

L 1 KR 1/09 KL

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

-

Datum

-

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 1 KR 1/09 KL

Datum

22.04.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Genehmigung eines in ihrer Satzung geregelten Kostenerstattungstarifs für stationäre Behandlungen.

Die Klägerin ist nach einer kassenübergreifenden Vereinigung gemäß § 171a Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) die Rechtsnachfolgerin der IKK-Direkt und der Techniker Krankenkasse. Im Rahmen der Fusion haben die Verwaltungsräte der beiden Krankenkassen die Satzung für die vereinigte Krankenkasse beschlossen und diese im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bei der Beklagten vorgelegt. § 33b der Satzung sieht einen "Wahltarif Kostenerstattung bei Krankenhausaufenthalt" für Versicherte vor, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Danach kann Kostenerstattung für bestimmte Leistungen bei einer Krankenhausbehandlung gewählt werden. So wird nach § 33b Abs. 4 der Satzung, die gesetzliche Krankenhauszuzahlung bei einer stationären Behandlung in Höhe von 10 EUR je Tag längstens 28 Tage pro Jahr erstattet. Auch die Kosten für die Aufnahme einer Begleitperson für ein familienversichertes Kind bis zum Alter von 14 Jahren und die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung werden erstattet. Abs. 5 sieht u.a. die Erstattung der Kosten für ein Ein- bzw. Zwei-Bett-Zimmer im Fall einer vollstationären Behandlung vor. Die teilnehmenden Versicherten haben für diese Leistungen nach § 33b Abs. 6 der Satzung eine Prämie zu zahlen. Nach Abs. 3 Satz 5 besteht eine Mindestbindung an den gewählten Tarif von drei Jahren.

Die Beklagte genehmigte mit Bescheiden vom 1. Dezember 2008 den Zusammenschluss der Krankenkassen und mit Ausnahmen und Änderungen die von den Verwaltungsräten durch Beschlüsse vom 15. und 18. Oktober 2008 gefasste Satzung. Artikel I § 33b und die hiermit in Zusammenhang stehenden Verweise wurden von der Beklagten beanstandet, weil der Tarif nicht den Regelungen über die Wahl der Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) entspreche. Danach sei eine Einschränkung der Wahl nur auf ganze Leistungsbereiche möglich, nicht aber auf bestimmte Einzelleistungen. Mit Schreiben vom 9. Dezember 2008, welches der Klägerin am 11. Dezember 2008 zugegangen ist, übermittelte die Beklagte eine korrigierte Fassung des Genehmigungsbescheides vom 1. Dezember 2008.

Die Klägerin hat am 2. Januar 2009 Klage vor dem Landessozialgericht Hamburg erhoben. Sie vertritt die Auffassung, dass die in Rede stehende Satzungsregelung rechtmäßig sei und von der Beklagten genehmigt werden müsse. Mit [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) habe der Gesetzgeber unabhängig von [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) eine völlig neue Konzeption für die Kostenerstattung geschaffen, was sich auch aus der Gesetzesbegründung ergebe. Durch die neuen Tarifmöglichkeiten solle die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber der privaten Krankenversicherung gestärkt werden. Wegen der inhaltlichen und systematischen Unterschiede eröffne sich unabhängig von den Einschränkungen des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ein eigenständiger Anwendungsbereich für Erstattungsregelungen. So sehe [§ 53 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) im Gegensatz zu [§ 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) eine variable Höhe der Kostenerstattung vor. Für die Erstattungsregelung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gelte lediglich eine einjährige Mindestbindungsfrist. Im Unterschied hierzu seien die Versicherten nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB mindestens drei Jahren an den gewählten Tarif gebunden. Sowohl nach [§ 53 SGB V](#) als auch nach [§ 13 SGB V](#) sei eine Satzungsregelung der Krankenkasse erforderlich, was zur Konsequenz habe, dass ein und derselbe Tatbestand durch zwei Satzungen geregelt werden müsse. Im Gegensatz zu [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) müsse der Versicherte für die Gegenleistung spezielle Prämien zahlen. Die Anwendung von [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) und der damit verbundene Ausschluss der Erstattung von Einzelleistungen führe zu nicht gewollten Nachteilen für die Versicherten, die eine Kostenerstattung wählten. Da im Gegensatz zu den privaten Krankenversicherungen keine direkte Abrechnung der stationären Leistungen über "Klinik-Card-Verträge" mit der Klinik möglich sei, seien die Versicherten unkalkulierbaren finanziellen Risiken ausgesetzt. Denn sie müssten mitunter sehr hohe Rechnungen in Vorleistung begleichen. Auch seien negative Auswirkungen auf das Leistungsmanagement der Krankenkassen zu befürchten, wenn ihnen wie bei der Inanspruchnahme als Sachleistung die Aufnahme eines

