

L 5 KR 224/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 10/11
Datum
09.04.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 224/14
Datum
27.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Gerichte sind nicht ermächtigt, ihre eigene materielle Gerechtigkeitsvorstellung an die Stelle derjenigen des Gesetzgebers zu setzen; vielmehr ist es ihre Aufgabe, den vom Gesetzgeber festgelegten Sinn und Zweck eines Gesetzes zur Geltung zu bringen oder eine planwidrige Regelungslücke zu füllen

I. Auf die Berufung der Klägerin wird die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 09.04.2014 verurteilt, der Klägerin 117,64 EUR zu erstatten.

II. Die Beklagte trägt die Kosten beider Rechtszüge.

III. Der Streitwert der Berufung wird auf 117,64 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten in einem Musterverfahren gemäß [§ 114 a SGG](#) um die Kostenträgerschaft für eine zahnärztliche Vergütung einer Behandlung des Versicherten T. M. (im Folgenden: TM). 1. Der 1990 geborene und in B./Opf. wohnende TM war seit 1.11.2008 auf Grund Beschäftigung gesetzlich krankenversichertes Mitglied der Rechtsvorgängerin der Beklagten, der IKK Thüringen - trotz des Wohnsitzes im Freistaat Bayern. Um die Krankenkasse zu wechseln und Mitglied der Beklagten zu werden kündigte TM am 10.12.2009 "zum 28.2.2010". Die Beklagte bestätigte diese Kündigung durch Schreiben vom 21. und 29.12.2009, wegen der gesetzlichen Mindest-Bindungszeit von 18 Monaten jedoch erst mit Wirkung zum 30.4.2010. Die Wahlrechtserklärung des TM zu Gunsten der Klägerin datiert vom 21.1.2010 und sollte zum 1.3.2010 Wirkung entfalten. Der Arbeitgeber des TM ging von einem Kassenwechsel zum 1.3.2010 aus und erstattete die beitragsrechtlichen Arbeitgebermeldungen für die Zeit 1.3.2010 bis 30.4.2010 gegenüber der Klägerin, welche dieser für die zuständige Einzugsstelle hielt. Tatsächlich waren die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Mitgliedschaftswechsel des TM von der Beklagten zur Klägerin erst zum 30.4./1.5.2010 erfüllt. Im Nachhinein erstellte der Arbeitgeber die entsprechenden Meldekorrekturen am 4.5.2010 sowie 25.6.2010. Die Klägerin war von einem früheren Mitgliedschaftswechsel ausgegangen und stellte am 29.1.2010 eine Krankenversicherungskarte für TM aus. Dieser nahm am 16.4.2010 zahnärztliche Leistungen des Zahnarztes T. F., L-Straße, R. in Anspruch. Wegen der Einzelfalldarstellung der zahnärztlichen Leistung wird auf Blatt 171 der sozialgerichtlichen Akte Bezug genommen, [§§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 2 SGG](#). In der Abrechnung des zweiten Quartals 2010 vergütete die Beigeladene dem Zahnarzt zu Lasten der Klägerin 117,64 EUR. Mit Schreiben vom 23.11.2010 verlangte die Klägerin - ohne Erfolg - von der Rechtsvorgängerin der Beklagten diesen Betrag im Wege der Erstattung einer irrtümlich gewährten Leistung. 2. Mit Klage vom 20.12.2010 zum Sozialgericht München hat die Klägerin dieses Erstattungsbegehren zusammen mit gleichgelagerten Erstattungsverlangen für 23 weitere Versicherte geltend gemacht. Die Beklagte hat eingewandt, die Regelungen gem. [§§ 83, 85 SGB V](#) schlossen eine Erstattung aus. Sie habe eine Gesamtvergütung für alle zahnärztlichen Vergütungen wirksam vereinbart und durchgeführt. Über diesen Gesamtvergütungsbetrag hinaus könne und dürfe sie keine zusätzlichen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen zahlen. Denn mit der Gesamtvergütung seien alle zahnärztlichen Leistungen abgegolten, die für ihre Versicherten im Gesamtvergütungszeitraum erbracht worden seien. Eine Regelung wie in [§ 84 Abs. 4e SGB V](#) bestehe insoweit nicht. Zudem hat die Beklagte vorgebracht, sie habe wirksam für ihre Versicherten eine Kopfpauschale zur Abgeltung der zahnärztlichen Leistungen vereinbart. Dieser Wertung hat die Klägerin unter Vorlage der einschlägigen Vergütungsvereinbarungen widersprochen. Eine Kopfpauschale sei weder dem Wort noch dem Sinn nach vereinbart. Vielmehr errechneten sich die Vergütungen der zugelassenen Zahnärzte nach vereinbarten und fortgeschriebenen Punktwerten. Dazu hat sie die entsprechenden Vereinbarungen vorgelegt, zu deren Inhalt auf Bl. 49 - 70 der sozialgerichtlichen Akte Bezug genommen wird, [§§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 2 SGG](#). Dem widersprechend hat die

