beklagte ist zur Erstattung der Kosten der beiden Krankenhausbehandlungen im Kreiskrankenhaus des Beigeladenen vom 11. bis 12.04.1996 und vom 14. bis 30.04.1996 in Höhe von insgesamt 9.558,82 DM verpflichtet.

Gemäß [§ 13 Abs.3](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) hat die Krankenkasse Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Vorausgesetzt wird ferner, dass die Leistung notwendig war.

Entgegen der Ansicht der Beklagten im Widerspruchsbescheid und wie sie es gegenüber dem Krankenhaus zum Ausdruck gebracht hat, ist die Refertilisierung Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach [§ 27 Abs.1 Satz 4 SGB V](#) gehören zur Krankenbehandlung und auch zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) Leistungen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war. In anderen Fällen, vor allem bei einer freiwilligen, in der Absicht künftiger Lebensgestaltung herbeigeführten Sterilisation liegt keine Krankheit vor, so dass ein Behandlungs- bzw. ein Kostenerstattungsanspruch deswegen scheitert (Bundessozialgericht (BSG) vom 12.11.1985 [BSGE 59, 119](#); Höfler in Kasseler Kommentar, [§ 27 SGB V](#), Rdnr.45, 67).

Ob diese Voraussetzungen im vorliegenden Fall bestanden haben, kann dahingestellt bleiben, da die Beklagte wegen einer rechtswidrigen Leistungsablehnung unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens zur Kostenerstattung verpflichtet ist.

In der Regel beginnt das Verwaltungsverfahren zur Gewährung der Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) mit einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung ([§ 73 Abs.2 Nr.7, Abs.4 SGB V](#)). Es kann sich aber auch um die Verordnung eines ermächtigten Krankenhausarztes ([§ 115 SGB V](#)) oder eines nicht ermächtigten Krankenhausarztes (Selbsteinweisung) handeln. In Notfällen ist jeder Arzt zur Einweisung berechtigt ([§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenhausbehandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung setzt grundsätzlich einen Antrag des Versicherten voraus, der zwar keine anspruchsbegründende, aber verfahrensauslösende Funktion hat ([§ 19 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch IV). Hierbei genügt auch ein schlüssiges Handeln, z.B. die Vorlage der ärztlichen Verordnung bei der Krankenkasse. Damit entfällt eine zusätzliche Antragstellung durch den Versicherten (BSG vom 23.03.1988 [BSGE 63, 107, 108](#)). Die Krankenkasse entscheidet gegenüber dem Krankenhaus durch Verwaltungsakt ([§ 31](#) Sozialgesetzbuch X) über den Kostenübernahmeantrag. Diese Entscheidung ist auch dem Versicherten bekannt zu geben, damit ihm bei ablehnenden Entscheidungen der Rechtsweg eröffnet wird. Die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes kann ebenso "in anderer Weise" im Sinne des [§ 33 Abs.2 SGB X](#) durch die tatsächliche Kostenübernahme erfolgen (Höfler, aaO., [§ 39 SGB V](#), Rdnr.42). Mit der Krankenhausbehandlung durch das Krankenhaus als zugelassenen

Leistungserbringer wird der Sachleistungsanspruch des Versicherten realisiert. Der in den [§§ 11, 27, 39 SGB V](#) global zugesagte Anspruch auf Krankenhausbehandlung wird durch die Entscheidungen des Krankenhausarztes über die Aufnahme und die jeweils geplanten Behandlungsmaßnahmen fortlaufend konkretisiert (BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4](#)). Stellt sich nachträglich die Nichterforderlichkeit von Aufnahme und Behandlung heraus, ist die Krankenkasse - auch bei bewusster Täuschung durch einen Geschäftsunfähigen (z.B. Krankenhauswanderer) - nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser im Voraus hätte erkennen können, dass Aufnahme und Behandlung nicht erforderlich waren (BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4](#)). Wie sich aus der Patientenkarteikarte entnehmen lässt, hat der Vertragsarzt A ... die Krankenhausaufnahme verordnet.

Nachträgliche Einwendungen der Krankenkasse gegen die Leistungspflicht sind grundsätzlich nur im Verhältnis zum Krankenhaus geltend zu machen (BSG vom 23.04.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.3](#)). Eine Ausnahme ist lediglich dann möglich, wenn ein Leistungsmissbrauch durch den Versicherten vorliegt.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung haftet die Krankenkasse daher in folgenden Fällen für die Kosten der Krankenhausbehandlung: Die Krankenkasse ist an die Entscheidung des Krankenhausarztes über die medizinische Notwendigkeit gebunden, es sei denn, dieser hätte die Nichterforderlichkeit der Aufnahme und Behandlung im Voraus erkennen können (BSG vom 21.08.1996, aaO.). Ferner wird der Krankenkasse die fortgesetzte Erbringung der Krankenhausbehandlung als Sachleistung so lange zugerechnet, bis der Versicherte auf den möglichen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen hingewiesen wird (BSG vom 23.04.1996, [SozR 3-2500 § 39 Nr.3](#)).

