

L 4 KR 110/05

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 47 KR 1254/04
Datum
09.03.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 110/05
Datum
23.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. März 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, Kosten zu erstatten, die der Klägerin und ihrem Ehemann in der Vergangenheit für die Behandlung durch den seit 30.03.2004 nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarzt (Sohn der Kläger) zu erstatten und zuzusagen, in Zukunft die Kosten zu erstatten.

Die 1932 geborene Klägerin und der 1927 geborene und am 05.12.2006 verstorbene frühere Kläger, dessen Rechtsnachfolgerin die Klägerin ist, sind bzw. waren bei der Beklagten pflichtversichert. Sie haben nicht Kostenerstattung gewählt.

Mit Schreiben vom 11.05.2004 haben sie bei der Beklagten die Zustimmung zur Inanspruchnahme eines Privatzahnarztes gemäß § 13 Abs.2 Satz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V beantragt. Die Beklagte hat den Antrag jeweils mit Bescheid vom 02.06.2004 abgelehnt. Den hiergegen eingelegten Widerspruch begründeten die Kläger damit, die Auffassung der Beklagten sei unzutreffend, dass Versicherte Kostenerstattung gewählt haben müssen, bevor sie einen Antrag auf Zustimmung zur Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt stellen können. Es sei zutreffend, dass nur der Zahnarzt S. als Privatarzt aufgesucht werden solle, die übrigen Krankenbehandlungen weiterhin als Sachleistung beansprucht werden sollten. Der Zahnarzt S. behandle seit 25 Jahren, der Gebisszustand sei gut, deshalb sei sozial und medizinisch veranlasst, ihn weiter zu konsultieren. Der Widerspruch wurde jeweils mit Widerspruchsbescheid vom 20.08.2004 zurückgewiesen. Der Bevollmächtigte der Kläger erhob Klage zum Sozialgericht München. Der Sohn der Kläger habe bis 30.03.2004 als Vertragszahnarzt gearbeitet und aus persönlichen Gründen auf die Zulassung verzichtet. Die Kläger wollten aus naheliegenden Gründen weiter bei ihrem Sohn in Behandlung bleiben. Der Anspruch hierzu bestehe auf der Grundlage von [§ 13 Abs.2 SGB V](#) in Verbindung mit der Satzung der Beklagten und nach Maßgabe europarechtlicher Regelungen. Die Wahl eines nicht zugelassenen Leistungserbringers setze grundsätzlich nicht die Wahl der Kostenerstattung voraus. Die Klägerin habe einen Rechtsanspruch auf Erteilung der Zustimmung aus sozialen Gründen.

Das Sozialgericht hat die beiden Klageverfahren mit Beschluss vom 22.12.2004 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und mit Urteil vom 09.03.2005 die Klagen abgewiesen. Gemäß dem Willen des Gesetzgebers, wie er sich aus der Gesetzesbegründung zu [§ 13 Abs.2 SGB V](#) ergebe, könne der Versicherte lediglich eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf den gesamten ambulanten Bereich vornehmen. Nicht möglich sei danach, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken. Ein Rechtsanspruch ergebe sich auch nicht aus europarechtlichen Regelungen. Eine über [§ 13 Abs.4 SGB V](#) hinausgehende Erstreckung der Kostenerstattungsmöglichkeit auf die Inanspruchnahme von Nichtvertragsbehandlern auch im Inland sei nicht durch Europarecht geboten. Dies hätte nämlich zur Folge, dass das bundesdeutsche System der Trennung von Vertrags(zahn)ärzten und Nichtvertrags(zahn)ärzten in Frage gestellt und somit die Funktionsfähigkeit des vertrags(zahn)ärztlichen Versorgungssystems beeinträchtigt werden würde.

Hiergegen richtet sich die Berufung, die der Bevollmächtigte der Kläger damit begründet, grundsätzlich erfasse [§ 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. Die Voraussetzungen beider Möglichkeiten unterschieden sich grundsätzlich. Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer erfordere nicht die Beantragung von Kostenerstattung, sondern eine Einzelfallentscheidung der Krankenkasse. Dies verkenne das Erstgericht. Es verkenne

auch die Auswirkungen der Rechtsprechung des EuGH, wenn es ausführe, es bestünde keine Veranlassung, eine europarechtskonforme Auslegung des [§ 13 Abs. 2](#) Sätze 4 und [5 SGB V](#) vorzunehmen.

Auf Anforderung des Senats werden drei Rechnungen, den früheren Kläger W. S. betreffend (nämlich vom 13.05.2005 über 280,99 EUR; vom 13.02.2006 über 359,51 EUR und vom 30.05.2006 über 283,19 EUR) sowie drei weitere Rechnungen, die Klägerin betreffend (vom 30.05.2006 über 87,78 EUR; vom 13.05.2005 über 89,03 EUR und vom 09.08.2004 über 48,67 EUR) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt, 1. das Urteil des Sozialgerichts München vom 09.03.2005 sowie die Bescheide der Beklagten vom 02.06.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.08.2004 aufzuheben, 2. die Beklagte zu verurteilen, ihr aus den Rechnungen vom 13.05.2005, 13.02.2006 und 30.05.2006 über EUR 923,69 den satzungsgemäßen Erstattungsbetrag zu bezahlen, 3. die Beklagte zu verurteilen, die Kosten aus den Rechnungen vom 30.05.2006, 13.05.2005 und 09.08.2004 satzungsgemäß zu erstatten, 4. die Beklagte zu verpflichten, künftig noch anfallende Kosten für erforderliche zahnärztliche Behandlungen bei Zahnarzt M. S. satzungsgemäß zu erstatten, hilfsweise, die Beklagte zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts gegenüber der Klägerin über die Erstattung angefallener Kosten satzungsgemäß und einzelfallbezogen zu erstatten, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Mit der Berufungsbegründung wiederhole und vertiefe der Klägerbevollmächtigte im Wesentlichen den bisherigen Vortrag, neue entscheidungserhebliche Gesichtspunkte seien nicht vorgetragen worden.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (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 hatten, die ihnen bei dem Zahnarzt M. S. entstanden sind. Nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) konnten Versicherte anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten (§ 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V). 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 Kostenerstattung 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. Damit entfällt eine Kostenerstattung für alle vorgelegten Rechnungen des Zahnarztes S ...

Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten ergibt sich für die Klägerin auch kein Erstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung. Nach dessen Abs. 2 Satz 1 können Versicherte anstelle der Sach- und 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 dem bis 31.03.2007 geltenden 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 Klägerin also die Erklärung abgab, sie wähle für die zahnärztliche Versorgung Kostenerstattung, könnte die Beklagte im Einzelfall überprüfen, ob sie der Inanspruchnahme des Zahnarztes S. zustimmt, vor der Wahlklärung ist auch nach neuem Recht keine Kostenerstattung möglich. Ob also 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.

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 13.05.2003 beurteilte ([C-385/99](#), Sammlung der Rechtsprechung 2003 S.I-04509). Auch hat das Bundessozialgericht nach diesem Urteil am 16.12.2003 entschieden ([B 1 KR 12/02 B](#)), dass weder der EU-Vertrag noch andere Regelungen des primären und sekundären Europarechts gebieten, aus [§ 13 SGB V](#) bei einem rein deutschen Sachverhalt einen Anspruch für freiwillig Versicherte und ihre familienversicherten Angehörigen herzuleiten, auch die Kosten der Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt erstattet zu erhalten. 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 Vorfall ausschließlich im Inland vollzogen hat.

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

Gründe, die Revision gemäß § 160 zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-02-14