

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 13/95

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Allgemeine Ortskrankenkasse Mittelfranken,
Nürnberg, Frauentorgraben 49,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 12. März 1996 durch den Richter K u m m e r als Vorsitzenden,
die Richter Dr. D r e h e r und Dr. B e r c h t o l d sowie die ehrenamtlichen Richter D o c k
h o r n und G e r n e r für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10. März 1995 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen, die der Klägerin durch die Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Chirurgen entstehen.

Die Klägerin ist seit 1965 bei der Beklagten im Wege der Familienversicherung freiwillig krankenversichert. Seit April 1992 wird sie durch den nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Chirurgen Dr. A. wegen eines Beinleidens behandelt. Durch Bescheid vom 6. August 1993 teilte die Beklagte der Klägerin mit, daß sie künftig die durch die Behandlung bei Dr. A. entstehenden Kosten nicht mehr erstatten werde, weil seit Beginn des Jahres 1993 nur bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes ein Anspruch auf Erstattung bestehe. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte zurück (Widerspruchsbescheid vom 1. Oktober 1993).

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und festgestellt, daß die Beklagte in den Grenzen des § 13 Abs 2 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Erstattung der Kosten verpflichtet ist, die der Klägerin bei Inanspruchnahme des nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Dr. A. entstehen. In den Entscheidungsgründen wird ua ausgeführt: Die neue Vorschrift des § 13 Abs 2 SGB V, mit deren Inkrafttreten gleichzeitig Art 61 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) aufgehoben worden sei, schränke die bislang übliche Erstattungspraxis nicht ein. Bereits nach seinem Wortlaut verbiete § 13 Abs 2 SGB V die Kostenerstattung an freiwillige Mitglieder nicht, die die Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer in Anspruch genommen hätten. Er unterscheide auch nicht zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Gruppen von Leistungserbringern. Schon das spreche für die Einbeziehung aller Leistungsanbieter in das Kostenerstattungssystem. Darüber hinaus habe der Gesetzgeber eine Beschränkung auch offensichtlich nicht gewollt. Nach seinem Willen sollte § 13 Abs 2 SGB V alle freiwillig Versicherten gleichstellen, weil das Bundessozialgericht (BSG) Nichtersatzkassen eine Kostenerstattung untersage und es die Zulässigkeit von Kostenerstattungsregelungen für die Ersatzkassen bezweifelt habe. Im übrigen ständen freiwillig versicherte Mitglieder außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb sei kein Grund ersichtlich, sie bezüglich der Kostenerstattung in das Sachleistungsprinzip einzubinden. Dies entspreche auch dem Willen des Gesetzgebers, wie sich aus der Entstehungsgeschichte ergebe. Noch im Referentenentwurf sei der Hinweis enthalten gewesen, die Kostenerstattung auf Fälle zu beschränken, in denen zugelassene Leistungserbringer tätig geworden seien. Dies habe man in der amtlichen Begründung fortfallen lassen. Damit habe der Gesetzgeber im Ergebnis die bisher von den Ersatzkassen praktizierte Kostenerstattung bestätigt. Mit der



Gesetzesänderung sollte auch den übrigen Krankenkassen für ihre freiwilligen Mitglieder diese Möglichkeit eröffnet werden.

Mit der - vom SG durch Beschluß vom 9. Mai 1995 zugelassenen - Revision macht die Beklagte ua geltend: Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe nach § 13 Abs 2 SGB V - wie das BSG in seiner Entscheidung vom 10. Mai 1995 (1 RK 14/94) entschieden habe - nur dann, wenn sich das freiwillige Mitglied von Ärzten behandeln lasse, die zur vertragsärztlichen bzw vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt seien. Denn auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen hätten nach § 76 Abs 1 Satz 1 SGB V nur die Wahl zwischen den zur vertragsärztlichen bzw vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und den ermächtigten Ärzten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10. März 1995 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und macht ergänzend geltend: Im Falle einer für sie ungünstigen Entscheidung sei der Rechtsstreit an das erstinstanzliche Gericht zurückzuverweisen. Das SG habe nämlich nicht geprüft, ob ihr der geltend gemachte Anspruch unter Gesichtspunkten des Vertrauensschutzes zustehe.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>).

II

Die Revision der Beklagten ist zulässig.

