B 1 KR 9/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 13 KR 340/99
Datum
25.07.2001
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 56/01
Datum
29.05.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 9/03 R
Datum
20.05.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung abgesehen von Notfällen nur zu erstatten wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte (Bestätigung der ständigen Rechtsprechung des Senats Abgrenzung zu BSG vom 23.1.2003 B 3 KR 7/02 R = BSGE 90 220 = SozR 4-2500 § 33 Nr 1).
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 29. Mai 2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin befand sich vom 8. bis 12. März 1999 zur stationären Entbindung ihres Kindes im Geburtshaus G. , einer von zwei Hebammen geleiteten Einrichtung der Geburtshilfe, in der Schwangere ihr Kind - nach eigener Wahl ambulant oder stationär - zur Welt bringen können. Das Geburtshaus verfügt seit August 1998 über eine gewerberechtliche Konzession zum Betreiben einer Privatkrankenanstalt. Ein Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen entsprechend § 108 Nr 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht nicht. Die Leistungen der bei der Geburt assistierenden Hebamme wurden dieser unmittelbar von der beklagten Ersatzkasse nach den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vergütet. Daneben berechnete das Geburtshaus der Klägerin für den stationären Aufenthalt fünf Tagessätze zu je 248 DM, zusammen 1.240 DM. Die Beklagte, der diese Rechnung am 19. März 1999 vorgelegt wurde, hat ohne Anerkennung einer Rechtspflicht Pflegekosten von einmalig 248 DM übernommen; eine weitergehende Erstattung hat sie mit Bescheid vom 24. März 1999 abgelehnt, weil Versicherte bei stationären Entbindungen wie allgemein bei der stationären Krankenhausbehandlung auf zugelassene Einrichtungen beschränkt seien und das Geburtshaus keine Kassenzulassung besitze. Der Klägerin ist die noch offene Restforderung von 992 DM (= 507,20 Euro) bis zur gerichtlichen Klärung der Leistungspflicht der Krankenversicherung vom Geburtshaus gestundet worden.

Widerspruch, Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat auf das Urteil des erkennenden Senats vom 23. November 1995 (SozR 3-2500 § 13 Nr 9) Bezug genommen und daraus sowie aus der Systematik der §§ 107, 108 SGB V gefolgert, dass Geburtshäuser als "andere Einrichtungen" der Geburtshilfe iS des § 197 Reichsversicherungsordnung (RVO) eine Zulassung benötigen, um zu Lasten der Krankenversicherung stationäre Geburtshilfe leisten zu dürfen.

Mit der Revision rügt die Klägerin sinngemäß eine Verletzung der §§ 195, 197 RVO. § 108 SGB V sei auf Geburtshäuser weder unmittelbar noch analog anwendbar, weil es sich nicht um Krankenhäuser iS des § 107 Abs 1 SGB V handele und eine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke nicht bestehe. Der Gesetzgeber habe den von Hebammen geleiteten Einrichtungen der Geburtshilfe in § 197 RVO bewusst eine Sonderstellung eingeräumt. Nachdem Hebammen im Unterschied zu Angehörigen anderer Heil- und Heilhilfsberufe für ambulante Entbindungen keine Zulassung benötigten, könne für die von ihnen betriebenen Entbindungsheime nichts anderes gelten. Durch die vom LSG angeführte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die Rechtsfrage nicht geklärt, da die damalige zur Entbindung im Krankenhaus ergangene Entscheidung sich mit der speziellen Situation von Geburtshäusern nicht auseinander setze.

Die Klägerin beantragt,
die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 29. Mai 2002 und des Sozialgerichts Chemnitz vom 26. September (richtig: 25. Juli) 2001 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 19. April 2000 (richtig: 24. März 1999) in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 12. Juli 2000 (richtig: 13. September 1999) zu verurteilen, sie von der Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Geburtshaus G. in Höhe von 507,20 Euro freizustellen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision als unzulässig zu verwerfen, hilfsweise als unbegründet zurückzuweisen.

Sie hält das Rechtsmittel für unzulässig, weil die Prozessbevollmächtigte der Klägerin lediglich das schriftsätzliche Berufungsvorbringen ihrer Mandantin wort- und inhaltsgleich wiederholt habe, ohne selbst den Prozessstoff zu durchdringen und das angefochtene Urteil im Hinblick auf die angestrebte Revision zu überprüfen. In der Sache selbst stimmt sie der rechtlichen Bewertung des LSG zu.

