

Bundessozialgericht

3 RK 7/87

Im Namen des Volkes

Verkündet am
24. November 1987

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

.....,

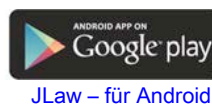
Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 24. November 1987

für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom
6. November 1986 - L 16 Kr 21/85 - wird mit folgender Maß-
gabe zurückgewiesen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

-2-

Die Klage wird insoweit abgewiesen, als der Kläger Zinsen geltend macht.

Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten der Revision zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Es ist streitig, ob dem klagenden Krankenhausträger gegen die beklagte Betriebskrankenkasse ein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer stationären Behandlung des beigeladenen Versicherten zusteht.

Der Beigeladene, Mitglied der Beklagten, leidet seit 1964 an generalisierter Psoriasis (Schuppenflechte). Er hatte sich deshalb auf Veranlassung seines Hausarztes Dr. R. vom 29. Juli bis 21. August 1970 sowie vom 17. Januar bis 26. Februar 1975 in der Dermatologischen Abteilung des vom Kläger getragenen Luisenhospitals A. (Chefarzt Prof. Dr. W.) stationären Behandlungen unterzogen, die - mit konventionellen Behandlungsmethoden (Salben, Medikamenten, Bädern) vorgenommen - keinen durchgreifenden Erfolg zeigten. Die entsprechenden Kostenverpflichtungserklärungen waren - ohne daß der Beigeladene selbst sich mit der Beklagten in Verbindung gesetzt hatte - auf die nach



-3-

Beginn der stationären Behandlungen gestellten Anträge des Klägers hin nachträglich erteilt worden, und zwar im ersten Fall durch die AOK A. (Ersterklärung für die Zeit vom 29. Juli bis 18. August 1970) und durch die Beklagte (Verlängerungserklärung für die Zeit vom 19. August bis 21. August 1970), im zweiten Fall ausschließlich durch die Beklagte. Am 12. September 1977 stellte Dr. R. für den Beigeladenen (auf Vordrucksmuster 2a) erneut eine kassenärztliche Verordnung über Krankenhauspflege aus (Diagnose: Generalisierte Psoriasis), ohne sie mit einer medizinischen Begründung und einem Kassenarztstempel zu versehen. Der Kläger nahm den Beigeladenen, der nicht zuvor wegen Bewilligung der Leistung (Kostentragung) an die Beklagte herangetreten war, am 13. September 1977 zur stationären Behandlung auf und ersuchte die Beklagte am selben Tag - unter Beifügung der Verordnung des Dr. R. - um Übermittlung einer Kostenübernahmeerklärung. Die Beklagte sandte die Verordnung mit der Bitte um Vervollständigung zurück und erhielt am 21. September 1977 die Antwort, daß beim Beigeladenen die sog. PUVA-Behandlung (Photochemotherapie kombiniert mit Ultraviolett A-Behandlung) angewendet werde. Die Beklagte erwiderte mit Schreiben vom 26. September 1977, daß es sich bei dieser Maßnahme nach Auskunft ihres Vertrauensärztlichen Dienstes um eine wissenschaftlich noch nicht anerkannte Methode handele, für die eine Kostenübernahme nach geltendem Recht ausscheide; gleichzeitig bat sie um Information, ob ggf. andere Behandlungsmaßnahmen den Krankenhausaufenthalt rechtfertigen. Prof. Dr. W. bezeichnete in seiner Entgegnung vom 30. September 1977 die PUVA-Methode als eine moderne, seit geraumer Zeit klinisch und

