

B 3 KR 29/05 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
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
07.12.2006
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Landesverträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln dürfen auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung Fristen für die Erhebung von Forderungen aus Vertragsleistungen setzen und als materielle Ausschlussfristen gestalten (Anschluss an BSG vom 22.06.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#)).

2. Der Anspruch gegen den Versicherten auf Zuzahlung zu Hilfsmitteln steht dem Leistungserbringer zu, der damit auch das Inkassorisiko trägt.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. Oktober 2005 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 33,48 EUR festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten darüber, wer das Inkassorisiko bei der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln - Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie - trägt, wenn Versicherte die ihnen obliegende Zuzahlung nicht leisten.

2

Die Klägerin betreibt ein Sanitätshaus in D. ; sie ist eine nach [§ 126](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zugelassene Leistungserbringerin, die auch Versicherte der Beklagten versorgt. Auf Grund ärztlicher Verordnungen vom 8. März und 11. September 2000 lieferte sie an die Versicherte E. B. ein Paar Kompressionsstrümpfe und an den Versicherten D. J. einen Gilchristverband, für die Zuzahlungsbeträge von 12,47 EUR und 21,01 EUR, insgesamt also 33,48 EUR, zu leisten waren. Die Versicherten erhielten entsprechende Rechnungen der Klägerin, die nicht beglichen wurden. Nach erfolgloser Mahnung machte die Klägerin die offenen Beträge erstmals mit Schreiben vom 4. Juli 2001 gegenüber der Beklagten geltend, die eine Zahlung jedoch mangels Zuständigkeit ablehnte.

3

Mit der am 23. Dezember 2003 erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Zahlungsbegehren weiterverfolgt und zur Begründung vorgetragen, mit Ausnahme der Praxisgebühr treffe nicht den Leistungserbringer, sondern die Krankenkasse das Inkassorisiko, wenn Versicherte ihre Zuzahlungen nicht leisteten. [§ 43b Satz 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Fassung (aF), der allgemein den Zahlungsweg bei Zuzahlungen regelt und das Risiko einer Nichtleistung von Zuzahlungen den Krankenkassen aufbürde, sei im gesamten Hilfsmittelbereich anwendbar und werde nicht durch [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) (ebenfalls in der bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Fassung (aF)) ausgeschlossen, der speziell die Zuzahlungspflicht von Versicherten zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie zum Inhalt habe. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 14. Januar 2005). Das Landessozialgericht (LSG) hat die vom SG zugelassene Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 20. Oktober 2005): Die Klägerin habe gegen die Beklagte weder einen Zahlungsanspruch aus [§ 43b Satz 2 SGB V](#) aF noch sei Letztere hieraus verpflichtet, die ausstehenden Zuzahlungsbeträge für erbrachte Hilfsmittelversorgungen von ihren Versicherten einzuziehen. Der Gesetzgeber habe bei Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie ausdrücklich einen anderen Zahlungsweg vorgesehen. Im Anwendungsbereich des [§ 33](#)

[Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF sei die Regelung des [§ 43b Satz 2 SGB V](#) aF nicht einschlägig; dies ergebe sich aus Wortlaut, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Regelung.

4

Mit der vom LSG zugelassenen Revision verfolgt die Klägerin ihren Zahlungsanspruch weiter. Das LSG habe zu Unrecht angenommen, [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF stelle eine Sonderregelung zum Zahlungsweg dar und schließe deshalb die Anwendung des [§ 43b Satz 2 SGB V](#) aF aus. [§ 33 SGB V](#) regle nur den Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse, nicht aber den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers - dieser folge allein aus den gemäß [§ 127 SGB V](#) geschlossenen Verträgen. Die Zuzahlungspflicht des [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF begründe deshalb auch keinen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers, sie sei vielmehr als Konkretisierung im Verhältnis des Versicherten zu seiner Krankenkasse zu sehen und begründe für den Versicherten die Pflicht, einen bestimmten Betrag an den Leistungserbringer zu zahlen. Letzterer sei aber nicht Anspruchsinhaber, denn nicht er, sondern allein die Krankenkasse könne Entscheidungen über die Zuzahlung - Höhe, Minderung oder Verzicht - treffen. Die Tatsache, dass [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF anordne, der Vergütungsanspruch verringere sich "um diesen Betrag", ändere nichts, denn damit könne nur die tatsächlich geleistete Zuzahlung gemeint sein; nur diese führe zum teilweise Erlöschen des Leistungsanspruchs, nicht jedoch die bloße Verpflichtung hierzu. Deshalb liege auch das Inkassorisiko nach wie vor bei den Krankenkassen und nicht bei den Leistungserbringern.

