

L 5 KR 38/08 KL

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 5 KR 88/08

Datum

22.04.2008

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 38/08 KL

Datum

16.07.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz handelt es sich um einen Sachleistungsanspruch.

2. Eine Satzungsregelung nach [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) hat die Regelung in [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zu beachten, nach der eine Einschränkung der Wahl einer Kostenerstattung nur auf die 4 Bereiche ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, stationärer Bereich und veranlasste Leistungen möglich ist.

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Satzungsänderung der Klägerin.

Der Verwaltungsrat der Klägerin beschloss in seiner Sitzung vom 11./12. Juni 2007 u. a. die Einfügung eines § 15g in ihre Satzung. Abs. 1 dieser Regelung lautet: "Versicherte können für sich einen Tarif nach [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) für die Erstattung von Kosten bei medizinisch notwendigem Zahnersatz wählen. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr kann eine wirksame Wahlerklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden." Die nachfolgenden zehn Absätze regeln die nähere Durchführung. Mit Schreiben vom 30. Juli 2007 beantragte die Klägerin die Genehmigung der Satzungsänderung bei der Beklagten. In der Sitzung vom 19. September 2007 beschloss der Verwaltungsrat der Klägerin geringfügige Änderungen des § 15g. Mit Schreiben vom 24. September 2007 beantragte sie die Genehmigung des veränderten § 15g. Mit Bescheiden vom 3. und 14. Dezember 2007 stellte die Beklagte eine Entscheidung über die Genehmigung des § 15g wegen weiteren Klärungsbedarfs zurück. Mit Schreiben vom 21. Dezember 2007 beantragte die Klägerin erneut die Genehmigung einer weiteren, nunmehr 35. Satzungsänderung, in denen einzelne Absätze des § 15g verändert wurden, die Vorschrift gleichwohl ihren wesentlichen Inhalt beibehält. Den Antrag lehnte die Beklagte nunmehr mit Bescheid vom 19. März 2008 ab, da hiermit eine unzulässige Beschränkung des Kostenerstattungstarifs auf einen Teil-Leistungsbereich (Zahnersatz) stattdfinde.

Die Klägerin hat am 11. April 2008 Klage beim Sozialgericht Kiel erhoben. Das Sozialgericht hat sich nach Anhörung der Beteiligten mit Beschluss vom 22. April 2008 gemäß [§ 29 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) für funktionell unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das erkennende Gericht verwiesen.

Zur Begründung trägt die Klägerin vor: Sie habe einen Anspruch auf Erteilung der begehrten Genehmigung. Mit Einführung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. April 2007 habe der Gesetzgeber den Krankenkassen in § 53 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) die Möglichkeit eröffnet, ihren Mitgliedern Wahltarife anzubieten. Davon habe sie, die Klägerin, Gebrauch gemacht und einen Wahltarif angeboten, der die über den gesetzlichen Leistungsanspruch gemäß [§ 55 SGB V](#) hinausgehenden Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz (teilweise) abdecke. [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) werde von den Bestimmungen des Wahltarifs nicht berührt. Insbesondere decke der Kostenerstattungsanspruch nach dieser Vorschrift ohnehin nur die Leistungen ab, auf die Versicherte auch nach dem Sach- und Dienstleistungsprinzip einen Anspruch hätten. Die Möglichkeit, die nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählte Kostenerstattung nach Maßgabe ihres Satzes 5 zu beschränken, werde dem Versicherten durch den Wahltarif der Klägerin nicht genommen. Es finde auch keine Ausweitung des Leistungsspektrums durch diese Regelung statt. Derartige Wahltarife seien im Rundschreiben der Beklagten vom 13. März 2007 (Beispiel dort: Chefarztbehandlung im 2-Bett-zim-mer) ausdrücklich für zulässig erklärt worden. Außerdem sei die Beklagte als Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren zu kooperativem Verhalten ihr, der Klägerin, gegenüber verpflichtet. Sie dürfe sich nicht zu ihrem eigenen vorangegangenen Verhalten in Widerspruch setzen. Das habe sie aber getan, indem sie Änderungswünsche zu § 15g der Satzung per E-Mail

mitgeteilt habe. Die Ablehnung der Genehmigung sei für sie nach dem vorherigen Schriftverkehr völlig überraschend gekommen. Im Übrigen seien ähnliche Tarife seitens der zuständigen Landesaufsichten zumindest für die IKK Nord und die AOK Rheinland-Hamburg genehmigt worden. Werde ihr, der Klägerin, eine Genehmigung versagt, verzerre dies den Wettbewerb.