Das SG hat die Revision durch Beschluß vom 9. Mai 1995 zugelassen. Daran ist das BSG gebunden (§ 161 Abs 2 Satz 2 SGG). Die Zulässigkeit der Sprungrevision setzt nach § 161 Abs 1 Satz 1 SGG außerdem voraus, daß die Revisionsgegnerin schriftlich zustimmt. Das ist hier ebenfalls geschehen.

Die vom Gesetz geforderte Zustimmung des Gegners zur Sprungrevision meint nicht dessen Einverständnis mit der Zulassung der Sprungrevision, sondern Zustimmung zur Einlegung der Revision anstelle der Berufung. Grund dafür ist der Schutz des



Rechtsmittelgegners, weil die Einlegung der zugelassenen Sprungrevision den Verlust der zweiten Tatsacheninstanz zur Folge hat (vgl. § 161 Abs 5 SGG; BSG SozR 1500 § 161 Nrn 3, 5, 29 und SozR 3-1500 § 161 Nr 7; vgl. BVerwG Buchholz 310 § 134 VwGO Nr 29). Die Klägerin hat zwar nicht ausdrücklich in die Einlegung der Sprungrevision eingewilligt, ihre - dem Gesetzeswortlaut entsprechende - Zustimmung zur Sprungrevision gegen das Urteil des SG ist aber nicht anders zu verstehen.

Allerdings hat die Rechtsprechung gefordert, daß die Zustimmung des Rechtsmittelgegners zur Einlegung der Revision eindeutig erklärt sein muß. Sie hat es daher in der Regel für ausgeschlossen gehalten, eine "Zustimmung zur Zulassung" bzw. eine "Zustimmung zur Sprungrevision" als die erforderliche Zustimmung zur Einlegung anzusehen, wenn diese Erklärung vor dem Ergehen des Urteils (und der Zulassungsentscheidung) abgegeben worden war. Das ist damit begründet worden, daß zwischen der Einwilligung zur Zulassung der Sprungrevision und der Zustimmung zur Einlegung aus der Sicht des Erklärenden ein wesentlicher Unterschied bestehe. Die Zulassung sei nämlich für ihn vorteilhaft, weil sie ggf. auch seine Rechtsmittelmöglichkeiten erweitere; die Einlegung der Revision mit seiner Zustimmung sei dagegen für ihn wegen des schon erwähnten Verlustes der zweiten Tatsacheninstanz nachteilig (BSG aaO; BVerwG aaO). Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Erklärung, die zwar vor der Zulassung der Sprungrevision, aber nach der am 31. März 1995 erfolgten Zustellung des vollständigen Urteils abgegeben worden ist. In einem solchen Fall spricht nichts dagegen, selbst in einer "Zustimmung zur Zulassung der Revision" auch die Zustimmung zu deren Einlegung zu sehen, sofern dies nach den erkennbaren Umständen dem wirklichen Willen des Erklärenden entspricht (BVerwG Buchholz 310 § 134 VwGO Nr 41). Regelmäßig muß dies erst recht gelten, wenn nach Vorliegen des vollständigen Urteils die "Zustimmung zur Sprungrevision" erklärt wird, wie es dem Gesetzeswortlaut entspricht, und die Beteiligten allein über eine bislang vom Revisionsgericht nicht geklärte Rechtsfrage streiten, deren baldige Klärung sie herbeiführen wollen (BSG SozR 3-4100 § 249c Nr 2, S 3).

Die Revision ist auch begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, daß die Beklagte die der Klägerin durch die Inanspruchnahme eines nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Chirurgen entstehenden Kosten übernimmt.

Nach § 13 Abs 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB vorsieht. Der Anspruch setzt daher zunächst voraus, daß die Klägerin einen Anspruch auf Sachleistung hat. Diese Voraussetzung ist erfüllt. Die Klägerin befindet sich seit April 1992 wegen eines Beinleidens bei einem Chirurgen in Behandlung. Die Beklagte muß ihr, auch über den im Bescheid vom 6. August 1993 genannten Zeitpunkt hinaus gemäß § 11 Abs 1 Satz 1 Nr 4 iVm § 27



Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V die ärztliche Behandlung als Sachleistung (vgl § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) gewähren. Insoweit besteht zwischen den Beteiligten auch kein Streit.