5

Die Klägerin beantragt, die Urteile des LSG vom 20. Oktober 2005 und des SG vom 14. Januar 2005 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 33,48 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 % über dem Basiszins ab 10. Dezember 2003 zu zahlen.

6

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie bezieht sich auf den Wortlaut der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften und verteidigt die Entscheidungen der Vorinstanzen.

II

8

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Zu Recht haben die Vorinstanzen den geltend gemachten Zahlungsanspruch im Ergebnis verneint. Die Klägerin kann die Zahlung von 33,48 EUR nicht von der Beklagten verlangen, weil diese weder Schuldnerin noch Ausfallbürgin bei ausstehenden Zuzahlungsbeträgen für erbrachte Hilfsmittelversorgungen ist.

9

1. Die Klage ist als sog echte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, bei dem Regelungen durch Verwaltungsakt nicht zu treffen sind. Eine Beiladung der Versicherten E. B. und D. J. gemäß [§ 75 Abs 2 SGG](#) war nicht erforderlich, weil der Streit zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse über das Inkassorisiko und dessen Folgen die Versicherten nicht mehr berührt; auch wenn sie zu alleinigen Schuldner der Zuzahlungsbeträge erklärt werden, ist ihre gerichtliche Inanspruchnahme wegen des Zeitablaufs nicht mehr zu erwarten.

10

2. Die Rechtsgrundlagen für das Klagebegehren fußen auf [§ 127 SGB V](#) idF des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) iVm §§ 6 ff des "Vertrages zwischen den 5 Innungen des Landes NRW und den Primärkassen NRW gemäß [§ 127 SGB V](#)" vom 10. November 1993 (nachfolgend: Landesvertrag), der für beide Beteiligte gemäß § 2 Abs 1 Nr 1 und 2 Landesvertrag verbindlich ist. Hinsichtlich der Vergütung und Abrechnung der Leistungen wird grundsätzlich unterschieden zwischen Leistungserbringung nach Festbeträgen (§ 6 Abs 1 Landesvertrag), nach Preislisten (§ 6 Abs 2 Landesvertrag) und sonstigen Leistungen, für die ein Kostenvoranschlag einzureichen ist (§ 6 Abs 3 Landesvertrag); ergänzende Regelungen sind für den Fall der Zuzahlung (§ 6 Abs 4 und § 7 Abs 4 Satz 1 Landesvertrag) und bei Sonderwünschen des Versicherten (§ 6 Abs 5 und § 7 Abs 4 Satz 2 Landesvertrag) vorgesehen. Für alle Abrechnungsarten bestimmt § 8 Abs 4 Landesvertrag unter der Überschrift "Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung":

"Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgegeben worden sind, nicht mehr erhoben werden."

11

Die hier normierte Jahresfrist ist hinsichtlich der Hilfsmittellieferung im Falle EB. überschritten, und zwar unabhängig davon, ob man zur Festlegung des Zeitpunkts der Vertragsleistung auf die Hilfsmittellieferung (8. März 2000) oder die Ausstellung der Rechnung (27. April 2000) abstellt, denn die Klägerin hat die offenen Zuzahlungsbeträge erstmals mit Schreiben vom 4. Juli 2001 bei der Beklagten geltend gemacht. Zu dieser Zeit war im Falle E. B. bereits deutlich mehr als ein Jahr verstrichen, sodass der Anspruch in Höhe von 12,47 EUR schon aus diesem Grunde nicht mehr geltend gemacht werden kann.

12

a) Der Senat geht davon aus, dass die oa Jahresfrist eine vertragliche Ausschlussfrist darstellt, die von der Klägerin nicht eingehalten worden ist und deshalb der Geltendmachung ihrer Ansprüche entgegensteht. Allerdings handelt es sich um eine landesvertragliche Vorschrift, die nur im Bezirk des LSG Nordrhein-Westfalen gilt, und damit um irrevisibles Recht iS von [§ 162 SGG](#), das der revisionsgerichtlichen Überprüfung durch das Bundessozialgericht (BSG) vom Grundsatz her entzogen ist. Im vorliegenden Fall gilt jedoch die Besonderheit, dass das LSG die Vorschrift des § 8 Abs 4 Landesvertrag übersehen und deshalb nicht angewandt hat. Dies bedeutet, dass der Senat die Vorschrift selbst auslegen und eigenständig anwenden kann ([BSGE 7, 122](#), 125; [53, 242](#), 245 = [SozR 2200 § 1248 Nr 36 S 87](#); [BSGE 62, 131](#), 133 = [SozR 4100 § 141b Nr 40 S 151](#) - stRspr; vgl auch Lüdtko, Handkommentar zum SGG, 2. Aufl 2006, § 162 RdNr 13, und Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, IX. Kap RdNr 301 mwN).

