

L 11 KR 3718/08 KL

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 3718/08 KL

Datum

19.05.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Satzungsbestimmung, die einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(§ 65a SGB V) regelt, muss auch einen Nachweis (Bescheinigung) vorsehen, mit dem

die Versicherten belegen, dass sie regelmäßig Leistungsangebote der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird auf 5.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die aufsichtsbehördliche Genehmigung einer Satzungsänderung (32. Satzungenachtrag).

Die Klägerin ist eine bundesweit tätig geschlossene Betriebskrankenkasse mit Sitz in S., die der Aufsicht durch die Beklagte unterliegt. Ihr Verwaltungsrat beschloss am 29. Mai 2008 im Rahmen einer ordentlichen Sitzung den 32. Nachtrag zur Satzung vom 26. April 2001. Die beschlossene Satzungsänderung regelt die Ausgestaltung und Umsetzung des Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten der Klägerin. Der Nachtrag zur Satzung lautet wie folgt: § 13a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus. Ausgeschlossen vom Bonussystem sind noch nicht volljährige familienversicherte Kinder. II. Der Anspruch auf den Versicherten-Bonus ist abhängig von der Inanspruchnahme gesetzlich vorgesehener Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten; von der Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Leistungen zur primären Prävention; vom Nachweis eigenverantwortlicher gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Zu den o. g. Maßnahmen kann auch die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen der D. AG gehören. Hierzu zählen alle Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem Zeitumfang ab 1,5 Stunden. III. Die Bonuszahlung wird den Versicherten dann gewährt, wenn innerhalb eines Kalenderjahres eine Mindestanzahl von nachweispflichtigen, gesundheitsfördernden Maßnahmen - darunter zielgruppenspezifische Pflichtmaßnahmen - erfüllt wurden. Die Versicherten wählen aus einer vorgegebenen Maßnahmenliste: 1. Pflichtmaßnahmen: Der Versicherte nimmt an allen nach § 25 SGB V vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen teil. Der Versicherte nimmt mindestens einmal jährlich eine zahnärztliche Untersuchung in Anspruch.

Der Versicherte hat die von der Betriebskrankenkasse nach § 20 d SGB V in Verbindung mit § 12 Abs. III der Satzung gewährten Schutzimpfungen, Tetanus/Diphtherie (alle zehn Jahre) und Polio (alle 10 Jahre), in Anspruch genommen. 2. Zwei Maßnahmen aus aktivem, präventivem Verhalten: a) Die/der Versicherte treibt regelmäßig Sport: - Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem Sportverein - Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft in einem qualitätsgesicherten Fitness-Studio - Nachweis durch Sportabzeichen b) Die/der Versicherte nimmt an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen (Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, Genuss- und Suchtmittelkonsum) teil. Nachweis durch: - Teilnahme an einer BKK-Aktivwoche - Teilnahme an einer ambulanten Vorsorgemaßnahme (ohne BKK-Zuschuss) - Teilnahme an einem BKK Well-Aktiv-Wochenende Teilnahme an einer D.-Gesundheitsförderungsmaßnahme (z. B. Gesundheitstrainings, Kurse, Trainingsmaßnahmen). - Teilnahme an Gesundheitskursen (§ 20 SGB V)

3. Zwei individuelle Screeningmaßnahmen oder empfohlene, kostenpflichtige Vorsorgemaßnahmen:

a) Gefordert ist die Eigeninitiative zur persönlichen Gesundheitsvorsorge. Hierzu gehören:

- Sehtest - Hörtest - Lungenfunktionstest - Puls-/Blutdruckmessung - Blutzuckermessung Weitere Impfungen (z. B. Gripeschutz, Zeckenschutz) - Weitere vom Werksärztlichen Dienst angebotenen Vorsorgeleistungen b) Individuelle Vorsorgeleistungen beim Arzt/Zahnarzt (mit Kosten verbundene Zusatzleistungen (IGeL) - Professionelle Zahnreinigung - Sportmedizinische Untersuchung (z. B. Sporttauglichkeitsuntersuchung) - Reisemedizinische Untersuchung inkl. Impfungen Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Versicherten durch eine Bestätigung des Arztes bzw. des Anbieters der Leistung nachgewiesen.

Der Bonus wird dem Versicherten als einmaliger jährlicher Bonus in Höhe von 100,- EUR gewährt, wenn durch Vorlage der Bonuskarte dokumentiert wurde, dass die Voraussetzungen vollständig erfüllt wurden.