Die Klägerin verlangt indessen anstelle der nicht in Anspruch genommenen Sachleistung die Erstattung der Kosten, die ihr durch die ärztliche Behandlung entstehen. Der geltend gemachte Anspruch scheitert jedoch daran, daß die Klägerin einen Chirurgen in Anspruch genommen hat bzw nehmen will, der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Nach § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V idF des Art 1 Nr 5a des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz <GSG>) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) können freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Die Klägerin ist zwar freiwilliges Mitglied der Beklagten. Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V nF ist aber ausgeschlossen, wenn das freiwillige Mitglied - wie im vorliegenden Fall - von einem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Arzt behandelt worden ist (so schon Urteil des erkennenden Senats vom 10. Mai 1995, BSGE 76, 101 = SozR 3-1300 § 13 Nr 7).

Dies ergibt sich insbesondere aus § 76 Abs 1 SGB V. Danach können die Versicherten unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, den ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs 2 Satz 2, den nach § 72a Abs 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V). Diese Regelung gilt - wie der Wortlaut ("Die Versicherten") deutlich macht - auch für freiwillig Versicherte, und zwar nicht nur, soweit die Krankenkassen nach § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen zur Verfügung stellen, also bei der Gewährung von Sachleistungen, sondern auch für die Kostenerstattung (ebenso Heinze in Gesamtkomm, § 13 Anm 5; vgl ferner Bundesministerium für Gesundheit, Schreiben vom 12. Februar 1993 - 221-44012 222-44012-5 -, Die Leistungen 1993, 130; Staatssekretär Wagner auf eine parlamentarische Anfrage, BT-Drucks 12/4650, S 40; aA Schulin in Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 Krankenversicherungsrecht, § 6 RdNr 121 und 123; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Komm, § 13 RdNr 12; Zuck, NZS 1994, 254, 258 f). Wenn der Gesetzgeber die freiwillig Versicherten hiervon hätte ausnehmen wollen, dann hätte er in § 13 Abs 2 SGB V eine ausdrückliche Ausnahme von den Vorschriften des § 76 Abs 1 Sätze 1 und 2 SGB V gemacht (vgl in diesem Zusammenhang BSGE 72, 93, 95 = SozR 3-2500 § 64 Nr 1 zur Kostenerstattung im Rahmen einer Erprobungsregelung nach § 64 SGB V).



Eine freie Wahl der zur Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF berechtigten Mitglieder unter allen approbierten Ärzten ließe sich auch mit dem bisherigen System der sozialen Krankenversicherung (vgl dazu BT-Drucks 12/3608, S 76) nur schwer vereinbaren. Nicht zugelassene oder nicht ermächtigte Ärzte unterliegen nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 SGB V. Nach dieser Vorschrift müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Da ein nicht zugelassener oder nicht ermächtigter Arzt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt (vgl § 106 SGB V), könnte eine extensive Auslegung des § 13 Abs 2 SGB V nF Nachteile für die gesetzliche Krankenversicherung zur Folge haben, insbesondere zu einer unvertretbaren finanziellen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen führen (so auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 1993 - L 4 Kr 1799/93 - Breithaupt 1994, 719, 722; vgl dazu auch Schmidt und Schöne, MDR 1994, 755, 756; Igl in von Maydell, GK-SGB V, § 13 RdNr 19).

Die Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte durch freiwillige Versicherte würde ferner in Widerspruch zu wichtigen Regelungen stehen, die der Gesetzgeber mit dem GSG getroffen hat (so mit Recht Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 12. Februar 1993 - 221-44012 222-44012-5 -).

Dies gilt zB für die Regelungen über das Arznei- und Heilmittelbudget. Nach § 84 Abs 1 Satz 4 SGB V stellt die Kassenärztliche Vereinigung, wenn die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget übersteigen, sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Zu diesen Ausgaben rechnen auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind (§ 84 Abs 1 Satz 8 SGB V). Soweit der Ausgleich nicht erfolgt, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag (§ 84 Abs 1 Satz 6 SGB V). Könnten im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF auch nicht zugelassene und nicht ermächtigte Ärzte in Anspruch genommen werden, so würde sich deren Verordnungsweise uU auch auf die Gesamtvergütung der an der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte mindernd auswirken, obwohl die nicht zugelassenen Leistungserbringer keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Das kann aber nicht vom Gesetzgeber beabsichtigt sein. Vielmehr setzen die Vorschriften des § 84 SGB V gerade voraus, daß auch im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF nur zugelassene oder ermächtigte Ärzte tätig werden. Dies wird durch § 84 Abs 3 SGB V bestätigt. Denn die dort vorgesehene Vereinbarung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung über einheitliche



arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen ist nur rechtlich hinsichtlich der Ärzte möglich, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und damit an die für Vertragsärzte geltenden Vereinbarungen gebunden sind.