Beklagte die Vereinbarungen Anlage 5 (Gesamtvergütungsvereinbarung Zahnärzte - GV-Z - vorgelegt, insoweit wird auf Bl. 74 -134 der sozialgerichtlichen Akte Bezug genommen, [§§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 2 SGG](#)). Das Sozialgericht hat gemäß [§ 114 a SGG](#) den vorliegenden Erstattungsstreit als Musterverfahren behandelt (Beschluss vom 10.12.2012). Mit Urteil vom 9.4.2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Mindesterstattungsgrenze des [§ 110 Satz 2 SGB X](#) für den Erstattungsanspruch nach [§ 105 SGB X](#) sei eingehalten und die Geltendmachung rechtzeitig nach [§ 111 SGB X](#) erfolgt. Allerdings habe die Klägerin dem TM eine Krankenversicherungskarte ausgegeben. Damit müsse sich die Klägerin als zuständiger Träger für die am 16.4.2010 erbrachten zahnärztlichen Leistungen behandeln lassen. Die Klägerin sei ausstellende Behörde und damit verantwortlich für die Richtigkeit der auf der Krankenversicherungskarte mit dem Auge und elektronisch lesbaren Daten. Mit der Karte habe die Beklagte eine Urkunde erstellt, die als Beweis diene, dass TM unter den ausgestellten Personaldaten seinen Wohnsitz in Bayern hatte und Mitglied bei der Klägerin war ([§ 292 Abs. 1](#) und 2 SGB V). Die Tatsache der zu diesem Zeitpunkt noch nicht bestehenden Mitgliedschaft trete dahinter zurück. Das Sozialgericht hat die Berufung zugelassen. 3. Die Klägerin hat ihre dagegen eingelegte Berufung iW damit begründet, dass für einen Sachleistungsanspruch und in der Folge für den entsprechenden Zahlungsanspruch nicht die Versichertenkarte maßgeblich sein könne. Relevant für einen Anspruch nach [§ 105 SGB X](#) sei vielmehr die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse, hier die Mitgliedschaft, die für TM am 16.4.2010 bei der Beklagten bestanden hatte. Die Beklagte hat zur Erwidern ihr bisheriges Vorbringen und ihre bisherige Auffassung bekräftigt. Sie hat zudem betont, dass sie nicht zu erstatten habe, was sie mit der Gesamtvergütung bereits vergütet habe. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 9.4.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 117,64 EUR zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt. Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Verwaltungsakten der Beteiligten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zugelassene, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144, 151 SGG](#)) und begründet. Die Beklagte ist der Klägerin nach [§ 105 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) zur Erstattung von 117,64 EUR verpflichtet.

1. In Auswertung der Akten der Beteiligten sowie der in beiden Instanzen gewechselten Schriftsätze einschließlich der jeweiligen Anlagen ist festzustellen, dass TM notwendige und erforderliche zahnärztliche Leistungen des als Leistungserbringer zugelassenen Zahnarztes T. F., L-Straße, R. am 16.4.2010 als Sachleistungen erhalten hat. Dafür war diesem nach den einschlägigen Vergütungsvereinbarungen entsprechend der von der Beigeladenen erstellten Einzelfalldarstellung anhand der maßgeblichen gültig vereinbarten Punktwerte und Vergütungsstrukturen 117,64 EUR zu zahlen. Diesen Betrag hat die Klägerin direkt im Anschluss an das zweite Quartal 2010 mit befreiender Wirkung in Einhaltung der Regelungen des zahnärztlichen Leistungserbringungs- und Vergütungssystems an die Beigeladene geleistet, welche eine Weiterleitung an den Leistungserbringer veranlasst hat. Dieser Sachverhalt ist auch zwischen den Beteiligten nicht strittig, eine noch weitergehende Prüfung erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG, Urt. v. 21.4.2015 - [B 1 KR 8/15 R](#); BSG SozR 4-2500 § 129 Nr. 7 Rn. 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr. 2 Rn. 15; BSG, SozR 4-5562 § 9 Nr. 4 Rn. 8).