Die Änderung der Satzung tritt zum 01. Juli 2008 in Kraft.

Durch den 32. Satzungsantrag wurde die von der Beklagten am 20. Mai 2008 (30. Satzungsantrag) genehmigte Bonusregelung "Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Versicherten durch eine Bestätigung des Arztes bzw. des Anbieters der Leistung nachgewiesen" gestrichen.

Die Klägerin hat die beschlossene Änderung der Satzung der Beklagten am 02. Juni 2008 zur Genehmigung vorgelegt und zugesichert, regelmäßig Stichproben vorzunehmen, um die Angaben der Versicherten auf Plausibilität zu prüfen.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 08. Juli 2008 die Genehmigung des 32. Nachtrags zur Satzung mit der Begründung versagt, eine Eigenquittierung sei nicht zulässig, da sie keinen adäquaten Nachweis darstelle. Ein Eigenbeleg sei nichts weiter als eine Behauptung. Ein Beleg könne daher nur durch einen hierzu befähigten Dritten, d.h. ausschließlich durch den Leistungserbringer erfolgen.

Gegen den am 10. Juli 2008 zugestellten Bescheid hat die Klägerin am 04. August 2008 Klage beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben und zu deren Begründung vorgetragen, die Beklagte habe mit der Versagung der beantragten Genehmigung der Satzungsbestimmung ihr Aufsichtsrecht überschritten und ermessensfehlerhaft gehandelt. Ihre Intention sei es gewesen, bürokratische Hürden für die Versicherten abzubauen. Man vertraue in diesem Zusammenhang auf die Richtigkeit der Angaben der Versicherten und würdige zugleich die Eigeninitiative zur persönlichen Gesundheitsvorsorge. Sie knüpfe damit an das Vorgängerprogramm "Fitmach Bonus" an, das zum 31. Dezember 2007 ausgelaufen sei. Vor diesem von der Beklagten genehmigten Programm habe sie bereits auf die Vorlage von entsprechenden Nachweisen verzichtet. In den vier Jahren Laufzeit des Programms sei dies zu keinem Zeitpunkt beanstandet worden. Das Angebot solle möglichst niedrigschwellig sein, auch um die Versicherten zu einem reflektierten, eigenverantwortlichen gesundheitlichen Verhalten zu animieren. Bürokratische Hürden in Form von Teilnahmenachweisen wirkten hier eindeutig kontraproduktiv. So solle den Versicherten nicht zugemutet werden, für das Einholen einer Unterschrift ihres Arztes eine Gebühr zu bezahlen. Mit einem eher "schlank" gehaltenen Programm könne eine weitaus größere Zahl von Versicherten erreicht werden. Hierin liege kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 08. Juli 2008 zu verpflichten, den vom Verwaltungsrat am 29. Mai 2008 beschlossenen 32. Satzungsantrag zur Satzung vom 26. April 2008 zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat darauf verwiesen, dass der in Rede stehende 13. Satzungsantrag zu Unrecht in der vorgelegten Fassung genehmigt worden sei. Die Klägerin hätte die Regelung um den Hinweis auf das Erfordernis der Quittierung durch Arzt/Leistungserbringer ergänzen müssen. In vergleichbaren Fällen werde in ständiger Verwaltungspraxis sichergestellt, dass stets ein Zusatz in der Satzungsregelung der Krankenkassen eingefügt werde, der die Quittierung durch den Leistungserbringer/Arzt vorsehe. Sofern dies nicht der Fall sei (wie in der Mehrzahl der Fälle), seien die betroffenen Krankenkassen im Rahmen der Satzungsprüfung auf die fehlende Genehmigungsfähigkeit hingewiesen worden. Die betroffenen Krankenkassen hätten sich dann durchgängig mit dieser Satzungsänderung einverstanden erklärt. Vorliegend handele es sich bislang um den einzigen Fall, in dem die Aufforderung der Beklagten über die Aufnahme des Hinweises unterblieben sei. Da in der Folgezeit keine Änderungen an der Bonusregelung erfolgt wären, habe man den Mangel zunächst nicht entdeckt. Erst bei der Vorprüfung des 30. Nachtrags sei dies im Januar 2008 deutlich geworden. Im Zuge dessen habe die Klägerin auch bei der Neufassung der Bonusregelung des 30. Nachtrages eine dementsprechende Bestimmung vorgesehen, so dass sich seit dem 01. Januar 2008 die Bonusregelung im Einklang mit § 65a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) befinde. Der 32. Satzungsantrag würde demgegenüber die rechtswidrige Sachlage zum Zeitpunkt der Geltung des 13. Satzungsantrages wiederherstellen. Die Satzungsautonomie der Kassen sei durch die gesetzlichen Vorgaben eingeschränkt. Es müsse sich um qualitätsgesicherte Maßnahmen handeln, die regelmäßig in Anspruch zu nehmen seien. Das werde durch Quittierung von Leistungsanbieter bzw. Arzt nachgewiesen. Das Erfordernis des Nachweises gehe bereits aus der Gesetzesbegründung hervor. Eine Eigenquittierung durch den Versicherten sei demgegenüber nicht geeignet, da es sich um eine bloße Behauptung handele, dass eine Leistung in Anspruch genommen werde. Andernfalls werde nicht ausreichend sichergestellt, dass auch tatsächlich Vorsorge betrieben werde, was wiederum nicht Sinn und Zweck der Bonusprogramme sei. Ob eine Untersuchung tatsächlich die Voraussetzungen des § 25 SGB V erfülle, könne nicht der Versicherte, sondern letztlich nur der durchführende Arzt zutreffend und rechtsverbindlich bestätigen. Solche Nachweise würden auch im Bonusheft nach § 55 SGB V oder im Impfpass verlangt werden. Auch in diesen gleichgelagerten Fällen sei die Quittierung durch den Versicherten nicht statthaft. Dies gelte auch dann, wenn eine Kostenbeteiligung durch den Versicherten notwendig werde. Ob überhaupt Kosten anfielen, liege im Ermessen der Ärzte, bei anderen Leistungsanbietern fielen in der Regel keine Kosten an. Diese bewegten sich im Bereich von ca. 5,- EUR je Bescheinigung. Demgegenüber erhalte der Teilnehmer einen Bonus ausgezahlt, der die ggfs. anfallenden Kosten abdecke. Insofern könne nicht von zusätzlichen bürokratischen Hürden ausgegangen werden. Die Klägerin könne sich auch nicht auf Gleichbehandlungsgründe stützen. Das folge auch aus dem allgemeinen Rechtsgrundsatz, wonach "keine Gleichheit im Unrecht" bestehe. Die Genehmigung des Satzungsantrags sei damit zu Recht versagt worden.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Für die Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet, zuständiges Gericht ist das LSG Baden-Württemberg. Denn nach § 29 Abs. 2 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug über Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung und ihren Verbänden, gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, bei denen die Aufsicht von einer Landes- oder Bundesbehörde ausgeübt wird.