Auch bei der Veränderung der Gesamtvergütungen sind die ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen, die in Fällen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF erbracht werden. Denn die Vertragsparteien vereinbaren nach § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Wie § 84 SGB V setzt auch diese Regelung voraus, daß sich der freiwillige Versicherte, der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF beehrt, nur von zugelassenen und ermächtigten Ärzten behandeln läßt.

Noch deutlicher wird die vom Gesetzgeber gewollte Beschränkung auf die Inanspruchnahme zugelassener Ärzte durch die Vorschrift des § 85 Abs 4b SGB V. Sie regelt den Vergütungsanspruch von Vertragszahnärzten, deren Praxisumfang eine bestimmte Grenze überschreitet, und zwar ab einer Gesamtpunktmenge von 350.000 Punkten je Kalenderjahr. In die Ermittlung der Punktmengen sind - wie es in § 85 Abs 4b Satz 13 SGB V heißt - die Kostenerstattungen nach § 13 Abs 2 SGB V einzubeziehen. Diese werden gemäß § 85 Abs 4b Satz 14 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt. Die Einbeziehung in die Ermittlung der Punktmengen ist aber nur gerechtfertigt, weil aus der Sicht des Gesetzgebers auch die Leistungen der Ärzte im Rahmen der Kostenerstattung Teil der vertragsärztlichen Versorgung im weiteren Sinne sind und auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte beschränkt bleiben sollen.

Der grundsätzliche Ausschluß der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte ist auch verfassungsrechtlich geboten. Ohne die Beschränkung auf die zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringer würde die Kostenerstattungsregelung des § 13 Abs 2 SGB V nF zu einer sachlich ungerechtfertigten Ungleichbehandlung (Verstoß gegen Art 3 Grundgesetz <GG>) freiwilliger und versicherungspflichtiger Mitglieder der Krankenkassen führen. Der vom Gesetzgeber in der Begründung zu § 13 (BT-Drucks 12/3608, S 76 zu Nr 5) für die Gesetzesänderung genannte Gesichtspunkt, Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb um freiwillige Mitglieder zu schaffen, ist zwar ein sachlicher Grund, den freiwilligen Mitgliedern aller Krankenkassen die Möglichkeit der Kostenerstattung einzuräumen. Dieses Ziel wird aber bereits erreicht, wenn sich die Kostenerstattung auf die Inanspruchnahme



zugelassener oder ermächtigter Ärzte beschränkt (vgl dazu Igl, aaO, § 13 RdNr 19). Eine Kostenerstattungsregelung, die den freiwilligen Mitgliedern auch die Inanspruchnahme nicht zugelassener und nicht ermächtigter Ärzte ermöglicht, würde einem Teil der Mitglieder derselben Solidargemeinschaft ohne zwingenden Grund Rechte einräumen, die versicherungspflichtige Mitglieder nicht haben. Mit der vom Gesetzgeber gegebenen Begründung zur Änderung des § 13 SGB V ließe sich eine derartige Ungleichbehandlung jedenfalls nicht rechtfertigen. Es sind aber auch keine anderen sachlichen Gründe für eine so weitgehende Ausnahmeregelung zugunsten der freiwilligen Mitglieder der Krankenkassen erkennbar.

Dem kann weder der Wortlaut noch die Entstehungsgeschichte des § 13 Abs 2 SGB V nF entgegengehalten werden. Denn beide sind für die hier zu entscheidende Streitfrage unergiebig.

