

L 4 KR 386/06

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 18 KR 1367/04
Datum
24.08.2006
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 386/06
Datum
23.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. August 2006 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, Kosten für die Behandlungen der Kläger bei dem seit 01.04.2004 nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnarzt S. zu erstatten.

Die 1946 geborenen Kläger sind bei der Beklagten versichert. Sie haben nicht Kostenerstattung gewählt. Sie haben mit Schreiben vom 31.03.2004 den Antrag auf Zustimmung zur Inanspruchnahme des Privatzahnarztes S. mit der Begründung gestellt, sie seien seit 2000 bei Herrn S. in Behandlung. Er lege großen Wert auf Zahnerhalt und sei spezialisiert auf Paro-donthose. Die Beklagte hat den Antrag mit Bescheid vom 19.04.2004 mit der Begründung abgelehnt, Kostenerstattung bei Nichtvertragsbehandlern könne nicht gewählt werden. Hiergegen richtete sich der Widerspruch vom 11.05.2004, zu dessen Begründung auf die ab 01.01.2004 geltende Neuregelung des [§ 13 Abs.2 SGB V](#) hingewiesen wird. Daraufhin lehnte die Beklagte mit weiterem Bescheid vom 09.06.2004 erneut die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme des Zahnarztes S. ab, diesmal mit der Begründung, eine Zustimmung zur Behandlung könne nicht erteilt werden, weil zahnmedizinische oder soziale Aspekte, die eine Inanspruchnahme des Zahnarztes S. rechtfertigen würden, nicht vorlägen. Die Begründung der langjährigen Bindung und Zufriedenheit stelle keinen Tatbestand im Sinne der vorgenannten gesetzlichen Vorschrift dar.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.2004 zurückgewiesen.

Zur Begründung der hiergegen am 28.09.2004 beim Sozialgericht München eingegangenen Klage trug der Bevollmächtigte der Kläger vor, es sei nicht zutreffend, dass die Wahl eines nicht zugelassenen Leistungserbringers zunächst die grundsätzliche Wahl der Kostenerstattung voraussetze. Dies entspreche nicht der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Zur Erstattung vorgelegt wurden zwei Rechnungen vom 29.07.2004, die Kläger betreffend, jeweils in Höhe von 30,29 EUR. Weiter wurden Heil- und Kostenpläne vom 29. und 30.07.2004 vorgelegt.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 24.08.2006 abgewiesen. Versicherte könnten gemäß [§ 13 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Nach dem Willen des Gesetzgebers könne der Versicherte lediglich eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf den gesamten ambulanten Bereich vornehmen, nicht möglich sei dagegen, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken. Die Kläger hätten weder in zulässiger Weise Kostenerstattung gewählt noch lägen medizinische oder soziale Gründe für eine Zustimmung der Beklagten vor. Ein Rechtsanspruch ergebe sich nicht aus europarechtlichen Regelungen. Eine über [§ 13 Abs.4 SGB V](#) hinausgehende Erstreckung der Kostenerstattungsmöglichkeit auf die Inanspruchnahme von Nicht-Vertragsbehandlern auch im Inland sei nicht durch Europarecht geboten. Dies hätte nämlich zur Folge, dass das bundesdeutsche System der Trennung von Vertrags-(Zahn-)Ärzten und Nicht-Vertrags-(Zahn-)Ärzten in Frage gestellt und somit die Funktionsfähigkeit des vertrags- (zahn-) ärztlichen Versorgungssystems beeinträchtigt werden würde.

Gegen dieses Urteil richtet sich die am 27.12.2006 beim Landessozialgericht eingelegte Berufung der Kläger, zu deren Begründung der Bevollmächtigte darauf hinweist, dass zum 01.04.2007 eine Gesetzesänderung erfolgt sei, die es nun ermögliche, beschränkt auf den zahnärztlichen Bereich die Kostenerstattung zu wählen. Außerdem habe das Sozialgericht [§ 13 Abs.2](#) Sätze 4 und [5 SGB V](#) unzutreffend ausgelegt. Grundsätzlich umfasse [§ 13 Abs.2 SGB V](#) zwei Möglichkeiten der Kostenerstattung, nämlich zum einen die Wahl der

Kostenerstattung für Leistungen, die zugelassene Leistungserbringer durchführen und zum anderen die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer. Dies verkenne das Erstgericht. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer sei nicht an die vorhergehende grundsätzliche Wahl der Kostenerstattung geknüpft. Das Sozialgericht verkenne auch die Rechtsprechung des EuGH. Auch seien weitere Behandlungskosten angefallen.