Weiter war - wie zwischen den Beteiligten in gleicher Weise unstrittig - die Klägerin tatsächlich nicht zuständiger Sozialversicherungsträger für die zahnärztliche Leistung vom 16.4.2010. TM war wegen Beschäftigung [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert und rechtlich wirksam zum 1.11.2008 Mitglied der Beklagten geworden. Damit bestand für TM eine Bindungszeit von 18 Monaten, welche erst mit dem 30.4.2010 endete, [§ 175 Abs. 4 SGB V](#). Die Kündigungserklärung des TM vom 10.12.2009 konnte damit frühestens zum 30.4.2010 Wirksamkeit entfalten; die Voraussetzungen eines eher wirkenden Sonderkündigungsrechts - wie Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags - haben nicht vorgelegen, [§ 175 Abs. 4 SGB V](#). Darauf hat die Beklagte TM zweimal hingewiesen. Auch dieser Sachverhalt ergibt sich aus den vorliegenden Akten der Beteiligten und ist zwischen diesen nicht strittig, eine noch weitergehende Prüfung ist auch insoweit nicht veranlasst.

2. An dieser Mitgliedschaft ändert nichts, dass die Beklagte an TM eine Versichertenkarte vorzeitig am 29.1.2010 ausgegeben hat. Die Regelungen zur Versicherungspflicht in [§§ 5 ff SGB V](#) sind bindend. Sie stellen auf die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen ab, hier die Beschäftigung des TM.

In gleicher Weise regeln [§§ 173 ff, 186 ff SGB V](#) bindend die Voraussetzungen der Wahl einer Krankenkasse, den Kassenwechsel sowie Mitgliedschaft einschließlich Beginn und Ende. Keine einzige dieser zwingenden Normen nimmt an irgendeiner Stelle auf die Gesundheits-/Krankenversicherungskarte Bezug oder benennt sie als Voraussetzung einer Mitgliedschaft. Die klare Normenstruktur verbietet es, eine Erweiterung im Wege richterlicher Rechtsfortbildung vorzunehmen. Richterliche Rechtsfortbildung ist von Verfassungs- wegen zwar nicht zu beanstanden, aber nur, wenn sie den erkennbaren Willen des Gesetzgebers nicht beiseite schiebt und durch eine autark getroffene Interessenabwägung ersetzt. Die Gerichte sind nicht ermächtigt, ihre eigene materielle Gerechtigkeitsvorstellung an die Stelle derjenigen des Gesetzgebers zu setzen. Vielmehr ist es ihre Aufgabe, den vom Gesetzgeber festgelegten Sinn und Zweck eines Gesetzes zur Geltung zu bringen oder eine planwidrige Regelungslücke zu füllen (vgl. BVerfG, Urteil vom 11.7.2012 - [1 BvR 3142/07](#), Rn. 74f - zitiert nach Juris).

Die Gesundheits-/Krankenversicherungskarte ist kein Inhaberpapier, eine [§ 793 BGB](#) entsprechende Regelung ist dem SGB unbekannt. Die Karte begründet auch im Rechtsverkehr keine Rechtsscheinhaftung, welche über die genannten Wahl- und Mitgliedschaftsregelungen hinausgehen oder diese modifizieren. Die Regelungen in [§§ 261, 291 a, 292 SGB V](#) bauen vielmehr auf der Mitgliedschaft auf und haben deshalb rechtsdienende, nicht aber rechtsbegründende Funktion.

Ausdrücklich hat das BSG im Urteil vom 12.6.2008 - [B 3 KR 19/07 R](#), Rn. 30 - zitiert nach Juris - nur entschieden, dass zugelassene Ärzte nach Behandlung unter Vorlage der Versichertenkarte gegen Rückforderungen bei Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses nur deshalb geschützt sind, weil die Vertragspartner in § 19 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie in § 25 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen dies so vereinbart haben. Ohne diese Sondervereinbarung, welche ausschließlich das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer betrifft, besteht ein entsprechender Schutz gerade nicht, BSG aaO., Rn. 31 (kein entsprechender Schutz für zugelassene Krankenhäuser).

Dies gilt umso mehr, als es Aufgabe der Klägerin war, ihrem zukünftigen Mitglied TM mit Übertragung der Mitgliedschaftskarte rechtzeitig und lückenlos den Zugang zu den erforderlichen Sachleistungen zu ermöglichen. Denn andernfalls wäre nicht vollständig auszuschließen, dass im Falle einer Erkrankung TM nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig die Leistungen des Gesundheitssystems hätte in Anspruch

nehmen können, welche sein Leben und seine Gesundheit iSd [Art. 2 Abs. 2 GG](#) schützen sollen.