Aus den Worten "anstelle der Sach- oder Dienstleistung" in § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V nF kann nicht geschlossen werden, daß der Versicherte einen zur vertragsärztlichen bzw vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt bzw Zahnarzt in Anspruch genommen haben muß (so aber Zipperer, DOK 1993, 25, 35; ders in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V-Komm, 1200 § 13 SGB V RdNr 9d und 9e; Staatssekretär Wagner auf eine parlamentarische Anfrage <BT-Drucks 12/4650, S 39>; Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. Februar 1993 - 221-44012 222-44012-5 -, Die Leistungen 1993, 130). Der erkennende Senat hat bereits in seinem Urteil vom 10. Februar 1993 (BSGE 72, 93, 94 = SozR 3-2500 § 64 Nr 1) zu der in § 64 Abs 1 Satz 1 SGB V verwendeten Formulierung "anstelle der in diesem Buch vorgesehenen Sachleistungen" ausgeführt: Daraus werde lediglich deutlich, daß die Krankenkassen Kostenerstattung nur für solche Leistungen gewähren dürften, die vom Sachleistungsanspruch umfaßt seien. So wäre beispielsweise eine Satzung rechtswidrig, die für diejenigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die nach § 34 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen seien, Kostenerstattung vorsieht. Entsprechendes gilt für § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V nF. Die in dieser Vorschrift verwendete Formulierung "anstelle der Sach- oder Dienstleistung" hat nur Bedeutung für den sachlichen Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen, nicht aber für die Frage, wen das freiwillige Mitglied als Leistungserbringer wählen darf (so im Ergebnis auch Zuck, NZS 1994, 254, 257).

Auch die Entstehungsgeschichte des § 13 Abs 2 SGB V nF ist in diesem Zusammenhang unergiebig. Die Begründung des Gesetzentwurfs zum GSG (BT-Drucks 12/3608, S 76 zu Nr 5) hebt zwar hervor, daß das System der sozialen Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip geprägt und getragen sei und daß an diesem grundsätzlichen Strukturelement der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin festgehalten werde. Die Begründung geht aber nicht darauf ein, ob der freiwillig Versicherte sich von nicht zur vertragsärztlichen bzw vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen oder nicht



ermächtigten Ärzten behandeln lassen darf. In der Begründung zum Referentenentwurf der Koalitionsfraktionen vom Juli 1992 (s dazu Schmidt und Schöne, aaO S 756) stand zwar noch zu § 13 folgender Satz:

"Für Leistungen, die von einem nicht zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, darf die Krankenkasse keine Kosten erstatten."

Daß dieser Satz nicht in die offizielle Begründung zum Gesetzentwurf vom 5. November 1992 (BT-Drucks 12/3608) übernommen worden ist, rechtfertigt jedoch - entgegen der Auffassung des SG und entgegen Schulin (aaO, § 6 RdNr 121) - nicht den Schluß, daß der Gesetzgeber auch für den Fall die Kostenerstattung zulassen wollte, daß nicht zugelassene oder nicht ermächtigte Ärzte in Anspruch genommen werden (so mit Recht Schmidt und Schöne, aaO). Referentenentwürfe sind zwar erste Vorbereitungen für ein Gesetz. Die einem solchen Entwurf beigelegte Begründung erlangt aber für die Auslegung erst Bedeutung, wenn sie Teil der offiziellen Gesetzesbegründung wird. Die Nichtübernahme bestimmter Passagen der Begründung aus einem Referentenentwurf ist kein geeignetes Kriterium, um den Willen des Gesetzgebers zu ermitteln. Wenn die offizielle Gesetzesbegründung anders als die Begründung des Referentenentwurfs gestaltet wird, können hierfür unterschiedliche Gründe maßgebend sein, zB daß die Regierung eine knappere oder übersichtlichere Begründung für erforderlich oder wünschenswert hält oder daß der Text des Referentenentwurfs für überflüssig - weil selbstverständlich - gehalten wird.

Ebensowenig läßt sich die zwischen den Beteiligten strittige Frage aufgrund des erkennbaren Zwecks der durch das GSG vorgenommenen Änderungen des SGB V entscheiden. In den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks 12/3608, S 76) wird zur Änderung des § 13 ua ausgeführt:

"Das System der sozialen Krankenversicherung ist, wie das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung betont hat, vom Sachleistungsprinzip geprägt und getragen. An diesem grundsätzlichen Strukturelement der GKV wird auch weiterhin festgehalten.

