

L 14 Kr 69/94

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 6 Kr 404/92
Datum
02.11.1993
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 14 Kr 69/94
Datum
23.03.1995
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei der Eingliederung von Zahnersatz ist der zahnärztliche Heil- und Kostenplan nicht konstitutiv für die Leistungspflicht des zuständigen Versicherungsträgers. Er ist keine materiellrechtliche Anspruchsvoraussetzung, sondern hat nur verfahrenseinleitende Wirkung.
 2. Steht der Berechtigte zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Leistungserbringung in einem pflichtversicherten Beschäftigungsverhältnis, so ist die zuständige Krankenkasse zur Kostentragung verpflichtet.
 3. Dementsprechend wird der Träger der Sozialhilfe, der bis dahin Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG gewährt hat, zum nachrangig verpflichteten Leistungsträger und kann bei Kostentragung einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber der zuständigen Krankenkasse geltend machen.
- I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 2. November 1993 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt als Träger der Sozialhilfe von der Beklagten die Erstattung der Kosten einer zahnärztlichen Behandlung des Beigeladenen.

Der Beigeladene (Beschluss vom 17. März 1993) war vom 1. November 1990 bis zum 19. Dezember 1990 und ist erneut seit dem 22. Juli 1991 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. In der Zeit vom 20. Dezember 1990 bis 21. Juli 1991 erhielt er von dem Kläger Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Am 26. März 1991 beantragte der Beigeladene bei dem Kläger Krankenhilfe in Form der Eingliederung von Zahnersatz. Den am 6. April 1991 von dem behandelnden Zahnarzt aufgestellten Heil- und Kostenplan bewilligte der Kläger am 26. Juni 1991. Zahnärztliche Leistungen erfolgten daraufhin am 4. Juli 1991 (Kosten 258,65 DM) sowie am 29. August 1991 (Kosten 3.507,01 DM), die von dem Kläger getragen wurden.

Mit Schreiben vom 24. September 1991 erging eine Anfrage des Klägers an die Beklagte, "ob und ggf. seit wann der Versicherte Mitglied ihrer Krankenkasse ist." In dem Schreiben heißt es außerdem: "Sofern Krankenschutz bei ihrer Kasse besteht, melden wir zur Fristwahrung Erstattungsanspruch gemäß [§ 104 SGB X](#) an und bitten um Anerkennung ihrer Kostenerstattungspflicht." Mit Schreiben vom 30. September 1991 teilte die Beklagte dem Kläger daraufhin mit: "Ihren Erstattungsanspruch erkennen wir dem Grunde nach an und bitten um Abrechnung Ihrer Leistungen. Herr P. ist seit dem 22.07.1991 bei der Firma F. beschäftigt." Mit weiterem Schreiben vom 27. November 1991 lehnte die Beklagte dann eine Kostenerstattung ab und führte zur Begründung aus, daß eine Erstattung nicht möglich sei, da bei der Gewährung von Zahnersatz die Krankenkasse zuständig sei, der der Versicherte am Tage der Antragstellung angehöre. Als Tag der Antragstellung gelte das Datum des Behandlungsplanes.

Am 1. Juli 1992 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Marburg erhoben und geltend gemacht, daß bei der Frage der Kostentragung nach § 37 Abs. 2 und 3 BSHG auf den Zeitpunkt der Behandlung abzustellen sei. Zu jenem Zeitpunkt (29. August 1991) sei der Beigeladene erwerbstätig und demzufolge bei der Beklagten pflichtversichert gewesen. Damit sei die Beklagte zuständiger Leistungsträger.