13

b) Es kann offen bleiben, ob die schriftsätzliche Äußerung der Beklagten, die Forderung sei "verfristet", als Einrede der Verjährung ausgelegt werden kann. Denn § 8 Abs 4 Landesvertrag ist - entgegen der Meinung der Klägerin - keine Verjährungs-, sondern eine Ausschlussfrist. Beide unterscheiden sich durch ihre Wirkung voneinander: Bei der Ausschlussfrist endet das Recht mit Fristablauf und ist auch von Amts wegen zu beachten, während der Ablauf der Verjährungsfrist lediglich ein Leistungsverweigerungsrecht begründet und dieses erst auf Einrede Rechtswirkungen entfalten kann ([§ 214 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), vgl Palandt/Heinrichs, BGB, 66. Aufl 2007, Überbl v § 194 RdNr 13). Dass es sich hier um eine Ausschlussfrist handelt, wird schon durch die Wortwahl der Vertragsparteien deutlich, denn die "Forderungen ... können nach Ablauf eines Jahres ... nicht mehr erhoben werden". In der Regelungsüberschrift wird zwar von "Verjährung" gesprochen, doch der Wortlaut des § 6 Abs 4 Landesvertrag macht klar, dass es gerade nicht mehr im Belieben des Schuldners - hier der Krankenkasse - stehen soll, ob ein Leistungsverweigerungsrecht ausgeübt wird oder nicht. Denn der in § 8 Abs 4 Landesvertrag angeordnete Ausschluss von Vertragsforderungen nach Ablauf der Jahresfrist beruht auf dem im Leistungserbringerrecht allgemein existierenden Beschleunigungsgebot; es bezweckt eine möglichst zügige und kostengünstige Abrechnung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern und dient zudem der Abrechnungssicherheit aller Beteiligten (vgl Urteile des Senats vom 3. August 2006 - [B 3 KR 7/05](#) und [6/06 R](#) - zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Gerade die Krankenkassen haben ein berechtigtes Interesse an zügiger Rechnungslegung, weil es sich um ein sog Massengeschäft handelt, bei dem die Abrechnungsvorgaben des [§ 302 SGB V](#) zu beachten sind und das zur verwaltungstechnischen Vereinfachung möglichst rasch und ohne langwierige Rückstellungen abgeschlossen werden soll. Doch auch die Leistungserbringer sind - vor allem wegen ihrer Vorleistungen - auf eine möglichst kurze Zeitspanne zwischen Leistungserbringung und Leistungshonorierung angewiesen, sodass es ebenfalls nicht ihren eigenen Interessen widerspricht, dass spätestens nach Ablauf eines Jahres Rechtsklarheit und -sicherheit herrscht.

14

c) Der erkennende 3. Senat des BSG stimmt mit dem für Vertragsarztangelegenheiten zuständigen 6. Senat überein, dass die Vertragsparteien auf der Basis der jeweiligen Ermächtigungsgrundlage - hier: [§ 127 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) - Modalitäten zur Abrechnung von Vertragsleistungen treffen können und in diesem Zusammenhang auch Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten dürfen. Hierzu zählen insbesondere Bestimmungen über die Form und den Zeitpunkt der Vorlage der Abrechnungen sowie die Folgen, die sich aus einem Fristversäumnis für die Forderungen ergeben (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 13; vgl auch [SozR 3-2500 § 85 Nr 32](#) S 246 und Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V - 3. Bd, Stand: August 2005, K § 85 RdNr 161). Die Ausgestaltung solcher Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen in einem Landesvertrag bedarf auch keiner ausdrücklichen - zusätzlichen - gesetzlichen Ermächtigung. Die Ermächtigung in [§ 127 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zur Regelung der "Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln ... und deren Abrechnung" und der damit eingeräumte Regelungsspielraum wird grundsätzlich dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 14 und [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 28 f). Weitergehende Anforderungen ergeben sich auch nicht im Hinblick auf das Grundrecht aus [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#): Die Ausgestaltung einer Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist stellt für sich genommen keinen derart schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübung dar, dass für ihn eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung erforderlich wäre (vgl BSG aaO).

