

L 1 KR 36/06

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 34 KR 1306/04

Datum

-

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 1 KR 36/06

Datum

24.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist das Begehren des 69jährigen Klägers, ihm entstandene Kosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen von der Beklagten erstattet zu erhalten.

Der Kläger verlangte von der Beklagten - mit Schreiben vom 26. Februar 2004 die Erstattung o der Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR für das erste Quartal und o einer Zuzahlung für ein Medikament in Höhe von 5 EUR, - mit Schreiben vom 22. April 2004 die Erstattung o der Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR für das zweite Quartal und o einer Zuzahlung für ein Medikament in Höhe von 5 EUR, - mit Schreiben vom 22. Juni 2004 die Erstattung o einer Zuzahlung für ein Medikament in Höhe von 5 EUR und o einer Zahlung für ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament in Höhe von 3,49 EUR, - mit Schreiben vom 30. Juli 2004 die Erstattung o der Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR für eine zahnärztliche Behandlung im dritten Quartal.

Durch Bescheid vom 4. August 2004 lehnte die Beklagte die Erstattungsbegehren des Klägers unter Hinweis auf die einschlägigen Rechtsvorschriften ab.

Mit Schreiben vom 13. August 2004 erhob der Kläger der Sache nach Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten und verlangte während des Widerspruchsverfahrens von der Beklagten zusätzlich die Erstattung o der Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR für eine ärztliche Behandlung im dritten Quartal und o einer Zuzahlung für ein Medikament in Höhe von 5 EUR.

Durch Widerspruchsbescheid vom 29. Oktober 2004 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Das Sozialgericht hat die fristgerecht erhobene Klage durch Gerichtsbescheid vom 19. Juli 2006 unter Hinweis auf den Widerspruchsbescheid und das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Brandenburg 25.1.2005 - [L 24 KR 47/04](#), [GesR 2005, 232](#) abgewiesen und die Berufung zugelassen.

Mit seiner am 21. August 2006 eingelegten Berufung trägt der Kläger vor, die Inanspruchnahme privater Dritter - der Ärzte - für den Einzug von Forderungen der Krankenkasse - der Praxisgebühr - sei nicht verfassungsgemäß. Sie verstoße gegen die Berufsfreiheit der Ärzte und beeinträchtige das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Zudem stelle die Praxisgebühr einen Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot dar; zum einen, weil die gesetzlich Versicherten gegenüber den privat Versicherten ungleich behandelt würden, zum anderen, weil innerhalb der Gruppe der gesetzlich Versicherten differenziert werde nach Patienten mit und ohne Arztkontakt, obwohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine einheitliche, solidarisch durch Beiträge finanzierte Krankenversicherung sei. Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit der Praxisgebühr bestünden auch deshalb, weil es sich um eine reine Finanzierungsmaßnahme ohne Gegenleistung handele. Der Patient bezahle für eine Leistung, für die er bereits einen Beitrag entrichtet habe. Verfassungswidrig sei auch die Pflicht zur Zuzahlung zu Medikamenten, weil sie einkommensschwache Menschen gegenüber Normalverdienern trotz ihrer Unterschiede gleich behandle.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 19. Juli 2006 und den Bescheid der Beklagten vom 4. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. Oktober 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 63,49 EUR zu

zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf ihr Vorbringen in der ersten Instanz und die Ausführungen im Gerichtsbescheid des Sozialgerichts einschließlich des dort zitierten Urteils des LSG Brandenburg.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist kraft ihrer Zulassung durch das Sozialgericht statthaft (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz - SGG) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 SGG) erhoben. Sie ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der durch ihn geltend gemachten Kosten.

Ein Anspruch auf Erstattung der hier streitigen vier im Jahr 2004 gezahlten Praxisgebühren besteht nicht. Als Anspruchsgrundlage kommt bei zu Unrecht entrichteten Zuzahlungen für die Rückzahlung zwar der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in Betracht (Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 61 Rn. 12). Doch liegt hier keine Rechtswidrigkeit der vom Kläger erhobenen Praxisgebühren vor. Die Beklagte hat diese – über den Umweg der Einziehung durch den Leistungserbringer nach § 43b Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – mit rechtllichem Grund erlangt (so auch LSG Brandenburg 25.1. 2005 – L 24 KR 47/04, GesR 2005, 232).

Die sog. Praxisgebühr ist in § 28 Abs. 4 SGB V geregelt. Nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V leisten ab 1. Januar 2004 Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Danach ist eine Zuzahlung von 10 EUR zu erheben. Nach § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V gilt die Zuzahlungspflicht nicht für dort näher bestimmte Untersuchungen (z. B. Schutzimpfungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung, prophylaktische zahnärztliche Untersuchungen).