Die Beklagte hat demgegenüber auf ein "Übereinkommen über die Zuständigkeit für die Gewährung von Zahnersatz bei Kassenwechsel vom 1. September 1956" verwiesen. Hiernach solle aus praktikablen Gründen als "Tag der Antragstellung" für die Gewährung von Zahnersatz das Datum des Behandlungsplanes gelten. Schließlich sei auch der Versicherungsfall in dem Zeitraum eingetreten, in dem der Beigeladene Leistungen nach dem BSHG erhalten habe. Mit Urteil vom 2. November 1993 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, dem Kläger die Kosten für die nach dem 22. Juli 1991 dem Beigeladenen aufgrund des Heil- und Kostenplanes gewährten Leistungen zu erstatten. Wegen grundsätzlicher Bedeutung hat das Sozialgericht die Berufung zugelassen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, daß der Kläger als Sozialhilfeträger gegenüber dem Beigeladenen gemäß § 37 BSHG zur Eingliederung eines Zahnersatzes im Rahmen der Krankenhilfe verpflichtet gewesen sei. Diese Verpflichtung sei, wie sich aus § 2 Abs. 2 BSHG ergebe, als nachrangig anzusehen. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft des Beigeladenen bei der Beklagten habe das für eine Leistungspflicht der Beklagten erforderliche Versicherungsverhältnis bestanden. Der somit eingetretene Leistungspflicht stehe nicht entgegen, daß bereits vor diesem Zeitpunkt der Heil- und Kostenplan aufgestellt worden sei und der Kläger, nicht die Beklagte, diesen bewilligt habe. Insoweit gelte im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung der Grundsatz, daß Versicherungsschutz auch für Krankheiten bestehe, die bereits vor Beginn des Versicherungsverhältnisses vorgelegen hätten. Im übrigen sei für die Frage der Leistungspflicht der Zeitpunkt der tatsächlichen Leistung entscheidend. Die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen gelte nicht für die Sozialhilfeträger. Die in dieser Vereinbarung getroffene Regelung für den Fall des Kassenwechsels könne nicht auf den Vorliegenden Fall Anwendung finden.

Gegen das am 29. Dezember 1993 zugestellte Urteil hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 21. Januar 1994 - eingegangen bei dem Hessischen Landessozialgericht am 24. Januar 1994 - Berufung eingelegt. Die Beklagte vertritt weiterhin die Auffassung, daß maßgeblicher Zeitpunkt für den Versicherungsfall die Aufstellung des Heil- und Kostenplanes sei. Diese Vorgehensweise sei übliche Verwaltungspraxis. Auch das Sozialgericht Kassel habe in einem Urteil vom 27. Oktober 1992 - S-12/Kr-675/92 - diese Ansicht geteilt.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 2. November 1993 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Beigeladene, der im Termin zur mündlichen Verhandlung weder erschienen noch vertreten war,
stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird im übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung konnte der Senat trotz Abwesenheit des Beigeladenen aufgrund mündlicher Verhandlung entscheiden, weil der Beigeladene in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist (§§ 110, 124 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt sowie an sich statthaft, da das Sozialgericht die Berufung zugelassen hat (§§ 151 Abs. 1, 144 Abs. 1 1. Halbsatz SGG). An die Zulassung ist der Senat gebunden (§ 144 Abs. 3 SGG).

Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat zu Recht die gemäß § 54 Abs. 5 SGG echte Leistungsklage für zulässig angesehen. Da es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt (Erstattungsstreit unter juristischen Personen des öffentlichen Rechts), war die sofortige Klageerhebung zulässig (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl., § 54 Rdnr. 41). Das Sozialgericht hat zu Recht der Klage stattgegeben und die Beklagte dem Grunde nach zur Erstattung der Kosten für die dem Beigeladenen nach dem 22. Juli 1991 gewährten Leistungen (Eingliederung von Zahnersatz) verurteilt.

Rechtsgrundlage des Erstattungsanspruchs ist § 104 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Verfahren - (SGB X). Danach ist, wenn ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne daß die Voraussetzungen von § 103 Abs. 1 SGB X vorliegen, der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit dieser Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre (Satz 2). Sonstige Vorschriften der §§ 102 ff. SGB X sind als Anspruchsnorm nicht einschlägig; weder hat der Kläger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufige Sozialleistungen erbracht (§ 102 Abs. 1 SGB X) noch ist der Anspruch des Beigeladenen gegen den Kläger nachträglich entfallen (§ 103 Abs. 1 SGB X). Eine vorläufige Sozialleistung steht vorliegend schon deshalb nicht infrage, weil der Kläger, jedenfalls im Verhältnis zu der beklagten Krankenkasse als einem Versicherungsträger, nicht (wie das § 102 SGB X u.a. voraussetzt) aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet war, "vorläufig" Sozialleistungen zu erbringen. Die Sozialhilfe ist nämlich insgesamt nach § 2 Abs. 2 BSHG gegenüber der Sozialversicherung nachrangig. Für diesen Fall bestimmt aber § 104 Abs. 1 SGB X, daß der dem Berechtigten vorrangig leistungspflichtige Sozialleistungsträger dem nachrangig verpflichteten Träger, der tatsächlich Leistungen erbracht hat, erstattungspflichtig ist. Mag die Leistungspflicht der Sozialhilfeträger auch besonders ausgestaltet sein, so bleiben die Leistungen doch immer im Verhältnis zu einem vorrangig verpflichteten Träger die eines nachrangig Verpflichteten; sie sind keine vorläufigen Leistungen eines unzuständigen Trägers, der nur nach besonderen gesetzlichen Regelungen zu vorläufigen Leistungen verpflichtet ist, wie etwa nach § 43 SGB I (vgl. BSG, Urt. vom 27. Juni 1985 - 8 RK 34/84 -, SozR 2200 § 182 b RVO Nr. 32).