In der Sache ist die von der Klägerin erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§ 124 Abs. 2 SGG), auch die richtige Klageart. Denn eine Krankenkasse darf neben der Aufhebung der Versagung einer Satzungsgenehmigung die Verpflichtung der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung beantragen (Schleswig-Holsteinisches LSG 13.06.2000, L 1 KR 42/99, Breith. 2000, 989). Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung die Zulässigkeit einer Klage bejaht, die über die Aufhebung des Versagungsbescheides der Aufsichtsbehörde auf die Vornahme einer begünstigenden Aufsichtsordnung gerichtet ist, wenn die Aufsichtsbehörde diese abgelehnt hat und der Versicherungsträger geltend macht, dass er auf Vornahme dieses Aktes einen Rechtsanspruch habe (BSG SozR 3-2500 § 241 Nr. 1). Dabei hat es offen gelassen, ob es sich bei der Klage um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß § 54 Abs. 1 SGG oder um eine Aufsichtsklage gemäß § 54 Abs. 3 SGG handelt. Dieser Rechtsprechung schließt sich der erkennende Senat an.

Schließlich bedarf es der Durchführung eines Vorverfahrens nach § 78 Abs. 1 Nr. 2 SGG nicht.

Die damit insgesamt form- und fristgerecht eingelegte Klage ist zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte war berechtigt, dem 32. Satzungsantrag der Klägerin die nach § 34 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) i.V.m. § 195 Abs. 1 SGB V erforderliche Genehmigung der Satzungsänderung zu versagen. Die Ablehnung der Genehmigung verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten, da die Änderung des § 13a der Satzung wegen der Unvereinbarkeit mit höherrangigem Recht nicht genehmigungsfähig ist.