15

d) Der Senat sieht die Regelungen des § 8 Landesvertrag im Allgemeinen und des § 8 Abs 4 Landesvertrag im Besonderen zur Erreichung einer möglichst zügigen, zeitgerechten und vollständigen Abrechnung erbrachter Vertragsleistungen als grundsätzlich geeignet an. Nach § 8 Abs 1 Landesvertrag sind die Rechnungen von den Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen. Berichtigungs- und Rückforderungstatbestände sind dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen (§ 8 Abs 2 Satz 2 Landesvertrag). Diese kurzen Fristen sind Ausdruck des Beschleunigungsgebots und dienen einer schnellen, umfassenden und abschließenden Regelung aller Abrechnungsvorgänge. Zahlungen sind möglichst aus dem jeweils aktuell zur Verfügung stehenden Finanzvolumen zu erbringen und Rückstellungen oder Nachvergütungen weitestgehend zu vermeiden. Deshalb ist es auch sinnvoll und von Rechts wegen nicht zu beanstanden, dass § 8 Abs 4 Landesvertrag eine Frist von einem Jahr statuiert, nach deren Ablauf keine Forderungen aus Vertragsleistungen mehr geltend gemacht werden können. Diese Ausschlussfrist ist für die Leistungserbringer nicht einseitig benachteiligend, weil auch Beanstandungen der Krankenkassen nach § 8 Abs 3 Satz 1 Landesvertrag innerhalb eines Jahres geltend zu machen sind. Der Landesvertrag folgt insoweit dem Prinzip der Waffengleichheit - nach Ablauf eines Jahres sollen sowohl Beanstandungen von Rechnungen als auch Forderungen aus Vertragsleistungen nicht mehr möglich sein.

16

Es kann dahinstehen, ob Fallkonstellationen denkbar sind, in denen über mögliche Ausnahmen von der Ausgestaltung der oa Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist nachzudenken wäre, wie dies etwa in dem vom 6. Senat entschiedenen Sachverhalt der Fall gewesen ist (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 19](#) RdNr 17, 20). Denn zum Einen geht es hier nicht um die Eigengesetzlichkeit eines auf einzelne Quartale bezogenen Gesamtvergütungssystems, welches darauf ausgerichtet ist, dass nach jedem Quartal möglichst schnell und möglichst umfassend die für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Beträge ausgekehrt werden. Zum Anderen liegen auch keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass die Klägerin die Jahresfrist des § 8 Abs 4 Landesvertrag aus von ihr nicht zu vertretenden Umständen nicht hat einhalten können. Die Klägerin hat im Gegenteil nichts dazu vorgetragen, weshalb sie nach der Erkenntnis, die Zuzahlung nicht von der Versicherten E. B. erhalten zu können, mit der weiteren Geltendmachung ihrer Ansprüche noch bis zum 4. Juli 2001 gewartet hat.

17

e) Die von der Klägerin erhobenen Ansprüche werden auch von der Regelung des § 8 Abs 4 Landesvertrag erfasst. Zu Unrecht meint diese, die Vorschrift erfasse nur die erstmalige Geltendmachung von Forderungen aus Vertragsleistungen bzw die erstmalige Erstellung der Abrechnung überhaupt. Für eine solch einschränkende Interpretation gibt schon der Wortlaut des § 8 Abs 4 Landesvertrag nichts her. Insbesondere sprechen aber Sinn und Zweck der Ausschlussfrist gegen diese Deutung: Sie dient - wie bereits dargelegt - der Beschleunigung des Abrechnungsverfahrens iS eines möglichst raschen Abschlusses und ohne langwierige Rückstellungen und bezweckt damit die verwaltungstechnische Vereinfachung. Forderungen aus Vertragsleistungen sollen ebenso wie Beanstandungen der Krankenkassen spätestens nach Ablauf eines Jahres nicht mehr erhoben werden können. Dies gilt für alle der im Landesvertrag vorgesehenen Leistungsfälle.