Schließlich greift auch § 105 SGB X nicht ein, der dem unzuständigen Leistungsträger, der Sozialleistungen erbracht hat, einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Leistungsträger zugesteht. Die Voraussetzungen des § 105 SGB X sind deshalb nicht gegeben, weil der Beigeladene seit dem 20. Dezember 1990 im Leistungsverhältnis zu dem Kläger als Sozialhilfeträger stand und dieser wegen Bedarfs Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG an den Beigeladenen erbracht hat. War damit aber der Kläger als Sozialhilfeträger zur Erbringung einer derartigen Leistung im Bedarfsfall verpflichtet, scheidet die Anwendung des § 105 SGB X selbst dann aus, wenn die Leistung rechtswidrig gewesen wäre (vgl. BSG, Urt. vom 25. Januar 1994 - 7 RAR 42/93 -, SozR 3-1300 § 104 SGB X Nr. 8).

Hieraus folgt, daß ein Anspruch des Klägers nur aus [§ 104 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) gegeben sein kann. Diese Vorschrift geht also von nebeneinander bestehenden Leistungspflichten (mindestens) zweier Leistungsträger aus, wobei die Verpflichtung eines der Leistungsträger entweder wegen System- oder wegen Einzelanspruchssubsidarität der Leistungspflicht des anderen nachgeht (vgl. BSG a.a.O., m.w.N.); ersteres gilt für den Bereich der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 2 BSHG). Der erstattungspflichtige Leistungsträger muß zur Erfüllung eines ihm gegenüber bestehenden Leistungsanspruchs des Berechtigten verpflichtet gewesen sein. Eine solche Verpflichtung bejaht der Senat. Sie ergibt sich aus drei Gesichtspunkten, nämlich der Subsidiarität der Sozialhilfe schlechthin, der kraft Gesetzes entstehenden Leistungspflicht der Krankenkasse im Verhältnis zu seinen Mitgliedern sowie nach Aufgabe, Sinn und Zweck des Heil- und Kostenplanes bei zahnärztlicher Behandlung (Zahnersatz). Wie ausgeführt, gilt für den Bereich der Sozialhilfe der Grundsatz der Systems subsidiarität nach § 2 Abs. 2 BSHG, die im vorliegenden Falle anzunehmen ist. Der Beigeladene hatte nämlich zum Zeitpunkt der zahnärztlichen Leistungserbringung am 29. August 1991 einen originären gesetzlichen Anspruch gegenüber der Beklagten, weil er seit dem 22. Juli 1991 pflichtversichertes Mitglied der Beklagten geworden war. Die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse beginnt für die Versicherungspflichtigen Arbeitnehmer kraft Gesetzes mit dem Tage des Eintritts in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ([§ 186 Abs. 1 SGB V](#)). Die Mitgliedschaft entsteht unabhängig davon, ob Beiträge gezahlt worden oder, bei Versicherungspflichtigen, ob diese angemeldet worden sind. Insoweit gilt, daß ein Versicherter mit Eintritt als Versicherungspflichtiger in die gesetzliche Krankenversicherung auch hinsichtlich aller Vorerkrankungen versichert ist. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft hat der Versicherte auch für schon bestehende Krankheiten einen Leistungsanspruch erworben. Es gibt keinen Leistungsausschluß und keine Wartezeiten. Für Versicherungspflichtige folgt dies auch aus Wesen und Funktion einer Pflichtversicherung: Wer beim Vorliegen bestimmter Tatbestände kraft Gesetzes versichert ist, muß einen Anspruch auf prinzipiell volle Absicherung seines Krankheitsrisikos haben (vgl. Höfler, in Kasseler Kommentar, Stand: Mai 1994, [§ 11 SGB V](#) Rdnr. 5). Für den vorliegenden Fall folgt hieraus, daß der Beigeladene ab 22. Juli 1991 als Pflichtversicherter gegenüber der Beklagten Anspruch auf zahnärztliche Behandlung hatte. Auszunehmen ist lediglich die Behandlung vom 4. Juli 1991, als der Beigeladene noch im Leistungsbezug des Klägers als Sozialhilfeträger stand.