Nach § 195 Abs. 1 SGB V bedarf die Satzung einer Krankenkasse und ihre Änderungen der Genehmigung der Behörde, die für die Genehmigung der Satzung der Krankenkasse zuständig ist (vgl. zum Folgenden BSG 07.11.2000, B 1 A 4/99 R, SozR 3-3300 § 47 Nr. 1). Durch den Genehmigungsvorbehalt soll sichergestellt werden, dass sich die Satzung mit dem Gesetz und dem sonstigen für die Krankenkasse maßgebenden Recht in Einklang befindet. Dagegen unterliegt die Zweckmäßigkeit der vom Verwaltungsrat der Kasse beschlossenen Satzungsregelungen grundsätzlich nicht der Prüfung durch die gemäß § 195 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 90 SGB IV zuständige Aufsichtsbehörde. Diese behördliche Genehmigung von Satzungsbeschlüssen ist keine Maßnahme der allgemeinen Rechtsaufsicht, sondern Mitwirkung des Staates an der autonomen Rechtsetzung des Sozialversicherungsträgers. Wie das BSG in anderem Zusammenhang wiederholt ausgeführt hat, sollen der Aufsichtsbehörde durch die Aufstellung von Genehmigungserfordernissen (vgl. neben dem allgemeinen Genehmigungsvorbehalt für Satzungen in § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB IV die Beispiele in § 41, § 85 Abs. 1, § 86 SGB IV) regelmäßig besondere, über die bloße Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehende Einwirkungsmöglichkeiten eröffnet werden, um ihr die Sicherstellung einer die Belange der Versichertengemeinschaft und der staatlichen Sozialversicherung als Ganzes berücksichtigenden sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch den Versicherungsträger zu ermöglichen. Bei der Ausübung solcher Mitwirkungsrechte darf die Behörde deshalb je nach dem Gegenstand der Entscheidung in begrenztem Umfang auch Zweckmäßigkeitserwägungen zur Geltung bringen (so BSG SozR 3-2400 § 41 Nr. 1). Das gilt aber da nicht, wo das Gesetz die Mitwirkungsbefugnisse auf eine Rechtskontrolle beschränkt. Letzteres ist bei den Satzungen von Krankenkassen der Fall. Hier hat die Aufsichtsbehörde bei der Genehmigung der Satzung keinen Ermessensspielraum, sondern darf lediglich eine Rechtsprüfung vornehmen (BSG SozR 3-2500 § 240 Nr. 8). Denn jedenfalls für den Bereich der Krankenversicherung sollte die seit jeher bestehende Beschränkung der Prüfungsbefugnisse der Aufsichtsbehörde zugunsten des Selbstverwaltungsrechts der Krankenkassen beibehalten werden (in diesem Sinne Peters in: Kasseler Kommentar, Stand: 2008, § 195 SGB V RdNr. 4).

Ausgehend hiervon hat sich die Beklagte zutreffend auf eine Rechtskontrolle beschränkt und der Klägerin die erforderliche Genehmigung der Satzungsänderung zu Recht versagt. Denn die Streichung in § 13a der ersten Nachtrags zur Satzung der Klägerin ("Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Versicherten durch eine Bestätigung des Arztes bzw. des Anbieters der Leistung nachgewiesen") verstößt gegen die gesetzliche Ausgestaltung des Leistungs- und Beitragsrechts des SGB V, da die Regelung der Ermächtigungsgrundlage des § 65a Abs. 1 SGB V nicht genügt, die hier allein in Betracht kommt.

Nach § 65a Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist. Die Vorschrift beschränkt die Regelungsbefugnis des Satzungsgebers hinsichtlich der Voraussetzungen, an die der finanzielle Vorteil geknüpft ist. Die Krankenkasse hat einen Gestaltungsspielraum bei der Auswahl der genannten Präventionsleistungen und den Anforderungen an die Regelmäßigkeit.

Durch den Verzicht auf jeglichen kontrollierbaren Nachweis, ob ihre Versicherten regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 26 SGB V) oder Leistungsangebote der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, hat die Klägerin diesen Gestaltungsspielraum überschritten. Denn jedenfalls ist in der Satzung festzulegen, dass die Teilnahme an den Programmen durch eine Bescheinigung nachgewiesen werden muss (so Koch in: jurisPK-SGB V, § 65a RdNr. 5). Dadurch wird die Regelmäßigkeit der in Anspruchnahme der in § 65a Abs. 1 genannten Leistungen nachgewiesen, was in der Regel nur durch eine schriftliche Bescheinigung möglich ist (so Höfler, in: Kasseler Kommentar, Stand 2005, § 65a RdNr. 5).