3. Damit steht fest, dass die Klägerin nach [§ 105 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) im Zeitpunkt der Sachleistung am 16.4.2010 die unzuständige Krankenkasse des TM und die Beklagte dessen zuständige Krankenkasse war. Eine eigene Leistung hat die Beklagte nicht erbracht.

Die Ausschluss-Voraussetzungen des [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) waren nicht erfüllt. Die Klägerin hatte nicht bewusst eine vorläufige Leistung erbracht. Sie hatte vielmehr die Zahnarztleistungen und in der Folge die Vergütung in der Annahme einer eigenen Leistungspflicht dem Versicherten TM zur Verfügung gestellt. Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 105 SGB X](#) (vergleichbare Leistungspflichten der betroffenen Träger und zeitliche Kongruenz) waren erfüllt: Die Beklagte hätte TM die notwendige und erforderliche zahnärztliche Behandlung durch T. F. am 16.4.2010 als noch zuständige Mitgliedskasse als Sachleistung erbringen müssen. Die Beklagte hat also durch die Leistung der Klägerin an TM für den 16.4.2010 eigene Leistungen in persönlich, sachlich und zeitlich entsprechendem Umfang "erspart". Die dafür geleistete Vergütung in der Gestalt der Gesamtvergütung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern einschließlich der Bewertung über das einschlägige Punktwertssystem ist das, was für TM zu erbringen war.

Mögliche besondere Einwendungen wegen einer bereits ausgeschöpften Gesamtvergütung sind nicht zu untersuchen. Wie die Beteiligten unstreitig gestellt und übereinstimmend erklärt haben, bestanden sog. "Puffertage" wegen drohender oder bestehender Ausschöpfung des vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungssystems im Jahre 2010 weder im April noch im Juni, sondern erst deutlich später im Herbst bzw. zum Jahresende. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass dieser Sachverhalt unzutreffend wäre.

4. Dem gegenüber kann sich die Beklagten nicht wirksam auf ihre Vergütungsleistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung berufen.

Festzustellen ist insoweit zunächst, dass die Gesamtvergütungsvereinbarungen gem. [§ 85 SGB V](#) und alle damit zusammenhängenden Regelungen keinerlei Anhalt für eine Vergütung nach Kopfpauschalen bieten. Denn es fehlt die Verwendung dieses oder eines gleichgesetzten Begriffes. Für eine Gesamtvergütung in dem Sinne, dass die Beklagte einen bestimmten Betrag leistet und dieser die zahnärztliche Vergütung aller ihrer Mitglieder abdeckt, völlig unabhängig davon, wie viele Versicherte welche Leistungen in welchem Umfang in Anspruch nehmen, lässt sich tatsächlich nichts finden. Vielmehr galt auch insoweit ein fall- und konkret leistungsbezogenes Abrechnungs- und Punktwertssystem.

Die Beklagte hat zwar mit der Vereinbarung und Erbringung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung für das relevante Abrechnungsquartal II/2010 ihrer Vergütungspflicht für die zu Gunsten ihrer Versicherten erbrachten zahnärztlichen Sachleistungen Genüge getan. Auch geht das Beitrags- und Vergütungssystem des SGB V im Grundsatz von einem entsprechenden Freiwerden der Krankenkassen von ihren Leistungspflichten aus. Darauf ist auch das Beitragssystem der Beklagten ausgerichtet, so dass nachträgliche Leistungsanforderungen in dieses System nicht eingliederbar sind.

Hieraus erwächst jedoch kein Schutz vor einer Zahlungspflicht gem. [§ 105 SGB X](#), dessen tatbestandliche Voraussetzungen im Falle des TM vorliegend erfüllt sind. Der Gesetzgeber hat keine Ausnahmeregelung vorgesehen, ein Abweichen von der gesetzlichen Regelung ist daher nicht möglich.

Auf die Berufung der Klägerin ist daher die erstinstanzliche Entscheidung aufzuheben und die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#), [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Der Streitwert entspricht sowohl der erstinstanzlichen Festsetzung als auch der Höhe der strittigen Forderung, [§§ 51, 42 GKG](#).

Die Revision wird wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Musterverfahrens zugelassen, [§ 160 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-04-20