Die Erhebung der Praxisgebühren stimmt mit dem geltenden Gesetzesrecht überein. Der Kläger leistete in den ersten drei Quartalen des Jahres 2004 für die je erste Inanspruchnahme des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. M. und im dritten Quartal für die Inanspruchnahme auch eines Zahnarztes, die jeweils nicht auf eine Überweisung hin erfolgten, Zahlungen von je 10 EUR. Dass eine Ausnahme nach § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorlag oder aber für den Kläger durch diese Leistungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V im Jahr 2004 überschritten worden ist, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Rechtswidrigkeit der Erhebung der Praxisgebühren folgt auch nicht aus Verfassungsrecht.

Zwar liegt in der Auferlegung einer finanziellen Belastung ein Eingriff in das Grundrecht auf allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz - GG). Doch ist dieser hier verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Legitimes Ziel der Praxisgebührregelung ist es zum einen, die Eigenverantwortung der Versicherten der GKV zu stärken, sie von der Inanspruchnahme nicht notwendiger Leistungen abzuhalten und so Kosteneinsparungen zu erzielen. Zum anderen soll die Gebühr einen direkten finanziellen Beitrag zur Konsolidierung der Finanzen der GKV leisten. Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der GKV ist ein Ziel, das der Gesetzgeber verfolgen darf und sogar verfolgen muss. Die Heranziehung auch der Versicherten durch die Erhebung der Praxisgebühr ist ein zur Zielerreichung verhältnismäßiges Mittel zum einen deshalb, weil die Praxisgebühr sozial abgefedert ist, da sie zusammen mit weiteren Zuzahlungen 2 %, bei chronisch Kranken 1 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen darf (§ 62 SGB V). Zum anderen steht der Annahme einer Unverhältnismäßigkeit entgegen, "einzelne Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen isoliert verfassungsrechtlich zu bewerten, , sofern der Gesetzgeber zu Lasten aller Beteiligten, die Versicherten eingeschlossen, gebündelt und konzentriert Maßnahmen zur Ausschöpfung von Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven trifft oder Leistungen beschränkt" (Steiner, MedR 2003, 1, 6). So aber liegt es hier. Mit der Praxisgebühr hat der Gesetzgeber auch die Versicherten in einem Gesamtkonzept an der Sicherung der GKV beteiligt.

Auch eine Verletzung des Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) liegt nicht vor. Eine verfassungsrechtlich unzulässige Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten beinhaltet die Praxisgebühr nicht. Zwar liegt eine Differenzierung zwischen beiden Personengruppen vor, doch ergibt sich diese schon aus dem Vorhandensein eines gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungssystems. Verfassungsrechtlich relevant, d. h. verfassungsrechtlicher Rechtfertigung bedürftig ist nur die Ungleichbehandlung von "wesentlich Gleichem" (Pieroth / Schlink, Grundrechte, 21. Aufl. 2005, Rn. 431). Die Praxisgebühr gilt nur für gesetzlich Versicherte deshalb, weil sie ein Bestandteil der im SGB V geregelten GKV ist, von der die privat Versicherten von vornherein nicht erfasst sind. Insoweit also fehlt es schon an der wesentlichen Gleichheit. Mit Blick auf Art. 3 Abs. 1 GG relevant ist mithin allein, ob innerhalb der Gruppe der gesetzlich Krankenversicherten mit Bezug auf die Praxisgebühr unzulässige Differenzierungen getroffen worden sind.

Eine mit Blick auf den Kläger getroffene unzulässige Differenzierung innerhalb der Gruppe der gesetzlich Krankenversicherten liegt indes nicht vor. Zwar wird durch § 28 Abs. 4 SGB V differenziert zwischen denen, die in einem Quartal einen Arzt in Anspruch nehmen und denen, die dies nicht tun. Doch ist die Anknüpfung einer Differenzierung hieran verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Die Ungleichbehandlung durch Erhebung einer Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR im Quartal ist von einer nur geringen Intensität, so dass die Rechtfertigungsprüfung im Sinne einer Evidenzkontrolle auf die Prüfung beschränkt werden kann, ob Willkür vorliegt. Dem Gesetzgeber ist es gemessen hieran nicht verwehrt, diejenigen, die Leistungen in Anspruch nehmen, stärker an der Finanzierung der GKV zu beteiligen, als diejenigen, die dies nicht tun, denn insoweit knüpft die Differenzierung an einen sachlichen Grund an (vgl. Pieroth / Schlink, a. a. O., Rn. 439).

Soweit der Kläger die Praxisgebühr als eine Finanzierungsmaßnahme ohne Gegenleistung für verfassungswidrig hält, verkennt er, dass es sich bei ihr im Gegenteil um eine Eigenbeteiligung an den Kosten einer in Anspruch genommenen Leistung handelt. Im Übrigen wird an dem System der solidarischen Finanzierung der GKV durch die Einführung der Praxisgebühr nichts Grundsätzliches geändert.

Auf die Frage, ob die Inanspruchnahme der Ärzte für die Einziehung der Praxisgebühr gegen deren Berufsfreiheit verstößt, kommt es vorliegend nicht an. Selbst wenn dies zuträfe, würde dies nicht die Verfassungswidrigkeit der vom Kläger geforderten Praxisgebühr begründen.

