

## L 16 KR 31/05

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 9 (27) KR 161/03  
Datum  
14.01.2005  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 31/05  
Datum  
20.10.2005  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 29/05 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 14. Januar 2005 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 479,43 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob das Inkassorisiko bei der gesetzlichen Krankenkasse oder bei dem Leistungserbringer liegt, wenn ein gesetzlich Versicherter - der Rechtsstreit ist im Berufungsverfahren auf die Zahlungsbegehren betreffend die Versicherten C und K beschränkt worden -, der mit Bandagen, Einlagen oder Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie versorgt worden ist, die ihm obliegende Zuzahlung an den Leistungserbringer jedoch nicht geleistet hat.

Die Klägerin betreibt ein Sanitätshaus; sie ist eine nach [§ 126](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassene Leistungserbringerin, die auch für Versicherte der Beklagten Leistungen erbringt. Unter anderem lieferte die Klägerin auf Grund einer ärztlichen Verordnung vom 08.03.2000 ein Paar Kompressionsstrümpfe an die Versicherte F C sowie einen ebenfalls ärztlich verordneten Gilchristverband (Verordnung vom 11.09.2000) an den Versicherten Dirk K. Der jeweilige Zuzahlungsbetrag lag - rechnerisch richtig - bei 12,47 Euro bzw. 21,01 Euro. Die Versicherten C und K erhielten entsprechende Rechnungen von der Klägerin. Nach erfolglos gebliebener Mahnung machte die Klägerin die offenen Beträge am 04.07.2001 gegenüber der Beklagten geltend. Maßgeblich sei [§ 43b S. 2 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (a. F., eingefügt zum 01.01.1993 durch Art. 1 Nr. 26 des Gesundheitsstrukturgesetzes -GSG- v. 21.12.1992, [BGBl I 2266](#); allerdings wurde die Vorschrift durch Art. 1 Nr. 34 lit. b des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung -GMG- vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#), mit Wirkung vom 1.1.2004 um einen Abs. 2 ergänzt, die bisherigen - im Wortlaut unveränderten - S. 1 und S. 2 der Norm wurden einem neu gebildeten Abs. 1 zugeordnet). Danach habe die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt. Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 10.07.2001 eine Übernahme der Zuzahlungsbeträge mit der Begründung ab, es obliege allein der Klägerin, die Forderungen von den Versicherten einzuziehen. [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. beziehe sich nicht auf Fälle, in denen Bandagen, Einlagen oder Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie geliefert worden seien, wie es bei den Versicherten C und K erfolgt sei. [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. Halbsatz -HS- SGB V a. F. (eingefügt durch Art. 1 Nr. 10 des in der Fassung des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung - 2. GKV-NOG - vom 23.06.1997, [BGBl I 1520](#)), wonach sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers um "diesen Betrag", die Zuzahlung des Versicherten, verringere, stelle eine Ausnahmenvorschrift im Verhältnis zu [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. dar.

Nachdem die Beklagte auch nach dem Schreiben der Klägerin vom 27.11.2003, mit dem diese eine Frist für den Zahlungseingang bis zum 10.12.2003 gesetzt hatte, bei ihrer Auffassung verblieben war, hat die Klägerin am 23.12.2003 Klage zum Sozialgericht Duisburg erhoben. Sie hat zur Begründung vorgetragen, ihr Zahlungsanspruch gegenüber der Beklagten ergebe sich aus [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F.: Mit Ausnahme der Praxisgebühr treffe nicht den Leistungserbringer, sondern die Krankenkasse das Inkassorisiko, wenn Versicherte die Zuzahlung nicht leisteten. [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. sei auch im gesamten Hilfsmittelbereich anwendbar. Dies ergebe sich aus folgenden Überlegungen: Versicherte erhielten die Leistungen gemäß [§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in der Regel als Sach- bzw. Dienstleistung von der gesetzlichen Krankenkasse. Über die Erbringung von Sach- und Dienstleistungen hätten die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Nach [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) hätten gesetzlich Krankenversicherte im Rahmen der Sachleistung u. a. Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers richte sich damit ausschließlich gegen die gesetzliche Krankenkasse. Vergütungsansprüche des Leistungserbringers gegen den Versicherten seien systemwidrig. Zudem betreffe [§ 33 SGB V](#) ausschließlich das Rechtsverhältnis des Versicherten zu seiner gesetzlichen Krankenkasse, während sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Krankenkasse - aus Vertrag - nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) richte. Der Zuzahlungsanspruch stehe dagegen gemäß [§ 61 SGB V](#) (n. F.?) -