18

Zu Unrecht weist die Klägerin schließlich noch darauf hin, dass sie gar keine Vergütungsansprüche iS des § 8 Abs 4 Landesvertrag geltend mache. Da die vorstehende Regelung alle Forderungen aus Vertragsleistungen der Beklagten erfasst, muss dies auch für solche Ansprüche der Klägerin gelten, die auf nicht realisierbaren Zuzahlungen der Versicherten für Vertragsleistungen basieren. Denn auch insoweit ist auf den Sinn und Zweck der Ausschlussfrist abzustellen - spätestens ein Jahr nach Abgabe einer Vertragsleistung sollen hieraus resultierende Ansprüche der Vertragspartner nicht mehr erhoben werden können.

19

3. Soweit die Klägerin einen Anspruch aus Anlass der Belieferung des Versicherten D. J. mit einem Gilchristverband (Zahlungsbetrag: 21,01 EUR) gegen die Beklagte geltend macht, ist dieser nicht von der Ausschlussfrist des § 8 Abs 4 Landesvertrag betroffen, da die Geltendmachung innerhalb der Jahresfrist geschehen ist. Zwar hat die Klägerin dann noch einmal fast 2½ Jahre abgewartet, bis sie ihren vermeintlichen Anspruch wiederum geltend gemacht hat, doch damit wird der Ausschlussstatbestand des § 8 Abs 4 Landesvertrag nicht erneut erfüllt, weil die streitige Forderung innerhalb der Jahresfrist bereits einmal erhoben worden war. Damit konnte die Beklagte den vermeintlichen Anspruch der Klägerin und konnte sich darauf einstellen. Ein Zahlungsanspruch der Klägerin ist indes von vornherein nicht begründet worden.

20

a) Durch Art 1 Nr 26 GSG wurde [§ 43b SGB V](#) als gesetzliche Regelung für den Zahlungsweg bei Geldleistungen neu geschaffen. Leistungserbringer haben danach Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen (Satz 1). Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen (Satz 2). In [§ 33 Abs 2 SGB V](#), der sich mit dem Umfang der Kostentragungspflicht der Krankenkassen im Hilfsmittelbereich befasst, wurde durch Art 1 Nr 10 des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG)) vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) ein neuer Satz 3 angefügt, der wie folgt lautet: "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." Diese hier in zeitlicher Hinsicht einschlägige Gesetzesfassung hatte vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 2003 Bestand. Durch Art 1 Nr 34 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)) vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)) wurde mit Wirkung zum Jahresbeginn 2004 die bisherige Regelung in [§ 43b SGB V](#) dort zum Abs 1 und ein weiterer Abs 2 angefügt, der nunmehr Sonderregelungen für die Praxisgebühr - [§ 28 Abs 4 SGB V](#) - enthält.

21

Zuzahlungen der Versicherten zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in vielen Bereichen vorgesehen und im Grundsatz nichts Neues (zB früher die sog Verordnungsblattgebühr nach § 182a Reichsversicherungsordnung (RVO) oder die Zuzahlung bei Krankenhauspflege nach § 184 Abs 3 RVO; zB heute: sog Praxisgebühr - [§ 28 Abs 4 SGB V](#) sowie die Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandsmitteln - [§ 31 Abs 3 SGB V](#), bei Heil- und Hilfsmitteln - [§ 32 Abs 2](#) und [§ 33 Abs 2 Satz 5 SGB V](#), bei häuslicher Krankenpflege - [§ 37 Abs 5 SGB V](#) oder bei stationären Maßnahmen - [§§ 23 Abs 6](#), [24 Abs 3](#), [39 Abs 4](#), [40 Abs 5](#) und 6 SGB V). Alle diese Zuzahlungspflichten stellen eine Form der Selbstbeteiligung der Versicherten dar, die zur Kostensenkung in der GKV beitragen soll (Höfler in: Kasseler Kommentar - Bd I Stand: Dezember 2004, [§ 39 SGB V](#) RdNr 51 mwN; Schmidt in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung - Teil II Stand: Juni 2004, § 39 RdNr 412 mwN). Sie sind keine Sonderbeiträge und weichen nicht vom Solidarprinzip des [§ 1 SGB V](#) ab; sie sollen vielmehr das Kostenbewusstsein der Versicherten stärken und die Inanspruchnahme von Leistungen auf der Basis des Wirtschaftlichkeitsgebots fördern (Schneider in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts - Bd I, § 22 RdNr 397; Höfler aaO; Schmidt aaO sowie Berstermann in Peters, aaO, Stand September 1998, § 33 RdNr 29). Das Sachleistungsprinzip wird dadurch nicht durchbrochen, sondern durch die Pflicht zur partiellen Eigenbeteiligung iS von wirtschaftlichem Verhalten inhaltlich ergänzt.