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

-4-

ambulant gebräuchliche Behandlungsmethode. Die Beklagte schaltete erneut den Vertrauensärztlichen Dienst ein, der unter dem 10. Oktober 1977 zusammenfaßte: Die Anerkennung der PUVA-Bestrahlung als Kassenleistung sei bedenklich, weil - trotz guter Wirkungen - noch Unsicherheit bezüglich etwaiger Nebenwirkungen bestehe; unabhängig davon sei nicht ersichtlich, weshalb die Behandlung nicht ambulant erfolge. Mit Hinweis auf diese Stellungnahme erklärte die Beklagte sich mit Schriftsatz vom 14. Oktober 1977 gegenüber dem Kläger zur Erteilung einer Kostenzusage außerstande. Am 21. Oktober 1977 wurde der Beigeladene in ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Nachdem im Verlaufe weiterer Korrespondenz die Beklagte bei ihrer ablehnenden Haltung verblieben war und diese nunmehr (Schreiben vom 5. März 1979) auch darauf gestützt hatte, daß die Kostenübernahme erst nach erfolgter Krankenhausaufnahme beantragt worden sei, hat der Kläger am 27. Dezember 1979 beim Landgericht A. Klage erhoben und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, wegen der stationären Behandlung des Beigeladenen vom 13. September bis 21. Oktober 1977 an ihn (Kläger) 5.738,85 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 31. Dezember 1977 zu zahlen, hilfsweise, den Rechtsstreit an das Sozialgericht A. zu verweisen.

Das Landgericht hat zur Frage der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Beigeladenen Beweis erhoben. Prof. Dr. W. , am 29. Oktober 1980 als Zeuge gehört, hat - wie zuvor schon in einem Arztbrief an Dr. R. vom 3. November 1977 - dargelegt, daß eine ambulante Behandlung des Beigeladenen wegen der Notwen-



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



-5-

digkeit der Überwachung der Stoffwechselwerte nicht möglich gewesen sei und bei vorzeitigem Abbruch der stationären Behandlung die bis dahin durchgeführten Maßnahmen sinnlos gewesen wären.

Prof. Dr. B. , Direktor der Dermatologischen Universitäts-Klinik M. , hat dies als Sachverständiger in seinem Gutachten vom 24. April 1981 bestätigt und hervorgehoben, bei Begleiterkrankungen, wie sie beim Beigeladenen vorgelegen hätten, sei eine stationäre Durchführung der in seiner Klinik seit 1974/75 praktizierten PUVA-Therapie noch heute ratsam.

Durch rechtskräftig gewordenes Urteil vom 23. September 1981 hat das Landgericht den Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten für nicht eröffnet erachtet und den Rechtsstreit an das Sozialgericht A. (SG) verwiesen. Dieses hat den Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung um Auskunft gebeten, der mit Schreiben vom 6. Juni 1984 mitgeteilt hat, daß die PUVA-Methode, allerdings unter anderer Bezeichnung, bereits im Jahre 1976 anerkannt gewesen sei.

Der Kläger hat sich wegen seiner die Notwendigkeit stationärer Behandlung des Beigeladenen betreffenden Auffassung auf das Ergebnis der Beweisaufnahme berufen und im übrigen unter Vorlage von 24 Belegen geltend gemacht, es sei 1977 ebenso wie vorher und nachher allgemeine Kassenpraxis gewesen, die Kostenübernahme erst nach Aufnahme in das Krankenhaus zu beantragen und zu erklären.

Die Beklagte hat demgegenüber ihre Zweifel an der Notwendigkeit der durchgeführten stationären Behandlung aufrechterhalten und



-6-

vorgetragen, sie jedenfalls habe sich an einer Kassenpraxis der behaupteten Art nicht beteiligt, sondern seit Ende 1975 immer wieder darauf hingewiesen, daß sie - entsprechend den Hinweisen auf den Verordnungsvordrucken - auf vorherige Beantragung der Kostenübernahme bestehe.

Das SG hat die Beklagte verurteilt, dem Kläger die Kosten der Behandlung des Beigeladenen in Höhe von 5.738,85 DM nebst 4 % Zinsen zu erstatten. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Ein Anspruch des Klägers auf Ersatz seiner Aufwendungen setze jedenfalls voraus, daß die Behandlungsmaßnahmen den Grundsätzen des § 182 Abs 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) entsprochen hätten und ihre Durchführung in stationärer Form notwendig gewesen sei (§ 184 RVO). Fehle es hieran, dann entspreche die Behandlung auch nicht dem Willen und Interesse der Krankenkasse und es sei ihr dann auch kein auszugleichender Vermögensvorteil entstanden; davon gehe auch die Beklagte aus. Die genannten leistungsrechtlichen Voraussetzungen seien entgegen der Auffassung der Beklagten jedoch gegeben. Die Beweisaufnahme habe ergeben, daß das angewandte Verfahren eine anerkannte Behandlungsmethode darstelle und vom Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schon im Jahre 1977 als solche angesehen worden sei. Es sei auch erwiesen, daß diese (PUVA-)Methode beim Beigeladenen seinerzeit nur unter stationären Bedingungen mit hinreichender Erfolgsaussicht habe durchgeführt werden können. so daß die Krankenhausbehandlung iS des § 184 RVO notwendig gewesen sei. Bei einer selbstbeschafften