Andernfalls könnte es zu einem Missbrauch der Bonusregelung kommen, wenn der Versicherte sich selbst bescheinigen kann, dass er über

eine Eigenquittierung in den Genuss von finanziellen Vergünstigungen durch die Bonusregelung kommt. Diese Gefahr kann nicht mit dem lapidaren Hinweis auf einen Bürokratieabbau gerechtfertigt und in Kauf genommen werden, zumal es nach dem unbestrittenen Vortrag der Beklagten allen anderen Krankenkassen gelingt, eine andere Verwaltungspraxis ständig durchzuführen, die Klägerin vielmehr als einzige Krankenkasse von diesen Gepflogenheiten, die sie selbst wieder nach der 30. Satzungsänderung praktiziert, abweichen will. Eine solche Regelung ist auch nicht in Übereinstimmung damit zu bringen, dass von dem Versicherten auch eine eigene Quittierung in den Fällen des § 55 SGB V oder im Impfpass nicht gestattet ist.

Ein solcher Verzicht auf einen kontrollierbaren Nachweis ist auch mit den Pflichten der Klägerin gegenüber den anderen Versicherten auf ordnungsgemäße Verwendung der Versichertenbeiträge nicht zu vereinbaren, zumal es bei den Bonusleistungen im Ergebnis zu Einsparungen bei den Leistungsausgaben kommen soll, so dass sich die Boni nach einer gewissen Anlaufphase selbst finanzieren (vgl. Krauskopf, Kommentar zur sozialen Kranken- und Pflegeversicherung, § 65a RdNr. 10 ff.). Für ihre Behauptung, dass dadurch eine größere Zahl von Versicherten tatsächlich zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten angehalten werden kann, ist die Klägerin jeglichen Nachweis schuldig geblieben, obwohl sich dies ohne weiteres nach der 30. Satzungsänderung, wo man wieder zu den Nachweispflichten zurückgekehrt war, hätte bemerkbar machen müssen.

Das Erfordernis einer Quittierung durch Ärzte/Leistungserbringer folgt letztendlich auch daraus, dass § 65 a Abs. 1 Satz 1 SGB V ausdrücklich normiert, dass es sich um qualitätsgesicherte Maßnahmen handeln muss, die regelmäßig in Anspruch zu nehmen sind. Diese Qualitätssicherung ist ohne qualifizierten Nachweis der Inanspruchnahme der Leistung nicht ausreichend sichergestellt.

Dass der Nachweises durch Quittierung vom Leistungsanbieter bzw. Arzt zu erbringen ist, ergibt sich schließlich aus der Gesetzesbegründung zur Einführung des § 65 a SGB V (BT-Drs. 15/1525 zu § 65 a SGB V, S. 95), wonach "die Teilnahme an den genannten Programmen durch eine Bescheinigung nachgewiesen werden muss". Eine Bescheinigung kann sich aber der Versicherte nicht selbst ausstellen.

Den Voraussetzungen, die an einen Nachweis der Inanspruchnahme der Leistungen zu stellen ist, trägt damit der 32. Satzungsnachtrag der Klägerin insgesamt nicht ausreichend Rechnung. Die vorgesehene Eigenquittierung ist nicht geeignet zur Darlegung der Voraussetzungen der Bonusregelung. Es handelt sich auch zur Überzeugung des Senats um eine bloße Behauptung, dass eine Leistung in Anspruch genommen wurde. Dadurch ist aber nicht ausreichend sichergestellt, dass tatsächlich Vorsorge betrieben wurde. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf verwiesen, dass der Versicherte auch gar nicht konkret in der Lage ist, eine Aussage darüber zu treffen, ob die ärztlichen Untersuchungen tatsächlich die Voraussetzungen des § 25 SGB V erfüllen. Dies kann letztlich nur vom durchführenden Arzt zutreffend beurteilt und verbindlich bestätigt werden.

Die Klage der Klägerin konnte demnach keinen Erfolg haben, wobei die Kostenentscheidung auf §§ 197a Abs. 1 SGG, 154 Abs. 1 VwGO. beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf den §§ 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz, 197a Abs. 1 Satz 1 SGG, wobei der Senat hier mangels anderweitiger Anhaltspunkte den Regelstreitwert zugrunde gelegt hat.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-06-02