22

Die rechtliche Konstruktion im Dreiecksverhältnis Leistungserbringer - Versicherter - Krankenkasse ist in der Regel folgende: Leistungserbringer und Versicherter stehen in privat-, meist kauf- oder werkvertragsrechtlichen Beziehungen zueinander, während die Krankenkasse dem Versicherten hoheitlich gegenüber tritt ([§§ 11, 21](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil); Leistungserbringer und Krankenkasse stehen sich in einem Gleichordnungsverhältnis gegenüber, welches dem öffentlichen Recht unterliegt ([§ 69 Satz 1 SGB V](#)) und zumeist durch vertragliche Regelungen näher ausgestaltet ist. Der Anspruch auf die Zuzahlung steht in diesem Dreiecksverhältnis der Krankenkasse zu, und zwar unabhängig von der konkreten Zahlungs- oder Verrechnungsweise (Höfler aaO § 39 RdNr 52 mwN; Schneider aaO § 22 RdNr 402). Denn sie ist es, die zuvorderst auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)) zu achten und dafür zu sorgen hat, dass die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Schuldner des Anspruchs auf Zuzahlung ist der Versicherte; der Leistungserbringer ist der Krankenkasse allerdings nach [§ 43b Satz 1 SGB V](#) aF zum Forderungseinzug und zur

anschließenden "Verrechnung" (dh Aufrechnung) mit dem eigenen Vergütungsanspruch verpflichtet (vgl auch die Gesetzesbegründung zu [§ 43b SGB V](#), [BT-Drucks 12/3608 S 82](#)). Der Leistungserbringer führt insoweit nur einen gesetzlichen Inkassoauftrag aus (Höfler aaO § 43b RdNr 6 und § 39 RdNr 52; vgl auch BSG SozR 2200 § 372 Nr 1). Die Tatsache, dass die Krankenkasse Inhaberin des Anspruchs auf die Zuzahlung ist, wird durch [§ 43b Satz 2 SGB V](#) aF verdeutlicht, wonach die Krankenkasse die Zuzahlung bei deren Nichteinbringlichkeit selbst vom Versicherten einzuziehen hat.

23

Mit der Einführung des [§ 43b SGB V](#) aF sollten die technische Abwicklung bei Zuzahlungen geregelt und mögliche Zweifelsfälle bei Geldtransfers durch die Versicherten geklärt werden ([BT-Drucks 12/3608 S 82](#); Schneider aaO § 22 RdNr 400). Dieses Ziel wurde weitgehend erreicht und betraf alle zur damaligen Zeit vorgesehenen Zuzahlungen; Hilfsmittel iS von [§ 33 SGB V](#) wurden allerdings immer noch zuzahlungsfrei gewährt. Im Entwurf des 2. GKV-NOG vom 12. November 1996 sahen die Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. zur Sicherung der Finanzgrundlagen in der GKV dann allerdings vor, die Versorgung mit Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen; die paritätische Finanzierung erschien ihnen nicht mehr erforderlich, da es sich um Leistungen handele, die dem Bereich der Eigenverantwortung zugerechnet werden könne ([BT-Drucks 13/6087 S 6](#), 24). Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurden Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie jedoch wieder in den Leistungskatalog der GKV eingefügt und stattdessen die Zuzahlungsregelung des [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF normiert. Hierdurch sollte der erhöhten Eigenverantwortung der Versicherten auch in diesem Leistungsbereich Rechnung getragen werden ([BT-Drucks 13/7264 S 60](#)); weiter heißt es zur Begründung:

"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 des [§ 43b 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, sodass für die in [§ 43b Satz 1 SGB V](#) vorgesehene Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse kein Raum ist. Deshalb kann auch [§ 43b Satz 2 SGB V](#) hier nicht angewendet werden."

24

Durch diese Neuregelung wird die regelmäßige rechtliche Zuordnung im Dreiecksverhältnis Leistungserbringer - Versicherter - Krankenkasse modifiziert. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers wird kraft Gesetzes von vornherein aufgeteilt, und zwar in den Anspruch nach [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF gegen den Versicherten in Höhe von 20 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages und einen weiteren Anspruch gemäß § 6 Abs 1, 2 oder 3 Landesvertrag gegen die Krankenkasse in Höhe der übrigen 80 %. Dies stellt eine vom Gesetz gewollte Modifikation des Regelfalls dar, wie sich aus dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzesbegründung ergibt, die [§ 43b Satz 2 SGB V](#) ausdrücklich als nicht anwendbar erklärt.