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



-7-

-7-

Leistung könne freilich die Klinikbehandlung als mit dem Willen und Interesse der Kasse im Einklang stehend und als eine die Kasse rechtsgrundlos begünstigende Vermögensverschiebung nur dann angesehen werden, wenn zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 182 Abs 2, 184 RVO ein Sachverhalt hinzukomme, aufgrund dessen der Versicherte trotz Nichteinhaltung des regulären Beschaffungsweges von seiner Kasse ausnahmsweise doch die Übernahme der Behandlungskosten verlangen könne. Dieser Sachverhalt liege hier vor. Der Versicherte habe darauf vertrauen dürfen, daß die Beklagte in die Behandlung einwillige und deren Kosten tragen werde. Zwar habe die von dem Kassenarzt ausgestellte Verordnung für sich allein keine hinreichende Grundlage für ein solches Vertrauen geboten. Die Beklagte habe aber in den Jahren 1970 und 1975 die Kosten der wegen derselben Grunderkrankung in demselben Krankenhaus durchgeführten stationären Behandlung des Beigeladenen anstandslos getragen, obwohl sie auch damals nicht vorher um Bewilligung angegangen worden sei. Dadurch habe beim Beigeladenen ohne weiteres der Eindruck entstehen können, daß allein die kassenärztliche Verordnung entscheidend sei. Zu anderen Erkenntnissen habe der Beigeladene durch die von der Beklagten und der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen seit 1975 an verschiedene Krankenhäuser im Raume A. gesandten Rundschreiben schon deshalb nicht gelangen können, weil er nicht deren Empfänger war. Aber auch der in der Augustausgabe der Werkszeitschrift abgedruckte Artikel sei nicht geeignet gewesen, den guten Glauben des Beigeladenen an die Maßgeblichkeit der über die Krankenhauspflege ausgestellten kassenärztlichen Verordnung zu erschüttern. Es sei nicht erwiesen, daß er diese Ausgabe überhaupt noch vor

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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



-8-

-8-

dem Aufsuchen des Krankenhauses im September 1977 erhalten habe, der Artikel habe nach seiner Überschrift aber auch nicht vermuten lassen, daß er beiläufig auch die Mahnung enthalte, vor Aufnahme in ein Krankenhaus die über die Krankenhauspflege ausgestellte Verordnung der Krankenkasse vorzulegen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Beklagten. Hierzu wird vorgetragen: Die leistungsrechtlichen Grundvoraussetzungen seien nicht erfüllt. Das LSG habe sich zu Unrecht von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung überzeugen lassen. Da der Sachverständige, Prof. Dr. B. , die Aussagen des Zeugen Prof. Dr. W. in nicht nachvollziehbarer Weise bestätigte, hätte das LSG dem Antrag der Beklagten folgen und den Sachverhalt weiter aufklären müssen. Zudem lasse sich aus dem vom LSG geschilderten Sachverhalt ein Vertrauenstatbestand nicht ableiten. Dies umso weniger, als sie - die Beklagte - durch die verschiedensten Maßnahmen sowohl Ärzte und Krankenhäuser als auch ihre Versicherten auf die vorherige Klärung der Kostenfrage hingewiesen habe. Der behandelnde Krankenhausarzt sei verpflichtet gewesen, den Beigeladenen über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie über die Kostenauswirkungen - ob die Beklagte die Krankenhausbehandlung als notwendig ansehe oder nicht - zu informieren.