II

Die Revision der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

Die von Beklagtenseite geäußerten Bedenken gegen die Zulässigkeit des Rechtsmittels werden vom Senat im Ergebnis nicht geteilt. Beanstandet wird, die Prozessbevollmächtigte der Klägerin habe keine eigene Revisionsbegründung verfasst, sondern lediglich einen von der Klägerin selbst oder von dritter Seite formulierten Text unkritisch und ohne eigene Prüfung übernommen, was sich daran zeige, dass die Begründungsschrift in weiten Teilen wörtlich mit dem Vorbringen im Berufungsverfahren übereinstimme und eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Gründen des angefochtenen Urteils vermissen lasse. Obwohl die zuletzt genannte Beobachtung im Wesentlichen zutrifft, sind die Voraussetzungen, unter denen die Rechtsprechung in derartigen Fällen ausnahmsweise das Vorliegen einer wirksamen Revisionsbegründung verneint, nicht erfüllt.

Nach § 164 Abs 2 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) muss die Revisionsbegründung einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Mit dieser Vorschrift soll zur Entlastung des Revisionsgerichts erreicht werden, dass der Revisionskläger die Erfolgsaussicht der Revision eingehend prüft und von aussichtslosen Revisionen rechtzeitig Abstand nimmt. Soweit das Gesetz eine Vertretung durch Prozessbevollmächtigte vorschreibt (§ 166 Abs 1 SGG), obliegt die Prüfungspflicht dem Bevollmächtigten; er soll durch eine kompetente Sichtung und rechtliche Durchdringung des Streitstoffs dafür Sorge tragen, dass die für die Entscheidung wesentlichen Gesichtspunkte herausgearbeitet werden und das Revisionsgericht von juristisch unqualifiziertem Vorbringen entlastet wird. Das BSG hat deshalb verlangt, dass der Bevollmächtigte, wenn er Entwürfe Dritter als Revisionsbegründung übernimmt, diese einer eigenständigen rechtlichen Durcharbeitung und Prüfung unterzieht, bevor er durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Revision übernimmt (SozR Nr 49 zu § 164 SGG; SozR 3-1500 § 166 Nr 4 mwN; zur verfassungsrechtlichen Unbedenklichkeit dieses Erfordernisses: BVerfG SozR 3-1500 § 160a Nr 12).

Das bedeutet indessen nicht, dass die Verwendung eines vom Kläger oder von dritter Seite verfassten Schriftsatzes oder die wort- und inhaltsgleiche Wiederholung früheren Vorbringens im Rahmen der Revisionsbegründung unzulässig wäre oder dass aus einem solchen Vorgang ohne weiteres darauf geschlossen werden könnte, der Prozessbevollmächtigte habe es an einer eigenen Auseinandersetzung mit dem Prozessstoff fehlen lassen. Als nicht ordnungsgemäß ist eine Revisionsbegründung nur angesehen worden, wenn der Prozessbevollmächtigte gleichzeitig ausdrücklich oder auf andere Weise - etwa durch Benennung des eigentlichen Verfassers und Mitteilung, dass ihm selbst eine Durcharbeitung des Streitstoffs nicht möglich gewesen sei - zu erkennen gegeben hatte, dass er trotz Unterschrift die Verantwortung für den Inhalt nicht übernehmen wollte (BSG SozR 3-1500 § 166 Nr 4 S 9 f).

Ein solcher Sachverhalt liegt nicht vor. Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat zwar weder den aus dem Berufungsverfahren übernommenen Vortrag in formaler Hinsicht an die Bedürfnisse des Revisionsverfahrens angepasst noch die Revisionsbegründung um solche Textpassagen aus früheren Schriftsätzen bereinigt, die zum laufenden Verfahren keinen Bezug aufweisen. Gleichwohl befasst sich die Begründungsschrift mit den zentralen materiellrechtlichen Streitfragen des Falles, sodass letztlich nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann, es sei lediglich fremdes Vorbringen ungeprüft übernommen worden.

In der Sache selbst kann die Revision keinen Erfolg haben.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach § 13 Abs 1 SGB V an Stelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung nur erstatten, soweit das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. § 197 RVO, auf den die Klägerin im Klage- und Berufungsverfahren abgestellt hat, begründet keine Möglichkeit der Kostenerstattung. Dabei kann auf sich beruhen, ob die zum Krankenversicherungsrecht im weiteren Sinne zählenden Vorschriften der §§ 195 ff RVO neben den in § 13 Abs 1 SGB V allein erwähnten Bestimmungen des SGB V und des SGB IX ebenfalls eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz begründen könnten. Denn ein Kostenerstattungsanspruch ist in diesen Bestimmungen nicht vorgesehen. Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden den versicherten Frauen, soweit es sich nicht um reine Geldleistungen handelt, in gleicher Weise wie die Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung gestellt. Auf sie sind gemäß § 195 Abs 2 Satz 1 RVO die für die Leistungen nach dem SGB V geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist. Die bei und nach der Entbindung erforderlichen medizinischen Leistungen einschließlich der Hebammenhilfe waren der Klägerin deshalb als Sachleistung zu gewähren. Das gilt auch für die stationäre Geburt unter den Voraussetzungen des § 195 RVO.