Die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, daß der Beigeladene am "Tag der Antragstellung" (die Beklagte legt insoweit das Datum des zahnärztlichen Heil- und Kostenplanes zugrunde) noch nicht ihr Mitglied gewesen sei. Der Heil- und Kostenplan ist für die Leistungspflicht des zuständigen Versicherungsträgers nicht konstitutiv. Zur Begründung eines Leistungsanspruchs ist grundsätzlich keine vorherige Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes erforderlich (vgl. Peters, Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: März 1993, [§ 30 SGB V](#) Rdnr. 21). Sinn und Zweck dieses Heil- und Kostenplanes ist es, der Krankenkasse eine tatsächliche Grundlage für eine im voraus getroffene Entscheidung über die Kostenübernahme zur Verfügung zu stellen. Denn die Inanspruchnahme von Leistungen seitens der Berechtigten ist in zwei Arten möglich. Zum einen kann der Versicherte Leistungen unmittelbar in Anspruch nehmen, andererseits ist Krankenhilfe in Form der Bewilligung (mittels Verwaltungsakt) durch die Krankenkasse möglich. Der bei einer Bewilligung notwendige Antrag ist keine materiell-rechtliche Anspruchsvoraussetzung, sondern hat nur verfahrenseinleitende Wirkung (vgl. Höfler, a.a.O., [§ 15 SGB V](#) Rdnr. 13). Bei der Versorgung mit Zahnersatz bestehen allerdings Besonderheiten. Hierbei muß ein besonderes Verfahren eingehalten werden. Dieses ist in der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte) im einzelnen geregelt. Die Vereinbarung ist ungeachtet der Einführung des [§ 30 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. Januar 1989 inhaltlich nicht überholt. Sie sieht vor, daß der Zahnarzt vor dem Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan erstellt und diesen der Krankenkasse zuleitet. Auf Antrag der Krankenkasse wird der Heil- und Kostenplan von Gutachtern überprüft, die gemeinsam von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse bestellt sind. Vor der Entscheidung, ob sie den vorgelegten Heil- und Kostenplan ohne Gutachterverfahren genehmigen oder ein solches Verfahren einleiten soll, kann die Krankenkasse entsprechend [§ 21 SGB X](#) Ermittlungen anstellen, insbesondere darf sie eigene Sachverständige zur Notwendigkeit der geplanten prothetischen Maßnahme befragen (Höfler, a.a.O., [§ 30 SGB V](#) Rdnr. 25). Der Heil- und Kostenplan dient also der besseren Kostentransparenz und Überprüfung der wirtschaftlich notwendigen Leistungen (vgl. Haus, Die Einführung der Kostenerstattung im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1993, S. 75). Mit der Behandlung wird konkret erst begonnen, wenn die erste im Heil- und Kostenplan vorgesehene zahnärztliche Maßnahme in Angriff genommen wird; die Erstellung des Heil- und Kostenplanes durch den Zahnarzt genügt hierzu nicht (vgl. Höfler, a.a.O., [§ 310 SGB V](#) Rdnr. 7). Die bloße ärztliche Feststellung des Leistungsbedarfs ist also nicht konstitutiv für eine nachfolgende Leistungsverpflichtung. Der hiernach bestehende Leistungsanspruch ist demzufolge erst mit der Eingliederung des Zahnersatzes erfüllt. Da der Beigeladene zum Zeitpunkt der Eingliederung schon pflichtversichertes Mitglied der Beklagten war, ist die Beklagte nunmehr zur Erstattung der Kosten an den Kläger verpflichtet.

Die Verpflichtung der Beklagten ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil eine Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 1. September 1956 eine andere Zuständigkeitsregelung enthält. Bereits das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, daß diese Vereinbarung unmittelbar nur eine Bindungswirkung zwischen den Vertragspartnern herstellen konnte. Die Sozialhilfeträger und damit auch der Kläger waren jedoch an diesem Übereinkommen nicht beteiligt, so daß sich die Beklagte schon aus diesem Grunde nicht auf dieses Übereinkommen berufen kann. Der Senat nimmt insoweit auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-08