nur - der Krankenkasse zu. Der Leistungserbringer habe gemäß [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. lediglich Inkassovollmacht. Zahle der Versicherte nicht, falle das Inkassorisiko letztlich der Krankenkasse anheim. [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. müsse daher entsprechend ausgelegt werden. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringere sich nur bei tatsächlich geleisteter Zuzahlung. Diese sei sowohl im Falle der Versicherten C als auch im Falle des Versicherten K nicht erfolgt. Sie, die Klägerin, mache daher zu Recht Ansprüche gegen die Beklagte geltend, nachdem gesonderte Rechnungsstellung und Mahnung gegenüber den Versicherten ohne Erfolg geblieben seien.

Der Zinsanspruch ergebe sich aus dem eingetretenen Zahlungsverzug.

Die Klägerin hat - vor dem Sozialgericht noch wegen einer Vielzahl von Fällen - beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 479,43 Euro nebst Zinsen in Höhe von 8 % über dem Basiszinssatz nach § 1 des Diskont-Überleitungsgesetzes vom 09.06.1998 ab dem 10.12.2003 zu verurteilen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist bei ihrer bisherigen Rechtsauffassung verblieben. Ergänzend hat sie vorgetragen, [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. ordne bereits die Verringerung des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers gegen die gesetzliche Krankenkasse um die Zuzahlung an. Eine Verrechnung gemäß [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. finde daher nicht mehr statt. Diese Rechtsauffassung werde durch die Gesetzesmaterialien gestützt.

Mit Urteil vom 14.01.2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. erfasse nicht alle im Leistungsrecht vorkommenden Eigenbeteiligungen von Versicherten. Die Vorschrift sei nur auf solche Leistungserbringer zugeschnitten, die weder Inhaber des Anspruchs noch Bevollmächtigte seien. Sie führten lediglich einen gesetzlichen, im Umfang begrenzten Inkassoauftrag aus, nähmen den Forderungseinzug im eigenen Namen für fremde Rechnung vor, während das Inkassorisiko bei der gesetzlichen Krankenkasse liege. Der volle Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse werde durch das Schuldnerverhalten nicht berührt. [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. beziehe sich demzufolge auf Zahlungen der Versicherten, auf die materiell-rechtlich die Krankenkasse einen Anspruch habe. Dem Anwendungsbereich der Norm unterfielen damit folgende Leistungen: stationäre Behandlung in einer Vorsorgeeinrichtung ([§ 23 Abs. 6 SGB V](#)), Vorsorgeleistungen für Mütter ([§ 24 Abs. 3 SGB V](#)), Arznei- und Verbandmittel ([§ 31 Abs. 3](#) und 4 SGB V), Heilmittel ([§ 32 Abs. 2 SGB V](#)), stationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 4 SGB V](#)), stationäre Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung ([§ 44 Abs. 5 bis 7 SGB V](#)) sowie Rehabilitation für Mütter ([§ 41 Abs. 3 SGB V](#)).

Dagegen erfasse [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. keine Kostenerstattungsregelungen, denn in diesen Fällen bestehe kein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Krankenkasse. Dies sei beispielsweise bei dem Kostenanteil des Versicherten bei kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz ([§ 29 Abs. 2](#), [§ 30 Abs. 4](#), [§ 55](#), [§ 56 SGB V](#)) der Fall. [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. stelle ebenso eine Sonderregelung zum Zahlungsweg dar. Der Zahlungsanspruch des Leistungserbringers verringere sich bereits um die Zuzahlung; eine Verrechnung gemäß [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. sei nicht mehr erforderlich und finde nicht statt. Daraus folge, dass die Leistungserbringer den Zuzahlungsanspruch vollständig gegenüber dem Versicherten durchsetzen müssten. Wegen des daraus folgenden Eigeninteresses sei ihr Inkassoauftrag jedenfalls mit gesetzlicher Ermächtigung zum Einzug der Forderung im eigenen Namen verbunden. Gegenüber dem Versicherten könnten z. B. Zurückbehaltungsrechte geltend gemacht oder es könne im eigenen Namen Klage erhoben werden.