Die Klägerin beantragt,

1. die Bescheide der Beklagten jeweils vom 19. März 2008 allesamt unter dem Az.: I betreffend die Genehmigung des 29., 34. und 35. Satzungsantrages der Klägerin insoweit aufzuheben, als die Beklagte die Genehmigung des: 29. Satzungsantrags hinsichtlich Artikel I Nr. 7 § 15g, 34. Satzungsantrags hinsichtlich Artikel I Nr. 4 § 15g, 35. Satzungsantrags hinsichtlich Artikel I Nr. 11 § 15g – Nr. 14 § 15g versagt hat. 2. Die Beklagte zu verurteilen, den 29. Satzungsantrag hinsichtlich Artikel I Nr. 7 § 15g, 34. Satzungsantrag hinsichtlich Artikel I Nr. 4 § 15g, 35. Satzungsantrag hinsichtlich Artikel I Nr. 11 § 15g – Nr. 14 § 15g zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor: [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) berechne zur Einführung einer Kostenerstattungsregelung nur unter Beachtung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#). Dies folge im Umkehrschluss daraus, dass die in [§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) nicht erwähnte Bestimmung des [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) weiterhin auch im Rahmen des [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) zu beachten sei. [§§ 13 Abs. 2](#) und [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) seien durch das Verhältnis der Spezialität gekennzeichnet, wobei [§ 13 Abs. 2](#) den allgemeineren Tatbestand enthalte. Insoweit sei es ausgeschlossen, im Rahmen des [§ 53 Abs. 4](#) andere als die nach [§ 13 Abs. 2](#) zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen oder andere als die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Leistungen zu versprechen. Nicht von dem Ausschluss des [§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) erfasst sei [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#). Damit sei auch im Rahmen der Wahltarife nach [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) erforderlich, dass der Versicherte die Kostenerstattung für einen oder mehrere der genannten Leistungsbereiche wähle. Die Wahl einzelner Leistungen stehe damit nicht im Einklang. Unzutreffend sei auch die Auffassung der Klägerin, die gesetzliche Regelung des [§ 55 SGB V](#) sehe unabhängig von der Wahl der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ohnehin stets einen Geldleistungsanspruch vor. Auch wenn der Leistungsanspruch des Versicherten in Form von befundbezogenen festen Zuschüssen erfolge, schließe dies die Versorgung als Sachleistung nicht aus. Der Hinweis der Beklagten auf das Rundschreiben mit dem Wahltarif "Chefarztbehandlung 2-Bettzimmer" helfe ebenfalls nicht weiter, da nach der Genehmigungspraxis der Beklagten auch ein solcher Kostenerstattungstarif unzulässig sei. Voraussetzung der Zulässigkeit eines solchen Kostenerstattungstarifs wäre, dass der Versicherte die Kostenerstattung für den Bereich der stationären Versorgung insgesamt gewählt hätte. Die angeführte Genehmigung entsprechender Regelungen durch andere Aufsichtsbehörden sei für sie, die Beklagte, nicht bindend.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten und der Beklagten und die Gerichtsakten einschließlich der zu dem Aktenzeichen L 5 KR 15/08 ER verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Insbesondere hat das Sozialgericht zutreffend in seinem Beschluss vom 22. April 2008 sich für unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das erkennende Gericht verwiesen. Dessen erstinstanzliche Zuständigkeit für den Rechtsstreit folgt aus [§ 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) in der seit 1. April 2008 geltenden Fassung. Danach entscheidet das Landessozialgericht im ersten Rechtszug u. a. über Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung und ihren Verbänden. Um eine solche Aufsichtsangelegenheit handelt es sich hier.

Die Klage ist jedoch nicht begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten, mit dem diese die von der Klägerin begehrte Satzungsänderung – Einführung des § 15g in ihre Satzung – abgelehnt hat, ist rechtmäßig, weil diese Regelung den Vorschriften des SGB V widerspricht.

Rechtsgrundlage der vorgesehenen Satzungsbestimmung ist [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) in seiner ab 1. April 2007 geltenden Fassung. Danach kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch Versicherte vorsehen. [§ 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 SGB V](#) gilt nicht. Entgegen der Auffassung der Klägerin steht diese Regelung in einem engen Verhältnis zu der des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), der wiederum die streitige Satzungsregelung widerspricht.

Nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1](#) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Um eine Sachleistung handelt es sich bei der Erstattung von Kosten für Zahnersatz regelnde Satzungsbestimmung des § 15g. Der Leistungsanspruch für Zahnersatz orientiert sich seit 2005 an [§ 55 SGB V](#). Zwar regelt Abs. 1 dieser Vorschrift, dass Versicherte insoweit einen Anspruch auf Festzuschuss auf Zahnersatz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Gleichwohl handelt es sich bei der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz nicht um einen Kostenerstattungsanspruch, sondern um einen Sachleistungsanspruch. Davon ist mit der weitaus überwiegenden Auffassung in Literatur und Rechtsprechung jedenfalls seit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 ([BGBl. I 3853](#)) auszugehen, mit dem die damals maßgebende Vorschrift des [§ 30 SGB V](#) komplett neu gefasst wurde und in ihrem Abs. 1 Satz 1 dem Versicherten ausdrücklich einen "Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen)" einräumte (vgl. etwa Engelhardt in Hauck/ Noftz, SGB V, § 55 Rz. 35 m. N.). Leistungscharakter haben dabei nicht allein die im Zusammenhang mit der Zahnersatzversorgung erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, sondern auch die erforderlichen zahntechnischen Leistungen, da es sich um einen einheitlichen Leistungsanspruch handelt (Engelhardt a. a. O.).

Neben dem Wortlaut der Norm spricht dafür auch der in der Gesetzesbegründung (FraktE GKV-SolG, [Bt-Drucks. 14/24](#) S. 16 zu § 30 Abs. 1) wiedergegebene Wille des Gesetzgebers, wonach die Vorschrift vorsehe, dass die Versorgung mit Zahnersatz als Sachleistung erfolge. Daran hat sich auch durch die Einfügung des § 55 und die Streichung des [§ 30 SGB V](#) durch das Gesetz vom 14. November 2003 mit Wirkung ab 2005 nichts geändert. So verwendet das Gesetz weiterhin für den Zahnersatz sowohl in [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#) als auch in [§ 55 SGB V](#) die auf den Sachleistungsanspruch hindeutende Formulierung "Versicherte haben Anspruch auf ", während es die

Formulierung, dass den Versicherten die Festzuschüsse zu erstatten sind, nur im Falle einer andersartigen Versorgung (§ 55 Abs. 5) in anderem Zusammenhang benutzt. Ebenso erfolgt die Abrechnung der bewilligten Festzuschüsse weiterhin über die Kassenzahnärztliche Vereinigung, während sie vor dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz noch unmittelbar an den Versicherten ausgezahlt wurde (vgl. Engelhardt a. a. O. Rz. 35; siehe auch Krasney in Juris-PK zu [§ 55 SGB V](#) Rz. 33 ff u. a. unter Hinweis auf mehrere Entscheidungen des BSG).

[§ 13 Abs. 2 SGB V](#) bestimmt im Weiteren, nach welchen Grundsätzen Versicherte Kostenerstattung wählen und Krankenkassen Kostenerstattung anbieten dürfen. Der Senat schließt sich der Auffassung der Beklagten an, dass diese Vorschrift eine allgemeine Regelung enthält, die auch für nachfolgende Kostenerstattungen regelnde Vorschriften wie die des [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) zu beachten ist. Dieses Verhältnis folgt bereits aus der Stellung des [§ 13](#) im SGB V in dem mit "gemeinsame Vorschriften" überschriebenen zweiten Abschnitt, der für alle nachfolgenden Regelungen, ähnlich wie das in § 12 enthaltene Wirtschaftlichkeitsgebot, gilt. Darüber hinaus ergibt sich die umfassende Geltung des [§ 13 SGB V](#) auch aus der Erstattungsregelung des [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) selbst. Denn käme dem [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) insoweit keine über diese Erstattungsregelung selbst hinausgehende Bedeutung zu, liefe der Ausschluss in Satz 5 des § 53 Abs. 4 leer, wonach § 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 nicht gelten. Im Umkehrschluss wird darüber hinaus deutlich, dass zumindest sämtliche anderen Sätze des Abs. 2, letztlich aber auch die übrigen Absätze, weiterhin und neben dem § 53 Abs. 4 zu beachten sind.