Versicherten nicht mehr gemeldet würde. Die Beklagte habe im Übrigen ähnliche Satzungen anderer Krankenkassen genehmigt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung der Bescheide über die Genehmigung der Satzung mit Datum 1. Dezember 2008 zu dem Aktenzeichen .../08 zu verpflichten, die Genehmigung der vom Verwaltungsrat der IKK-Direkt am 15. Oktober 2008 und vom Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse am 18. Oktober 2008 beschlossenen §§ 33b, 30 Abs. 2, 31 Abs. 3 und 32 Abs. 2 des Artikel I der Satzung vom 1. Januar 2009 zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Satzungsregelung rechtswidrig ist, weil sie gegen [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) verstoße, wonach die Wahl nicht auf Einzelleistungen, sondern nur auf bestimmte Leistungsbereiche eingeschränkt werden könne. Das Verhältnis des Wahltarifs nach [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) zu [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) sei durch Spezialität gekennzeichnet. [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) werde als allgemeinerer Tatbestand durch [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) modifiziert. Dafür spreche bereits der Aufbau des Gesetzes, denn der allgemeinere Tatbestand sei im vorderen Teil des Dritten Kapitels und der speziellere am Ende des Dritten Kapitels geregelt. Aus der Klarstellung des [§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), wonach [§ 13 Abs. 2 Satz 2-4 SGB V](#) keine Anwendung finde, ergebe sich im Umkehrschluss die grundsätzliche Anwendbarkeit dieser Norm. Es entstünden auch keine weiteren Widersprüche. Die Einjahresfrist nach [§ 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V](#) gehe in der Dreijahresfrist des [§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V](#) auf und die Krankenkasse könne die beiden Satzungsregelungen anpassen. Aus der Vorleistungspflicht folge keine Benachteiligung gegenüber Privatpatienten und eine der Klinik-Card ähnliche Regelung könne auch von der Klägerin etabliert werden. Die von der Klägerin angeführten Satzungsregelungen anderer Krankenkassen seien mit der vorliegenden nicht zu vergleichen.

Das Gericht hat die Verwaltungsakten der Beteiligten beigezogen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Das Landessozialgericht ist gemäß [§ 29 Abs. 2 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) sachlich zuständig, denn es handelt sich bei der Streitigkeit um eine Aufsichtsangelegenheit des Bundesversicherungsamts gegenüber der Klägerin als Krankenkasse.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Es besteht kein Anspruch auf Genehmigung der streitigen Satzungsbestandteile. [§ 33b](#) der Satzung ist gemäß [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 194 Abs. 2 SGB V](#) nicht genehmigungsfähig, denn die Regelung sieht mit der Erstattung von bereichsübergreifenden Einzelleistungen eine unzulässige Leistungsart vor und verstößt gegen [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#). Gemäß [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) ist eine Einschränkung der Wahl nur bezogen auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder den veranlassten Bereich möglich. Eine weitere Aufteilung nach Einzelleistungen der verschiedenen Sektoren sieht das Gesetz nicht vor und Versicherte können die Erstattung derartiger Leistungen nicht isoliert wählen. Dagegen verstößt die hier streitige Satzungsregelung. Denn ohne dass die Erstattung sich auf den gesamten stationären Bereich bezieht, soll ein Ersatz der Krankenhauszufahrungen und der Kosten für ein Ein-oder Zweibettzimmer als Einzelleistung ermöglicht werden. Hinzu kommt eine unzulässige Kombination mit der Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe und der Kosten für die Aufnahme einer Begleitperson für ein familienversichertes Kind bis zum Alter von 14 Jahren.