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. August 1991 (1 RR 7/88), das einer Betriebskrankenkasse eine entsprechende Satzungsregelung zur Einführung der Kostenerstattung für freiwillige Mitglieder verbietet, hat für die Träger der GKV im Sinne des früheren § 225 Abs 1 RVO, die sog RVO- oder Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskassen), eindeutig klargestellt, daß die Einführung der Kostenerstattung auch für freiwillig Versicherte ausgeschlossen ist, da es an einer gesetzlichen Ermächtigung mangelt. Die Frage der Rechtmäßigkeit der durch die Ersatzkassen seit jeher praktizierten Kostenerstattung an freiwillige Mitglieder ist



dabei indessen offengeblieben, da die Ersatzkassen nicht zum Kreis der früheren RVO-Kassen gehören.

Die Neuregelung klärt die Rechtslage bei der Kostenerstattung für alle freiwillig Versicherten. Sie führt zur Gleichbehandlung aller Krankenkassen und schafft Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb um freiwillige Mitglieder. Die Kostenerstattung kann für die Leistungen gewählt werden, die bisher nach dem Sachleistungsprinzip gewährt wurden."

Daraus wird deutlich: Der Gesetzgeber macht mit der Kostenerstattungsregelung in § 13 Abs 2 SGB V nF eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip. Für die von ihm angestrebte Gleichbehandlung der Krankenkassen und für ihre Chancengleichheit im Wettbewerb spielt es indessen keine Rolle, ob die Kostenerstattung nur erfolgen darf, wenn zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte in Anspruch genommen werden. Deshalb steht die vom Senat vertretene enge Auslegung des § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V nF nicht in Widerspruch zu dem vom Gesetzgeber mit der Änderung des § 13 SGB V erkennbar verfolgten Ziel.

Der Gesetzgeber wollte mit der Neuregelung auch nicht erreichen, daß die frühere Praxis von Ersatzkassen nunmehr von allen Krankenkassen fortgesetzt werden kann, Kostenerstattung auch dann zu gewähren, wenn die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung von nicht zugelassenen oder nicht ermächtigten Ärzten durchgeführt worden ist. Zuck (NZS 1994, 254, 258) und Schulin (aaO, § 6 RdNr 121) sind hierzu anderer Auffassung und weisen darauf hin, daß § 13 Abs 2 SGB V nF Art 61 Gesundheits-Reformgesetz (GRG) ersetze. Wenn der Gesetzgeber in Kenntnis der Praxis auf eine Klarstellung verzichtet habe, billige er die bisherige Ersatzkassenpraxis, so daß sich § 13 Abs 2 SGB V gleichzeitig als eine Bestandsschutzregelung erweise. Dieser Ansicht folgt der Senat nicht. Bei der Bedeutung, die es für das System der sozialen Krankenversicherung haben würde, wenn freiwillig Versicherte auch nicht zugelassene oder nicht ermächtigte Ärzte auf Kosten der Krankenkassen in Anspruch nehmen könnten, ist davon auszugehen, daß der Gesetzgeber diese Frage in der Gesetzesbegründung ausdrücklich angesprochen hätte, zumal er einleitend betont, daß das System der sozialen Krankenversicherung durch das Sachleistungsprinzip geprägt wird und an diesem grundsätzlichen Strukturelement der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterhin festgehalten werden soll. Die Sachleistungen können aber nur durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte erbracht werden. Jedenfalls erbringt die zitierte Begründung zur Änderung des § 13 SGB V durch das GSG keinen hinreichenden Nachweis dafür, daß durch die Änderung des § 13 Abs 2 SGB V nF die gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenerstattung auch für die Fälle ermächtigt werden sollten, in denen das freiwillige Mitglied sich von nicht zugelassenen oder nicht ermächtigten Ärzten behandeln läßt.