Die Auffassung des LSG, daß in dem besagten Artikel das Thema Krankenhauspflege nur "beiläufig" angesprochen worden sei, werde nicht geteilt. Das LSG sei nicht auf ihren - der Beklagten - Hinweis eingegangen, daß der stationäre Aufenthalt als Behandlung



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



-9-

in einer Kur- und Spezialeinrichtung anzusehen sei, der als Rehabilitationsmaßnahme vorrangig in die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers falle; auch im Hinblick darauf wäre eine Klärung der Kostenfrage vor der Aufnahme erforderlich gewesen. Auch der Zinsanspruch sei nicht gerechtfertigt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts für das Land
Nordrhein-Westfalen vom 6. November 1986 - L 16 Kr
21/85 - sowie das Urteil des Sozialgerichts A.
vom 14. Januar 1985 - S 6 Kr 24/84 - aufzuheben
und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision ist im wesentlichen unbegründet.

Sie richtet sich in erster Linie gegen die Beweiswürdigung des LSG hinsichtlich der Frage der leistungsrechtlichen Voraussetzungen des Anspruchs des Beigeladenen. Die Beklagte übersieht jedoch, daß das Tatsachengericht in seiner Überzeugungsbildung frei ist (§ 128 Abs 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-). Zwar kann revisionsrechtlich die Rüge überprüft werden, das Tat-



sachengericht habe bei seiner Überzeugungsbildung gegen allgemeine Denk- und Erfahrungssätze verstoßen und damit die Grenzen der freien Beweiswürdigung überschritten. Diese Rüge wurde hier aber nicht erhoben, jedenfalls wurde keine insoweit hinreichende Begründung vorgebracht. Soweit das Revisionsvorbringen aber als Verfahrensrüge nach § 103 SGG, nämlich als Vorwurf der Verletzung der Amtsermittlungspflicht angesehen werden mag, fehlt es an der konkreten Angabe darüber, welche zusätzlichen Ermittlungen das Gericht hätte anstellen, welche Beweismittel es hätte einsetzen müssen und zu welchen Ergebnissen diese Ermittlungen geführt hätten (vgl. Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz mit Erläuterungen, 3. Aufl, 1987, RdNr 12 zu § 164 mwN). Soweit die Beklagte aber im Zusammenhang mit dem vom LSG angenommenen Vertrauenstatbestand auf tatsächliche - dem Vertrauen entgegenstehende - Umstände abstellt, ist die Revision schon deshalb unbegründet, weil nur Rechtsnormen revisibel sind (§ 162 SGG). Ihr Vorbringen aber, der Kläger hätte den beigeladenen Versicherten auf die Zweifelhafte der Kostenübernahme hinweisen müssen, läßt einerseits unberücksichtigt, daß das LSG nur auf einen Vertrauenstatbestand in der Person des Versicherten abgestellt hat, und gibt andererseits nicht an, inwiefern das LSG dadurch eine Rechtsnorm verletzt haben soll. Schließlich fehlt es aber auch insoweit, als die Beklagte die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers behauptet, an einer hinreichenden Revisionsbegründung.

Das LSG hat ohne Rechtsverstoß die leistungsmäßigen Voraussetzungen des Krankenhausbehandlungsanspruchs des Versicherten bejaht. Es hat darüber hinaus, was von der Beklagten auch gar nicht