Die einschränkende Regelung des [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) gilt auch für die Kostenerstattung nach [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) (LSG Schleswig-Holstein v. 16. Juli 2008 – [L 5 KR 36/08 KL](#); Schlegel in JurisPK, SGB V, Rn. 103, Lang in Becker/Kingreen, SGB V, § 53 Rn. 18; a. A. Baier in Krauskopf, SGB V, § 53 Rn. 16). Das ergibt sich aus der Gesetzessystematik und steht nicht im Widerspruch zu Sinn und Zweck des spezielleren Erstattungstatbestandes. Entscheidendes Argument ist der ausdrückliche Ausschluss des [§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), wonach [§ 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 SGB V](#) nicht gilt. Hieraus ergibt sich, dass [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) als allgemeine Regelung grundsätzlich gilt. Gemäß [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) können die Krankenkassen in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach [§ 10 SGB V](#) mitversicherten Familienangehörigen Kostenerstattungtarife wählen können. Die Höhe der Kostenerstattung kann variieren und es können hierfür Prämienzahlungen durch die Versicherten vorgesehen werden. Insoweit ist diese Regelung weitergehend als die Wahlmöglichkeit nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#). Danach können Versicherte unabhängig von der jeweiligen Satzungsregelung der Krankenkasse anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen, und die Höhe der Erstattung ist auf den Betrag begrenzt, der bei Erbringung der Sachleistung hätte aufgewandt werden müssen, abzüglich einer Verwaltungskostenpauschale. Aus dem ausdrücklichen Ausschluss von Regelungstatbeständen des [§ 13 Abs. 2 Satz 2-4 SGB V](#) durch [§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) ergibt sich im Umkehrschluss die grundsätzlich gewollte parallele Anwendbarkeit der Verweisungsnorm für die übrigen Bestandteile, denn andernfalls wäre die Regelung überflüssig (vgl. LSG Schleswig-Holstein – [L 5 KR 36/08 KL](#); Schlegel in JurisPK, SGB V, Rn. 103). Damit zeigt sich, dass der Gesetzgeber den sich überschneidenden Anwendungsbereich beider Normen erkannt und den Anwendungsbereich ausdrücklich geregelt hat. Die allgemeinere Regelung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) soll grundsätzlich Bestand haben und nur bestimmte Tatbestände (Satz 2 bis 4) nicht gelten, weil eine zusätzliche Verpflichtung, vor der Inanspruchnahme von Leistungen die Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen ebenso wenig wie eine zusätzliche Beratung sachgerecht wäre ([BT-Drs. 16/4247 S. 35](#)). Eine [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ausschließende bzw. verdrängende Auslegung ist vor diesem Hintergrund nicht statthaft und würde gegen den eindeutig zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers verstoßen. Von einer planwidrigen Regelungslücke dahingehend, dass [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) versehentlich nicht ausgeschlossen wurde, kann gerade nicht ausgegangen werden. Ein solcher ausdrücklicher Ausschluss wäre aber erforderlich gewesen, wenn zwei Normen eines Gesetzbuches einen ähnlichen Regelungsgehalt haben. Soweit die Spezialnorm keine abweichenden (und damit den Grundtatbestand verdrängenden) Regelungen enthält, gilt die allgemeinere Vorschrift. Weil [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) für die Höhe der Kostenerstattung eine andere Regelung trifft, wird [§ 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) verdrängt, ohne dass es eines ausdrücklichen Ausschlusses bedarf. Gibt es weder eine solche speziellere Regelung noch einen ausdrücklichen Ausschluss, gilt die allgemeine Norm. Für ein solches Verhältnis spricht auch die Stellung des [§ 13 SGB V](#) in dem mit "gemeinsame Vorschriften" überschriebenen zweiten Abschnitt (vgl. LSG Schleswig-Holstein a.a.O.).

Die Anwendung von [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) widerspricht nicht dem Sinn und Zweck der Erstattungsregelung des [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) und