Abgesehen von diesen Fällen wird das Verhalten des Krankenhausarztes der Krankenkasse auch dann zugerechnet, wenn dieser zum Ausdruck gebracht hat, die von ihm durchgeführte oder veranlasste Behandlung werde im Rahmen des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei erbracht. Soweit die Leistungsvoraussetzungen tatsächlich nicht vorgelegen haben, kann sich die Krankenkasse auf eine mögliche Pflichtverletzung des Leistungserbringers nur diesem gegenüber berufen (BSG vom 24.09.1996 [SozR 3-2500 § 30 Nr.8](#)). Dies gilt allerdings nicht, wenn der Versicherte wusste oder wissen musste, dass der Leistungsanspruch nicht bestand oder dass die Entscheidung über die Leistungsgewährung der Krankenkasse vorbehalten war (BSG vom 09.06.1998 [SozR 3-2500 § 39 Nr.5](#)). Ein Systemversagen hat die Rechtsprechung des BSG bereits mit Urteil vom 23.10.1996 ([BSGE 79, 190](#)) auch darin gesehen, dass ein zugelassener ärztlicher Leistungserbringer den Versicherten nicht ausreichend und rechtzeitig darüber aufgeklärt hat, dass er beabsichtigt, ihm eine Fremdleistung zu verschaffen. Ist der Versicherte hinsichtlich der Fremdleistung "gutgläubig", d.h. weiß er nicht, dass der ärztliche Leistungserbringer ihm nun eine Fremdleistung verschaffen will, liegt aufgrund der Verletzung der öffentlich-rechtlichen Pflichten durch diesen zugelassenen Leistungserbringer ein Systemversagen vor, das die Einstandspflicht der Versichertengemeinschaft auslöst, das die Kasse sich kraft des öffentlich-rechtlichen Naturalleistungssystems rechtlich zurechnen lassen muss.

Das BSG hat also im Urteil vom 09.06.1998 (aaO.) eine Haftung der Krankenkasse für das Systemversagen nur dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte wusste oder wissen musste, dass ein Leistungsanspruch nicht bestand oder dass die Entscheidung über die Leistungsgewährung der Krankenkasse vorbehalten war. Hat jedoch, wie hier, ein Arzt gegenüber dem Versicherten zum Ausdruck gebracht, die von ihm durchgeführte oder veranlasste Behandlung werde im Rahmen des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei erbracht, muss die Krankenkasse sich grundsätzlich dieses Verhalten zurechnen und die Sachleistung gegen sich gelten lassen. Soweit die Leistungsvoraussetzungen tatsächlich nicht vorgelegen haben, kann sie sich auf eine mögliche Pflichtverletzung des Leistungserbringers nur diesem gegenüber berufen (siehe auch BSG vom 24.09.1996 [SozR 3-2500 § 30 Nr.8](#)).

Im vorliegenden Fall war die Leistungsablehnung durch die Beklagte rechtswidrig. Sie haftet angesichts der zugunsten der Klägerin bestehenden Vertrauenssituation für die Kosten der Krankenhausbehandlung, da sie die Klägerin erst mehrere Monate nach der Entlassung (30.04.1996) mit Bescheid vom 20.09.1996 auf das von ihr angenommene Fehlen der Leistungsvoraussetzungen der [§§ 27 Abs.4 Satz 3, 39 SGB V](#) hingewiesen hat. Die Beklagte war verpflichtet, nach Eingang der Unterlagen über die streitige Behandlung am 17.04.1996 dem Beigeladenen unverzüglich mitzuteilen, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt (§ 9 Abs.5 des Vertrages nach [§ 112 Abs.2 Nr.1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - vom 25.04.1994). Ob die Ablehnung am 26.04.1996 noch unverzüglich gewesen ist, kann hier dahinstehen; denn sie war an den Beigeladenen gerichtet. Die Beklagte kann sich jedoch gegenüber der Klägerin nicht mit Recht auf die Ablehnung der Kostenübernahme mit Schreiben vom 26.04.1996 berufen, denn dieses Schreiben ist allein dem Krankenhaus zugegangen und auch erst nach dem Eingriff der Refertilisierung (16.04.1996).

Die Klägerin ist somit in ihrem Vertrauen geschützt, die Kosten der gesetzlich vorgesehenen Leistung der Refertilisierung würden von der Beklagten übernommen werden. Daran ändert auch der Vorbehalt der Kostenübernahme auf der Rückseite der ärztlichen Verordnungen der Krankenhausbehandlungen nichts, da das Krankenhaus durch die Aufnahme in das Krankenhaus und die Operation zum Ausdruck gebracht hat, die Behandlung werde für die Klägerin kostenfrei erbracht. Es ist nicht ersichtlich und wird von der Beklagten auch nicht behauptet, dass die Klägerin mit dem Krankenhaus einen privaten Behandlungsvertrag geschlossen hat. Somit ist nach Art und Weise der Leistungserbringung vom Regelfall auszugehen, nämlich dass der ärztliche Eingriff im Rahmen des Sachleistungssystems ([§ 2 Abs.2 Satz 1 SGB V](#)) erbracht werden sollte. Die Klägerin hat von einem zugelassenen Leistungserbringer eine im Leistungsrecht des SGB V vorgesehene Leistung erhalten, wobei es hier nicht darauf ankommt, ob ihr die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen im Einzelnen bekannt waren. Sie war zudem bezüglich des Ablaufs des Leistungsgeschehens jedenfalls bis zum Ende des zweiten Krankenhausaufenthalts gutgläubig, da sie erst am 29.04.1996 vom Krankenhaus darüber informiert wurde, dass die Beklagte sich bisher geweigert hatte, die Kosten zu übernehmen. Die Klägerin hat jedoch erst nach der Entlassung von der fehlenden Leistungsbereitschaft der Beklagten durch diese Kenntnis erlangt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27