gerügt wird, den Erstattungsanspruch des Klägers zutreffend dann für gegeben angesehen, wenn der Versicherte seinen eigenen Anspruch gegen die Beklagte hätte durchsetzen können. Um letzteres zu bejahen, hätte es aber nicht des Rückgriffs auf den im Urteil dargelegten Vertrauenstatbestand bedurft. Wie das Bundessozialgericht (BSG) in zahlreichen Fällen entschieden hat, steht dem Versicherten statt des Sachleistungsanspruchs ein Kostenerstattungsanspruch in solchen Fällen zu, wo der Krankenversicherungsträger die Sachleistung rechtswidrig verweigert hat (BSGE 46, 179, 182; BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr 57; BSGE 48, 258, 260; BSGE 50, 73, 75; BSGE 52, 134, 135; BSGE 53, 144, 149; BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr 86). Das ist ein Ausfluß des Grundsatzes von Treu und Glauben, der insoweit auch im öffentlichen Recht gilt. Verweigert die Krankenkasse dem Versicherten die Leistung, obwohl sie ihm von Rechts wegen zusteht, so kann sich der Versicherungsträger im Falle der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten umso weniger darauf berufen, daß der Versicherte keinen Anspruch auf Kostenerstattung habe, als der öffentliche Sinn des Sachleistungsprinzips gerade darin besteht, den Versicherten besser zu stellen als bei einem bloßen Kostenerstattungsanspruch. Es würde demnach mit seinem eigenen Verhalten im Widerspruch stehen, wenn der Krankenversicherungsträger eine Leistung der Krankenhilfe nur deshalb ablehnen würde, weil er sie vor der Inanspruchnahme nicht ausdrücklich zugesagt habe. Die Leistungsverweigerung der Beklagten könnte allenfalls darin begründet sein, daß der Versicherte (- dessen ärztliche Einweisungsverordnung ergänzt wurde -) vor der Krankenhausaufnahme keinen förmlichen Leistungsantrag gestellt hatte. Es kann da-



hingestellt bleiben wie zu entscheiden wäre, wenn der Versicherte die Beklagte über die Krankenhauspflege beim Kläger überhaupt nicht informiert hätte. Dieser Fall liegt hier nicht vor. Die Beklagte ist nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG bereits am Tage der Krankenhausaufnahme von dem Kläger angeschrieben und um Kostenübernahme ersucht worden. Damit hat ihr seit Zugang dieses Schreibens auch ein Antrag des Versicherten vorgelegen, aus dem das Begehren des Beigeladenen eindeutig entnommen werden konnte (vgl. § 9 des Sozialgesetzbuches, Zehntes Buch, - Verwaltungsverfahren - SGB X). Die Beklagte könnte daher allenfalls für die wenigen Tage vor dem Zugang dieses Schreibens - also bei normaler Versendungsdauer für zwei bis drei Tage - die Leistung verweigern. Eine solche Beschränkung bedürfte jedoch der besonderen Rechtfertigung, die sich aus der Interessenlage der Beklagten ergeben könnte. Dafür liegen hier keine Anhaltspunkte vor. Die Beklagte hat hier jedenfalls nicht behauptet, daß sie die Leistung dann bewilligt hätte, wenn der Versicherte sie schon vor der Krankenhausaufnahme beantragt hätte. Ihre Verweigerung resultiert auch nicht teilweise auf der Tatsache der Antragsverzögerung um wenige Tage. Der Grundsatz von Treu und Glauben steht daher auch einer entsprechenden Teilverweigerung entgegen.

Die Beklagte ist somit zu Recht zur Zahlung der Krankenhauskosten verurteilt worden.

Hinsichtlich der Zinsen war die Klage abzuweisen. Die Verzinsungsvorschrift des § 44 des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil -, Erstes Buch, (SGB I) gilt nur für den Anspruch des Bürgers gegen den Leistungsträger, also für Geldleistungsansprüche,



mit denen soziale Rechte iS der §§ 1 bis 10 und 18 bis 29 SGB I erfüllt werden (Hauck/Haines, Komm zum SGB I, Stand: 1. März 1987, RdNr 3 zu § 44). Bei dem vom Kläger geltend gemachten Anspruch besteht das Motiv der Vorschrift des § 44 SGB I insoweit aber nicht mehr (vgl Hauck/Haines, aaO). Für eine Verzinsungspflicht fehlt daher die Anspruchsgrundlage. Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch ist öffentlich-rechtlicher Natur, da er nur zur Erfüllung des sozialrechtlichen Anspruchs des Versicherten für die Beklagte tätig geworden ist. Die Vorschrift des Bürgerlichen Gesetzbuches über Verzugs- und Prozeßzinsen sind im öffentlichen Recht nicht entsprechend anwendbar (vgl BSGE 22, 150, 153 ff; siehe auch BSGE 24, 16, 19 und 35, 195, 203).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)