führt nicht zu einem vom Gesetz nicht gewollten eingeschränkten Anwendungsbereich. Es ergeben sich keine Umsetzungshindernisse oder ungerechtfertigten Nachteile, wie die Klägerin meint. Nach den Gesetzesmaterialien soll die neue Tariffähigkeit die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkasse gegenüber der privaten Krankenversicherung stärken ([BT-Drs. 16/3100](#)). Es verbleibt auch ohne die Möglichkeit, Einzelleistungen zu erstatten, genügend Raum für individuelle Angebote, die attraktiver als das bisherige Wahlrecht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) sind. Das Ziel des Gesetzgebers, die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber den privaten Versicherungen zu steigern, wird nicht beeinträchtigt. So kann die Höhe der Erstattung abweichend von der nachteiligen Erstattungsregelung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) variiert werden und es können Zuzahlungen erstattet werden, was die Attraktivität eines Angebots deutlich erhöhen dürfte. Gegenüber der Regelung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) stellt das einen erheblichen Vorteil dar und stärkt die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkasse. Selbst wenn nur wenige Versicherte aufgrund des wirtschaftlichen Risikos einen Erstattungstarif im Krankenhausbereich wählen, wäre der Anwendungsbereich des [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) nicht maßgeblich eingeschränkt. Denn es verbleibt genügend Spielraum für Angebote in den anderen Versorgungszweigen. Im Übrigen vermögen die von der Klägerin in diesem Zusammenhang angeführten Argumente nicht zu überzeugen. Die Nachteile gegenüber einer Sachleistung sind bei einem Erstattungsverfahren systemimmanent. Der Versicherte und nicht die Krankenkasse schuldet die Geldleistung und muss unter Umständen in Vorleistung treten. Dabei kann es sich in allen Versorgungsbereichen um erhebliche Forderungen handeln. Demgegenüber ergeben sich Vorteile durch die Behandlung als "Privatpatient". Durch die von der Klägerin in ihrer Satzung vorgesehene Regelung werden unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips bestimmte Erstattungsansprüche begründet. Das mag für die Versicherten attraktiv sein. Es ist jedoch nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber abweichend von der bisherigen Regelung ein solches "Mischsystem" mit Erstattungsregelungen für Einzelleistungen etablieren wollte. Der Gesetzesbegründung ist nur zu entnehmen, dass die Krankenkassen ihre Wettbewerbsposition verbessern sollen. Eine solche Stärkung der Wettbewerbsposition beinhaltet, wie die Beklagte zutreffend argumentiert, kein völliges Gleichziehen mit dem privaten Abrechnungssystem oder gar eine deutliche Besserstellung durch eine Kombination der Vorteile beider Systeme.

Unabhängig davon, ob die Klägerin eine ähnliche Regelung wie das Klinik-Card-System etablieren könnte, droht keine Existenzgefährdung der Versicherten durch ein Erstattungsverfahren im Krankenhausbereich. Denn die Rechnungen müssen grundsätzlich nicht sofort beglichen werden, gerade bei höheren Beträgen sind wegen der bekannten Vorleistungsproblematik längere Zahlungsfristen üblich. In dieser Zeit kann die Rechnung bereits eingereicht, vom Versicherungsträger geprüft und reguliert werden. Die Klägerin hat es selbst in der Hand, durch eine schnelle Regulierungspraxis eine Vorleistung ihrer Versicherten zu vermeiden. Dadurch kann auch für den stationären Bereich eine Erstattungsregelung attraktiv sein.

Auch die weiteren Argumente der Klägerin können einen Ausschluss von [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) nicht begründen. Der Beklagten ist zuzustimmen, dass Regelungen gefunden werden können, die die Krankenhäuser oder die Versicherten selbst verpflichten, die stationäre Behandlung der Krankenkasse zu melden. Notfälle, bei denen eine solche Meldung nicht möglich ist und auch nachträglich weder vom Krankenhaus noch von Angehörigen vorgenommen wird, dürften selten sein. Im Übrigen gelten die von der Klägerin befürchteten Nachteile auch für die Erstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#). Etwaige Mehrkosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, sind bei der Kalkulation der Prämie zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber ist gerade nicht davon ausgegangen, dass es die mit einer Behandlung als Privatpatienten verbundenen Vorteile zum Nulltarif geben soll.

Die unterschiedlichen Fristen der beiden Normen machen eine Anwendung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht unmöglich. Es gilt die Frist der spezielleren Norm, deren ausdrückliche Regelung wiederum den allgemeineren Tatbestand verdrängt. Auch die von der Klägerin aufgeworfene Satzungsproblematik schließt die Anwendung von [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) nicht aus. Denn es dürfte der Klägerin ohne weiteres möglich sein, ihre Satzungen aufeinander abzustimmen.

Unerheblich ist schließlich, dass die Beklagte in ähnlichen Fallgestaltungen Satzungsregelungen genehmigt haben soll. Es braucht nicht geprüft zu werden, ob sich diese Regelungen von der hier in Rede stehenden Satzung unterscheiden, denn es besteht kein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision war zuzulassen, weil die Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung ist und bislang noch nicht höchstrichterlich geklärt wurde.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2010-05-10