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 27.01.2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15.02.2005 die vom Sozialgericht zugelassene Berufung eingelegt. Die Beteiligten haben den Rechtsstreit einvernehmlich auf die von den Versicherten C und K zu leistenden Zuzahlungsbeträge beschränkt. Zur Begründung ihrer Berufung bezieht sich die Klägerin auf ihren bisherigen Vortrag.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 14. Januar 2005 im Rahmen der Berufungsbeschränkung zu ändern und die Beklagten zur Zahlung von 33,48 Euro nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozent über dem Basiszinssatz nach § 1 des Diskontüberleitungsgesetzes vom 09.06.1998 ab dem 10.12.2003 zu verurteilen.

Hilfsweise beantragt sie,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung, soweit sie noch Streitgegenstand ist, zurückzuweisen.

Sie erachtet das erstinstanzliche Urteil als zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Verwaltungs- sowie der Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung waren.

Entscheidungsgründe:

Die vom Sozialgericht zugelassene Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht Duisburg hat zu Recht mit Urteil vom 14. Januar 2005 die Klage abgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch, wie er im Rahmen der Berufungsbeschränkung nur noch geltend

gemacht wird und den sie aus dem mit der Beklagten geschlossenen Versorgungsvertrag ([§ 127 SGB V](#)) herleitet, nicht zu. Zur Begründung nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in den erstinstanzlichen Entscheidungsgründen Bezug, denen er sich nach eigener Prüfung anschließt. Ergänzend weist der Senat auf Folgendes hin:

Gemäß [§ 33 Abs. 2 SGB V](#) a. F. trägt die Krankenkasse, wenn für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach [§ 36 SGB V](#) festgesetzt ist, die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag. Die Klägerin als zugelassene Leistungserbringerin nach [§ 126 SGB V](#) hat die Versicherten C und K mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie (Kompressionsstrümpfe) bzw. Bandagen (Gilchristverband) entsprechend der jeweiligen ärztlichen Verordnung versorgt. Für die Versicherten besteht damit aus [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 1. HS SGB V a. F. eine Zuzahlungsverpflichtung in Höhe von 20 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages. Dieser Betrag ist an die abgebende Stelle zu leisten, also an den Leistungserbringer, im vorliegenden Fall an die Klägerin. Nach [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V verringert sich um diesen Betrag der Vergütungsanspruch der Klägerin nach S. 1 und 2 der Vorschrift. Damit hat der Gesetzgeber den Zahlungsweg ausdrücklich abweichend von [§ 43b S. 2 SGB V](#) a. F. geregelt, d. h. die Leistungserbringer müssen ihren Zahlungsanspruch vollständig gegen den Versicherten durchsetzen (so auch Kasseler Kommentar-Höfler, Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, Stand: September 2005, [§ 43b SGB V](#) RdNr. 4a; Krauskopf-Wagner, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblattsammlung, Stand: April 2005, [§ 33 SGB V](#) RdNrn. 37 und 21; Wannagat-Mrozynski, Sozialgesetzbuch, Loseblattsammlung, Stand: Februar 2005, [§ 33 SGB V](#) RdNr. 5, [§ 43b SGB V](#) RdNr. 4). Dies ergibt sich aus Wortlaut, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Regelung.

Der Gesetzgeber verwendet in [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. und [§ 43b S. 1 SGB V](#) a. F. unterschiedliche Begriffe: Die Verringerung des Vergütungsanspruchs einerseits und die Verrechnung mit dem Vergütungsanspruch andererseits. Damit hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er das Inkassorisiko bei Hilfsmitteln gemäß [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 1. HS SGB V a. F. anders regeln wollte als dies bei [§ 43b S. 1](#) und 2 SGB V a. F. der Fall ist. In den Gesetzesmaterialien zu [§ 33 SGB V](#) (Bundestags-Drucksache -[BT-Drs-13/7264 S. 60](#)) heißt es dazu:

"Die Leistungserbringer haben die Zuzahlungen der Versicherten von ihrem Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (Festbetrag oder vertraglich vereinbarter Preis) abzuziehen. Die Vorschrift tritt insoweit an die Stelle der Regelung in [§ 43 b SGB V](#) mit der Folge, dass nicht die Krankenkasse, sondern der Leistungserbringer den Zuzahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten durchzusetzen hat. Denn der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers wird durch Gesetz um den Zuzahlungsbetrag verringert, so dass für die in [§ 43 b Satz 1 SGB V](#) vorgesehene Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse kein Raum ist. Deshalb kann auch [§ 43 b Satz 2 SGB V](#) hier nicht angewendet werden."