Daß nach § 13 Abs 2 Satz 4 SGB V nF die Satzung ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorsehen muß, stützt ebensowenig die Ansicht des SG. Anders als in § 106 Abs 3 SGB V für die Kostenerstattung nach § 64 SGB V ist im SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die Fälle regeln, in denen die Krankenkassen den freiwilligen Mitgliedern nach § 13 Abs 2 SGB V nF Kosten erstatten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß auch nicht zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene oder ermächtigte Ärzte von den freiwilligen Mitgliedern in Anspruch genommen werden dürfen. Das Fehlen einer solchen Regelung kann aber auch auf einem Versehen des Gesetzgebers beruhen oder darauf, daß er eine besondere Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Fälle der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V nF nicht zur Pflicht machen wollte. Für letzteres ließe sich der Umstand anführen, daß durch das GSG neben § 13 SGB V die Vorschrift des § 106 SGB V geändert worden ist (vgl Art 1 Nr 63 GSG), ohne § 13 Abs 2 SGB V nF zu erwähnen. Welche Gründe dafür ausschlaggebend waren, daß eine besondere Wirtschaftlichkeitsprüfung für Kostenerstattungsfälle des § 13 Abs 2 SGB V nF nicht gesetzlich vorgeschrieben worden ist, läßt sich auch aus den Gesetzesmaterialien nicht ersehen (vgl dazu BT-Drucks 12/3608, S 100 zu Nr 56). Es mag sein, daß der Gesetzgeber eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für zu belastend oder nicht für notwendig hielt und er deshalb nur einen Abschlag von dem Erstattungsbetrag vorgeschrieben hat.

Wenn auch der erkennende Senat in seinem Urteil vom 10. Februar 1993 (BSGE 72, 93, 95 = SozR 3-2500 § 64 Nr 1) es als "entscheidenden Gesichtspunkt" angesehen hat, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106 Abs 3 SGB V auch das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die Fälle regeln müssen, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach § 64 SGB V Kosten erstattet, spricht das Fehlen einer Verweisung in § 106 Abs 3 SGG auf die Kostenerstattungsregelung des § 13 Abs 2 SGB V nF nicht zwingend für die Auffassung der Revision. Denn es ist ein Unterschied, ob eine Norm ausdrücklich bestimmte Anwendungsbereiche nennt, also eine positive Regelung enthält, oder ob sie einen möglicherweise in Betracht kommenden Anwendungsbereich nicht nennt. Welche Schlüsse hieraus zu ziehen sind, hängt - wie hier - oft von weiteren Umständen ab, die bei der Auslegung berücksichtigt werden müssen. Ein schlichter Umkehrschluß ist hier jedenfalls nicht ohne weiteres möglich.

Bei Berücksichtigung aller Umstände, insbesondere der Regelung des § 76 Abs 1 SGB V und der Tatsache, daß die Kostenerstattung eine gravierende Ausnahme vom



Sachleistungsprinzip als grundsätzlichem Strukturelement der sozialen Krankenversicherung darstellt (vgl dazu BT-Drucks 12/3608, S 76 zu Nr 5; Igl, aaO, § 13 RdNr 5 und 6; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 1993 - L 4 Kr 1799/93 -, Breithaupt 1994, 719, 720 f), erscheint es nach alledem als ausgeschlossen, allein aufgrund der in § 13 Abs 2 Satz 4 SGB V nF enthaltenen Regelung § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V nF dahin auszulegen, daß die Tätigkeit nicht zugelassener oder nicht ermächtigter Ärzte den Kostenerstattungsanspruch auslöst (im Ergebnis wie hier Schmidt und Schöne, aaO, 756; Igl, aaO, § 13 RdNr 19; LSG Baden-Württemberg, aaO, S 721 f; aA Schulin, BKK 1993, 718, 720; Hauck/Haines, SGB V, Komm, K § 13 RdNr 14).

Soweit das SG seine Entscheidung damit begründet hat, freiwillige Versicherte stünden außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, teilt der Senat diese Auffassung ebenfalls nicht. Für freiwillig Versicherte gesetzlicher Krankenkassen gilt - abgesehen von wenigen Ausnahmeregelungen (zB § 13 Abs 2 und § 44 Abs 2 SGB V) - das gleiche Recht wie für Pflichtversicherte. Sie sind damit in gleicher Weise in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden.

Der Klägerin kann die Kostenübernahme auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes verlangen. Die Beklagte hat ihr durch den Bescheid vom 6. August 1993 eine Belehrung über die eingetretene Rechtsänderung erteilt und ihr unmißverständlich mitgeteilt, daß sie für die Behandlung durch Dr. A. künftig keine Kosten übernehmen werde. Jedenfalls aufgrund dieser Mitteilung ist der Vertrauensschutz entfallen (vgl dazu BSGE 51, 31, 35 und 38 = SozR 2200 § 1399 Nr 13, S 25 und 28 f).

Nach alledem war das Urteil des SG auf die Revision der Beklagten aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