Ein Anspruch auf Übernahme der vom Geburtshaus G. berechneten Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung während und nach der Entbindung könnte sich bei dieser Sach- und Rechtslage nur aus § 13 Abs 3 SGB V ergeben, wie das LSG zutreffend angenommen hat. Nach dieser Vorschrift sind die Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Hat der Versicherte die selbstbeschaffte Leistung noch nicht bezahlt, kann er an Stelle der Erstattung die Freistellung von der gegenüber dem Leistungserbringer bestehenden Verbindlichkeit verlangen. Unaufschiebbar ist die in Anspruch genommene stationäre Betreuung im Geburtshaus nicht gewesen. Die Entbindung als solche ist zwar nach Einsetzen der Wehen unaufschiebbar im medizinischen Sinne. Sie ist aber in aller Regel zeitlich absehbar, sodass die Gewährung der Sachleistung durch die Krankenkasse rechtzeitig sichergestellt werden kann. Auf die Unfähigkeit der Krankenkasse, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, kann, wie der Senat entschieden hat, ein Kostenerstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der

Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen (Urteil vom 25. September 2000 - SozR 3-2500 § 13 Nr 22).

Die Klägerin kann sich für ihr Begehren auch nicht darauf berufen, dass die Beklagte die Gewährung der streitigen Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nämlich regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. So liegt der Fall hier, denn nach den Feststellungen des LSG ist die Beklagte erstmals bei Vorlage der Rechnung des Geburtshauses am 19. März 1999 mit dem Leistungsbegehren befasst worden. Für eine frühere Kontaktaufnahme besteht kein Anhaltspunkt; die Klägerin hat in der Revisionsbegründung ausdrücklich selbst eingeräumt, dass sie sich vor der Entbindung nicht an die Krankenkasse gewandt hatte.

§ 13 Abs 3 SGB V gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden konnte. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des Senats; vgl Beschluss vom 15. April 1997 - SozR 3-2500 § 13 Nr 15 S 74 mwN; Urteil vom 25. September 2000 - SozR 3-2500 § 13 Nr 22 S 105 f; Urteil vom 19. Februar 2003 - B 1 KR 18/01 R, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Ohne Erfolg bringt die Revision dagegen vor, eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse müsse entbehrlich sein, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa auf Grund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststehe. Mit diesem Einwand hat sich der Senat schon früher wiederholt befasst und klargestellt, dass Gesetzeswortlaut und -zweck eine dahingehende Ausnahme nicht zulassen. § 13 Abs 3 SGB V will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Kasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist somit sachgerecht; sie liegt auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Es ist deshalb entgegen dem Revisionsvorbringen weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden. Da überdies unklar ist und sich kaum abstrakt festlegen lässt, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit der Versicherte von einer als sicher zu erwartenden Ablehnung der Krankenkasse ausgehen darf, würden sich in zahlreichen Fällen schwierige Abgrenzungsprobleme ergeben, durch die die Wahrung des Regel-Ausnahme-Verhältnisses zwischen Sachleistung und Kostenerstattung gefährdet würde (vgl zu alledem bereits Senatsurteil vom 10. Februar 1993 - SozR 3-2200 § 182 Nr 15; Beschluss vom 15. April 1997 - SozR 3-2500 § 13 Nr 15). Der Senat hält aus diesen Gründen auch nach erneuter Prüfung an seiner Rechtsauffassung fest.

Durch das Urteil des 3. Senats vom 23. Januar 2003 - B 3 KR 7/02 R (zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) sieht er sich hieran nicht gehindert. Der 3. Senat hat in der genannten Entscheidung einen auf § 13 Abs 3 SGB V gestützten Freistellungsanspruch für möglich gehalten, obwohl der Versicherte sich das im dortigen Fall streitige Hörgerät hatte liefern und anpassen lassen, bevor er - drei Monate später - die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren befasst und diese eine Kostenübernahme abgelehnt hatte. Er hat die Notwendigkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung aber nicht grundsätzlich in Abrede gestellt, sondern seine Ansicht, dass die geschilderten Umstände einen Freistellungsanspruch auf der Grundlage des § 13 Abs 3 SGB V nicht hinderten, mit spezifischen Besonderheiten bei der Gewährung von Hörhilfen begründet. Eine vergleichbare Konstellation liegt hier nicht vor, sodass die Voraussetzungen für eine Divergenzanfrage und gegebenenfalls die Anrufung des Großen Senats des BSG gemäß § 41 Abs 2 und 3 SGG nicht erfüllt sind.

Da der geltend gemachte Freistellungsanspruch schon aus den dargelegten Gründen scheitert, kommt es auf die von den Vorinstanzen behandelte Sachfrage, ob die von Hebammen betriebenen Geburtshäuser oder Entbindungsheime ebenso wie Krankenhäuser eine Zulassung durch Abschluss eines Versorgungsvertrags benötigen oder ob sie ebenso wie die Hebammen bei ambulanten Entbindungen ohne weiteres Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen, nicht an.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2003-12-08