Der Leistungserbringer ist damit nicht lediglich Zahlungsempfänger, der an der Durchsetzung des Zahlungsanspruchs in einem begrenzten Umfang mitwirkt, ohne Bevollmächtigter der Krankenkasse oder Inhaber des Anspruchs zu werden, wie dies in der Konstellation des [§ 43b](#) der Fall ist (vgl. Kasseler Kommentar-Höfler, a. a. O., [§ 31 SGB V](#) RdNr. 31 mit Hinweis auf die vergleichbare Konstellation in [§ 184 Abs. 3 RVO](#), siehe auch Bundessozialgericht -BSG-, Urt. vom 12.09.1984, Az.: [8 RK 35/84](#), in: SozR 2200 [§ 372 Nr. 1](#)). Die in [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V festgeschriebene Verringerung des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse hat jedenfalls zur Folge, dass in Höhe des Zuzahlungsbetrages Vergütungsansprüche gegenüber der Krankenkasse nicht mehr bestehen. Der Gesetzgeber hat im Übrigen durch die Neufassung von [§ 33 SGB V](#) zum 01.01.2004 durch Art. 3 des GMG vom 14.11.2003 deutlich gemacht, dass er an der ursprünglichen Regelung des [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. festhalten will: Nach [§ 33 Abs. 2 S. 5](#) 2. HS SGB V n. F. "verringert sich der Vergütungsanspruch ... um die Zuzahlung".

Der Einwand der Klägerin, [§ 33 SGB V](#) regle ausschließlich das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten und berühre bereits aus systematischen Gründen nicht den Rechtskreis der Leistungserbringer, vermag ebenfalls nicht zu überzeugen; denn die Regelung des [§ 33 Abs. 2 S. 3](#) 2. HS SGB V a. F. ist nicht systemwidrig. [§ 33 SGB V](#) fällt unter den Ersten Titel (Krankenbehandlung) des Fünften Abschnitts (Leistungen bei Krankheit) des Dritten Kapitels (Leistungen der Krankenversicherung) des SGB V. Im Dritten Kapitel werden umfassend Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt (vgl. beispielhaft Krauskopf-Wagner, a. a. O., Vor [§ 11 SGB V](#) RdNr. 1), einschließlich Leistungsbeschränkungen und -begrenzungen mit der Folge, dass der Versicherte bestimmte Eigenleistungen erbringen muss, sei es durch die Übernahme von Mehrkosten wie in [§ 28 Abs. 2 S. 2 SGB V](#), sei es durch die Leistung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen wie in [§ 29 Abs. 2](#), [§ 30 Abs. 2 S. 1](#), [§ 30 Abs. 2, Abs. 3](#), [§ 32 Abs. 2 SGB V](#). Im gesamten Dritten Kapitel finden sich dabei Regelungen, bei denen das Verhältnis der gesetzlichen Krankenkasse zum Leistungserbringer berührt ist. Bei einem Teil der Regelungen hat es der Gesetzgeber bewusst bei der Anwendbarkeit des [§ 43b SGB V](#) a. F. belassen, auf einen anderen Teil ist die Vorschrift nicht anwendbar (vgl. die Übersicht bei Krauskopf, a. a. O., [§ 43b SGB V](#) RdNrn. 2 f.) und betrifft damit - wie im Falle des [§ 33 Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a. F. - unmittelbar den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat misst der Streitsache grundsätzliche Bedeutung bei, so dass die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision erfüllt sind ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Der Streitwert war entsprechend der bis zur Antragstellung in der mündlichen Verhandlung am 20.10.2005 geltend gemachten Zahlungsansprüche gemäß [§ 197 a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 52](#) Gerichtskostengesetz (GKG) in der ab dem 01.07.2004 geltenden den Fassung in Höhe von 479,43 EUR festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-05-10