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts München vom 24.08.2006 sowie die Bescheide der Beklagten vom 19.04.2004 und 09.06.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.09.2004 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Klägern angefallene und zukünftig noch anfallende Kosten für erforderliche zahnärztliche Behandlungen bei Zahnarzt M. S. in Höhe der Vergütungssätze der entsprechenden vertragszahnärztlichen Leistungen zu erstatten, hilfsweise, die Beklagte zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts gegenüber den Klägern über die Erstattung von bislang angefallenen Kosten in Höhe von EUR 198,59 für den Kläger und EUR 1.103,79 für die Klägerin und künftig anfallende Kosten für zahnärztliche Behandlungen bei Zahnarzt S. jeweils zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend und verweist auf die in Bernau praktizierenden Zahnärzte.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass die Kläger gemäß der im Urteilszeitpunkt geltenden Fassung des [§ 13 Abs.2 SGB V](#) keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten haben, die ihnen bei dem Zahnarzt M. S. entstanden sind. Nach [§ 13 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) konnten Versicherte anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten (§ 13 Abs.2 Satz 2). Gemäß [§ 13 Abs.2 Satz 3 SGB V](#) war eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung möglich. Gemäß Satz 4 dürfen nicht im 4. Kapitel genannte Leistungserbringer nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Damit will der Gesetzgeber nicht generell die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern eröffnen. Dies soll, wie der Standort der Regelung zeigt, nur den Versicherten vorbehalten bleiben, die sich für eine Leistungsanspruchnahme im Rahmen der Kostenentscheidung nach [§ 13 Abs.2 SGB V](#) entschieden haben. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer darf nicht zu einer Ausweitung von Art und Umfang der begehrten Leistungen führen; nach wie vor sind nur die im Rahmen einer Sachleistung zugelassenen Leistungen erstattungsfähig (Zipperer GKV-Kommentar, Rz.35 zu [§ 13 SGB V](#)). Da die Kläger Kostenerstattung nicht gewählt haben, entfällt für sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer. Im Übrigen teilt der Senat auch die Rechtsauffassung des Sozialgerichts, dass es nach dem Gesetzeswortlaut nicht möglich ist, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken. Darauf hat auch die Beklagte im Widerspruchsverfahren unter Zugrundelegung der Gesetzesbegründung zu [§ 13 Abs.2 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung hingewiesen. Ferner entfällt eine Kostenerstattung für alle durch Inanspruchnahme des Zahnarztes Dr.S. entstandenen Kosten bis 31.03.2007.

Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten ergibt sich ein Erstattungsanspruch auch nicht aus [§ 13 Abs.2 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung. Auch nach dessen Abs.2 Satz 1 können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Gemäß [§ 13 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) haben sie hierüber ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Nach Abs.2 Satz 5 ist eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich. Durch diese Neuregelung hat der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeiten für Kostenerstattung ausgedehnt auf den stationären Bereich und die ambulante Versorgung präzisiert durch die Benennung der Bereiche der ärztlichen Versorgung und der zahnärztlichen Versorgung sowie auf veranlasste Leistungen. Hätte der Gesetzgeber regeln wollen, dass Versicherte ohne vorherige grundsätzliche Wahl von Kostenerstattung jeweils im Einzelfall entscheiden können, ob sie Sachleistung oder Kostenerstattung in Anspruch nehmen wollen, wäre Satz 5 unnötig. Das bedeutet, dass wie nach bis 31.03.2007 geltendem Recht einzelne Leistungserbringer nur dann im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können, wenn Versicherte vorher anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt haben. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von nicht im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern. Hier ist jedoch zusätzlich eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse im Einzelfall erforderlich ([§ 13 Abs.2 Satz 6 SGB V](#)). Wenn die Kläger also, wie ihr Vertreter in der mündlichen Verhandlung erklärt hat, die Erstattungsregelung des [§ 13 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) hinsichtlich der Zahnbehandlung zu wählen, könnte die Beklagte im Einzelfall überprüfen, ob sie der Inanspruchnahme des Zahnarztes S. zustimmt. Vor der Wahlerklärung ist auch nach neuem Recht keine Kostenerstattung möglich. Ebenso wenig kann der Senat die Beklagte verpflichten, den Klägern angefallene Kosten zu erstatten. Ob künftig anfallende Kosten zu erstatten sind, hängt von der Ausübung des Wahlrechts und der Ermessensentscheidung der Beklagten ab. Eine Verpflichtung hierzu durch den Senat ist nicht möglich. Der Senat weist jedoch darauf hin, dass die in [§ 13 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) eine Zustimmung rechtfertigenden medizinischen oder sozialen Gründe für eine Inanspruchnahme des Zahnarztes S. von der Beklagten zutreffend abgelehnt worden sind. Die zahnmedizinische Versorgung im Bereich Bernau wird durch Vertragsärzte gesichert. Soziale Gründe sind nicht ersichtlich.

Auch die vom Klägerbevollmächtigten vorgetragene europarechtliche Argumentation führt zu keinem anderen Ergebnis. Es ist nicht europarechtswidrig, nicht zugelassene inländische Leistungserbringer und ausländische Leistungserbringer unterschiedlich zu behandeln. Im vorliegenden Fall fehlt es bereits an einem europarechtlichen Bezug. Sowohl Leistungserbringer wie Versicherte befinden sich im Bundesgebiet. Der Sachverhalt ist damit anders als der vom EuGH im Urteil vom 13. Mai 2003 beurteilte ([C-385/99](#), Sammlung der Rechtsprechung 2003 Seite I - 04509). Im Übrigen hat das Bundessozialgericht nach diesem Urteil am 16.12.2003 entschieden ([B 1 KR 12/02 B](#)), dass weder der EG-Vertrag noch andere Regelungen des primären und sekundären Europarechts gebieten, dass [§ 13 SGB V](#) bei einem rein deutschen Sachverhalt so zu fassen sei, dass freiwillig Versicherten und ihren familienversicherten Angehörigen auch die Kosten der Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt erstattet werden müssten. Nach der Gesetzesänderung ab 01.01.2004 trifft dieser Sachverhalt auch auf Pflichtversicherte zu, die zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen können. Das Bundessozialgericht weist

auf die ständige Rechtsprechung hin, wonach ein Verstoß gegen die im EG-Vertrag verbürgten Freizügigkeitsrechte von vornherein nicht vorliegen kann, wenn sich der entscheidungserhebliche Vorgang ausschließlich im Inland vollzogen hat.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-01-10