Auch die Entstehungsgeschichte des § 53 Abs. 4 Satz 3 verdeutlicht seinen Zusammenhang mit [§ 13 SGB V](#). Dieser Satz war in dem Regierungsentwurf ([BT-Drucks. 16/3100](#)) noch nicht enthalten und wurde auf Veranlassung des Ausschusses für Gesundheit in das Gesetz ausdrücklich mit aufgenommen ([BT-Drucks. 16/2447 S. 35](#)). Zur Begründung wurde hierzu ausgeführt, dass eine zusätzliche Verpflichtung, vor der Inanspruchnahme von Leistungen die Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen, wie dies in [§ 13 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) geregelt sei, nicht sachgerecht wäre; ebenso wenig bedürfe es einer zusätzlichen Beratung durch Leistungserbringer. Wäre nach Auffassung des Gesetzgebers § 13 Abs. 2 bei der Anwendung des § 53 Abs. 4 nicht zu beachten, hätte es des ausdrücklichen Ausschlusses der genannten Regelung in Abs. 2 nicht bedurft (so auch Schlegel in Juris-PK § 53 Rz. 103).

Damit ist bei der in [§ 53 Abs. 4 SGB V](#) geregelten Kostenerstattung insbesondere auch Satz 5 des § 13 Abs. 2 zu beachten, wonach eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich ist. Bereits der Wortlaut des Satzes 5 spricht für eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung allein auf einen oder mehrere der dort enthaltenen vier Bereiche. Eine weitere Wahlmöglichkeit hinsichtlich von aus einem dieser Bereiche herausgenommenen Teilbereich, wie von der Klägerin in ihrer Satzungsregelung § 15g geplant, sieht diese Regelung nicht vor und schließt sie damit aus.

Neben dem Wortlaut folgt dies auch aus der Entstehungsgeschichte der in [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) geregelten Kostenerstattung. In seiner vorherigen Fassung beschränkte [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nämlich die Auswahlmöglichkeiten in seinem Satz 3 (allein) auf den Bereich der ambulanten Behandlung. Diese (alleinige) Beschränkung betonte der Gesetzgeber in den zugrunde liegenden Materialien ([BT-Drucks. 15/1525 S. 80](#)) dahingehend, dass es nicht möglich sei, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken. Vielmehr habe sich auch eine auf ambulante Leistungen beschränkte Wahl der Kostenerstattung auf sämtliche ambulante Leistungen zu erstrecken. Damit verdeutlichte der Gesetzgeber, dass er damals die Ausnahmeregelung bereits restriktiv entsprechend ihrem Wortlaut ausgelegt haben wollte und eine weitere, eingeschränkte Kostenerstattungsmöglichkeit für nicht möglich ansah. Diese Beschränkung hat der Gesetzgeber mit der jetzigen Fassung des [§ 13 SGB V](#) ab April 2007 durch den neuen Satz 5 des Abs. 2 lediglich in dem dort geregelten Rahmen gelockert. Zur Erläuterung heißt es in den Materialien, dass es bisher nur möglich gewesen sei, die Kostenerstattung auf den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung zu erstrecken, künftig den Versicherten jedoch die Möglichkeit einzuräumen sei, "auch nur für ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) Kostenerstattung zu wählen" ([BT-Drucks. 16/4247](#) zu Nr. 8 Buchst. b, S. 31). Dieser allein möglichen Einschränkungen der Kostenerstattung auf die vier genannten Bereiche widerspricht die hier streitige Satzungsregelung der Klägerin in § 15g, wenn danach Kostenerstattung gewählt werden kann nur für einen Teilbereich der zahnärztlichen Versorgung, nämlich für Zahnersatz.

Soweit die Klägerin ihren Anspruch auf Genehmigung aus dem Verhalten der Beklagten im Genehmigungsverfahren ableiten will, fehlt es dafür an einer rechtlichen Grundlage. Zwar sieht das Zehnte Sozialgesetzbuch in seinem § 34 eine Bindungswirkung der zuständigen Behörden an vorheriges Verwaltungshandeln grundsätzlich vor. Dass die Beklagte aber die dort geregelte schriftliche Zusicherung der Klägerin gegenüber abgegeben hat, behauptet auch diese nicht. Und soweit die Klägerin aus dem von ihr behaupteten Umstand, dass andere Landesaufsichtsämter entsprechende Regelungen gegenüber anderen Krankenkassen genehmigt hätten, einen Anspruch auf Genehmigung ableiten will, steht dem der allgemein geltende Grundsatz entgegen, dass es einen Anspruch auf Gleichbehandlung nicht gibt, wenn diese Behandlung rechtswidrig ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 197a, 184 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwertes auf 5.000,00 EUR folgt aus [§ 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz, da der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwertes keine genügenden Anhaltspunkte bietet.

Der Senat lässt die Revision gegen das Urteil gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zu, da er der Rechtsfrage, inwieweit eine Krankenkasse Regelungen über Kostenerstattung für Teilbereiche treffen kann, grundsätzliche Bedeutung beimisst.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2008-08-22