Auch ein Anspruch auf die begehrte Erstattung durch den Kläger geleisteter Zuzahlungen für Medikamente besteht nicht. Die Rechtswidrigkeit ihrer Erhebung als einer Voraussetzung für den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch liegt nicht vor.

Die Zuzahlungspflicht ist in [§ 31 Abs. 3 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 61 SGB V](#) geregelt. Danach leisten ab 1. Januar 2004 Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel eine Zuzahlung, die zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf EUR und höchstens zehn EUR, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels, beträgt.

Das Arzneimittel "METFORMIN ratiopharm 850 mg", zu dem der Kläger im hier streitigen Zeitraum des Jahres 2004 in vier Fällen Zuzahlungen leistete, kostet 19,73 EUR. Die Bemessung der Zuzahlung mit 5 EUR stimmt daher mit dem geltenden Gesetzesrecht überein. Eine Ausnahme nach [§ 31 Abs. 3 Satz 2](#) und 4 SGB V liegt nicht vor.

Eine Rechtswidrigkeit als Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch vermag auch nicht etwa aus einer Verfassungswidrigkeit der Zuzahlungspflicht zu folgen. Diese ist – wie schon die Praxisgebühr – ein Bestandteil der Neuordnung der Finanzierung der GKV, in die alle Beteiligten im Gesundheitswesen eingebunden sind (zur Einbettung in das System der Zuzahlungsregelungen siehe Gerlach, a. a. O., § 61 Rn. 9) und für deren Verhältnismäßigkeit eine Obergrenze der Belastung ([§ 62 SGB V](#)) sorgt. Auch insoweit ist daher der in der finanziellen Belastung liegende Eingriff in [Art. 2 Abs. 1 GG](#) gerechtfertigt.

Eine verfassungsrechtlich unzulässige Gleichbehandlung von einkommensschwachen und einkommensstarken gesetzlich Krankenversicherten liegt ebenfalls nicht vor. Die Regelung des [§ 62 SGB V](#) über die Belastungsgrenze sorgt auch dafür, dass die Schwelle einer Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem nicht überschritten wird. Im Übrigen zeigt der Vortrag des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat, er habe in den Jahren 2005 und 2006 die Befreiung aufgrund Erreichens der Belastungsgrenze in Anspruch genommen, dass das vom Gesetzgeber errichtete System der verstärkten Beteiligung der Versicherten an den Kosten der GKV und der Begrenzung dieser Beteiligungspflicht funktioniert.

Schließlich besteht auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe von 3,49 EUR für den Erwerb des nicht verschreibungspflichtigen Medikaments "DICLOFENAC ratiopharm Gel". Als Anspruchsgrundlage kommt insoweit allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht.

Diese knüpft zunächst daran an, dass die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der Kläger hatte aber die Beklagte – soweit ersichtlich – nicht zuvor zu einer Entscheidung über einen Antrag auf Übernahme der Kosten für das begehrte Arzneimittel aufgefordert, sondern er beschaffte es sich sogleich selbst. Schon daran scheitert sein Erstattungsanspruch.

Der Erstattungsanspruch setzte zudem unabhängig davon einen Anspruch auf die Sachleistung voraus. Auch an diesem fehlt es hier, denn es liegt ein zulässiger Leistungsausschluss vor. Dieser ergibt sich aus [§ 31 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach [§ 34 SGB V](#) oder durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Ausgeschlossen von der Versorgung sind nach [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Diese haben die Versicherten im Umkehrschluss also selbst zu zahlen (sog. OTC-Präparate – Abkürzung für "over the counter" –, die zwar apothekenpflichtig sind, jedoch ohne Rezept erworben werden können; diese Arzneimittel unterliegen nicht der im Arzneimittelgesetz geregelten Verschreibungspflicht und werden vom Sachverständigenausschuss für Apothekenpflicht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte bestimmt). Zu diesen Arzneimitteln gehört auch "DICLOFENAC ratiopharm Gel".

Nach [§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) legt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung von Vertragsärzten ausnahmsweise verordnet werden können. Nach der insoweit einschlägigen Nr. 16 der Arzneimittel-Richtlinien gehört "DICLOFENAC ratiopharm Gel" zu diesen Arzneimitteln nicht. Es ist mithin zu Lasten der GKV nicht ordnungsfähig. Der Leistungsausschluss und die hieran anknüpfende Zahlungspflicht stimmen mit dem geltenden Gesetzes- und Richtlinienrecht überein.

Eine Rechtswidrigkeit vermag ebenfalls nicht aus einer Verfassungswidrigkeit des Leistungsausschlusses zu folgen. Denn auch insoweit geht es dem Gesetzgeber um das Ziel der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV, an dessen Erreichung die Versicherten beteiligt werden. Diese Beteiligung ist nicht unangemessen, denn die medizinische Versorgung der Versicherten der GKV bleibt gesichert. Ein grundrechtlicher Anspruch auf Finanzierung des von ihm gekauften Medikaments durch die Beklagte steht dem Kläger aber nicht zur Seite.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2007-02-20