25

b) Die in [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF getroffene Regelung ist nicht systemwidrig, abgesehen davon, dass es dem Gesetzgeber auch erlaubt ist, vom System abzuweichen, solange er nicht gegen das Willkürverbot des GG (Art 3) verstößt (dazu unter 4.). Denn ein bestimmtes Grundprinzip ist bei den Zuzahlungsregelungen nicht zu erkennen. Grundsätzlich regeln zwar [§ 33 SGB V](#) die Ansprüche der Versicherten gegen die Krankenkasse und [§ 127 SGB V](#) iVm den Landesverträgen die Ansprüche der Leistungserbringer; gleichwohl hat dies den Gesetzgeber aber nicht gehindert, Einzelheiten des Vergütungsanspruchs der Leistungserbringer an anderer Stelle im SGB V zu modifizieren. Dies ist zB gerade in [§ 43b SGB V](#) geschehen, der als erste Vorschrift die Zahlungswege und damit das Inkassorisiko bestimmt und auf den sich die Klägerin ausdrücklich beruft. Einen anderen Weg ist der Gesetzgeber bei der späteren Regelung in [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF gegangen, in dem er die Zuzahlungsregelung direkt bei der speziellen Leistungsnorm ansiedelte. Wiederum einen anderen Weg hat der Gesetzgeber bei der Einführung der sog Praxisgebühr in [§ 28 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) durch das GMG vom 14. November 2003 gewählt: Versicherte haben danach je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers ... eine Zuzahlung zu leisten. Diese Zuzahlung haben die Leistungserbringer gemäß [§ 43b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) - ebenfalls eingefügt durch das GMG, aber nicht bei der Leistungsnorm des [§ 28 SGB V](#) - einzubehalten; ihr Vergütungsanspruch verringert sich entsprechend. Aber auch hier hat der Gesetzgeber von der Grundregel des [§ 43b Abs 1 SGB V](#) (= [§ 43b SGB V](#) aF) eine Ausnahme geschaffen und die Inkassoregelung des [§ 43b Abs 1 Satz 2 SGB V](#) damit ausgeschlossen, soweit die Leistung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den [§§ 82, 83 SGB V](#) erbracht und abgerechnet wird. Das bedeutet, dass nach den Vorstellungen des Gesetzgebers nicht die Krankenkassen das Inkassorisiko tragen, sondern die Leistungserbringer selbst (so ausdrücklich [BT-Drucks 15/1525 S 91](#); ebenso Höfler, aaO, Stand Mai 2006, § 28 RdNr 36).

26

c) Zu Unrecht weist die Klägerin darauf hin, dass sie nicht geleistete Zuzahlungen mangels Aktivlegitimation nicht gerichtlich durchsetzen könnte. Sie verkennt insoweit, dass sie entsprechend der gesetzlichen Konzeption als Rechtsinhaberin - an Stelle der Krankenkasse - in eigenem Namen agieren und ihre Forderung eintreiben kann. Letztlich ist dieser Fall nicht anders als der in §§ 6 Abs 5, 7 Abs 4 Landesvertrag geregelte Fall zu sehen, dass der Versicherte auf eigenen Wunsch mit einer aufwändigeren Ausführung als verordnet versorgt wird. Er hat dann die entsprechenden Mehrkosten selbst zu tragen; Gläubiger dieses Anspruchs ist der Leistungserbringer. Die Krankenkasse ist bei derartigen Zusatzleistungen rechtlich nicht betroffen; der Leistungserbringer muss gemäß § 7 Abs 4 Satz 2 Landesvertrag lediglich die Art der Zusatzleistung bei der Abrechnung der "normalen" Vertragsleistung mit der Krankenkasse angeben.

27

Der Senat setzt sich nicht in Widerspruch zur Entscheidung des 4. Senats vom 16. Dezember 1993 ([BSGE 73, 271](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 4](#)), die nur die Zuzahlungsregelung nach [§ 43b SGB V](#) zum Gegenstand hatte. Entsprechendes gilt für die von der Klägerin weiterhin angeführte Entscheidung des Senats vom 16. April 1998 ([SozR 3-2500 § 60 Nr 2](#)), bei der es allein um die Frage ging, wer die Einziehung der

Zuzahlungen bei Krankentransporten vorzunehmen hat. Für die hier zu entscheidende Problematik des Inkassorisikos lassen sich daraus keine entscheidungserheblichen Schlussfolgerungen herleiten.

28

d) Der Gesetzgeber plant im Übrigen durch Art 1 Nr 17 Buchst e des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung folgende Regelung in [§ 33 Abs 8 SGB V \(BT-Drucks 16/3100 S 9\)](#), die nach den obigen Ausführungen nicht als Neuregelung, sondern als (deklaratorische) Klarstellung zu verstehen ist:

"Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf."

29

In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, durch die Ergänzung in Satz 2 werde wegen in der Praxis aufgetretener Auslegungsprobleme klargestellt, dass abweichend von [§ 43b Abs 1 Satz 2 SGB V](#) der Leistungserbringer die Zuzahlung einzuziehen habe und das Inkassorisiko trage ([BT-Drucks 16/3100 S 103](#)). Damit wird nochmals verdeutlicht, dass der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers kraft Gesetzes aufgeteilt wird, und zwar in einen Anspruch gegen den Versicherten in Höhe eines bestimmten von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages und einen weiteren Anspruch gegen die Krankenkasse, abzüglich der jeweiligen Zuzahlung.

30

e) Es kann im vorliegenden Fall unentschieden bleiben, ob es Ausnahmen von der in [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF getroffenen Regelung geben muss - etwa wenn ein Leistungserbringer Hilfsmittel in Notfällen anliefert und seine Leistung dabei naturgemäß nicht von einer Vorauszahlung abhängig machen kann. Die Verweigerung beispielsweise einer Halsstütze nach einem Autounfall mangels Zuzahlung könnte im Einzelfall sogar den Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung erfüllen. Um einen derartigen Ausnahmefall handelt es sich hier indes nicht, denn die Belieferung des Versicherten D. J. mit einem Gilchristverband diene zur Ruhigstellung einer Schulter-Arm-Verletzung und nicht zur Behandlung eines Notfalles.

31

4. Verfassungsrecht wird durch die Regelung des [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF nicht verletzt. Insbesondere liegt kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz - [Art 3 Abs 1 GG](#) - vor. Der Gesetzgeber hat zwar die Zahlungswege bei Zuzahlungen in [§ 43b SGB V](#) aF grundsätzlich so geregelt, dass die Krankenkassen das Inkassorisiko tragen, [§ 43b Satz 2 SGB V](#) aF. Hiervon macht [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF eine Ausnahme zu Ungunsten der Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich bei Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, denn diese müssen die hierfür vorgesehenen Zuzahlungen als eigene Forderungen selbst einziehen. Diese Ungleichbehandlung ist vor dem Hintergrund sachlich gerechtfertigt, dass noch im Entwurf des 2. GKV-NOG zunächst vorgesehen war, die Versorgung mit Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen, weil es sich um Leistungen handelt, die dem Bereich der Eigenverantwortung zugerechnet werden können ([BT-Drucks 13/6087 S 6](#), 24). Im späteren Gesetzgebungsverfahren sind diese Leistungen jedoch im Leistungskatalog der GKV belassen worden; stattdessen ist die Zuzahlungsregelung des [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) aF normiert worden. Da der Gesetzgeber gerade im Bereich der Sozialgesetzgebung einen weiten Gestaltungsspielraum hat (vgl [BVerfGE 49, 260](#), 271; [61, 138](#), 147 = SozR 4100 § 34 Nr 10 S 22), ist es nicht zu beanstanden, dass er statt der Streichung dieser Leistungen letztlich ein Konzept gefunden hat, dass die Versorgung zwar weiterhin gewährleistet, das Kostenbewusstsein von Versicherten und Leistungserbringern gerade in diesem Bereich aber besonders schärft. Das in [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) normierte Sachleistungsprinzip besitzt keinen Verfassungsrang und lässt Durchbrechungen der vorliegenden Art durchaus zu, wenn dies zur Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots dienlich ist. Zudem ist es im Geschäftsleben allgemein üblich, dass sich der Verkäufer einer Sache oder der Werklieferant selbst um die Realisierung des Zahlungsanspruchs kümmern und ihn ggf eintreiben muss. Dies gilt hier umso mehr, weil die Leistungserbringer in anderen Versorgungsbereichen - etwa bei privat Versicherten - für ihre Zahlungsansprüche ebenfalls das Inkassorisiko tragen.

32

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 1](#) und [Abs 3](#), [47 Abs 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-06-06