

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RR 1/92

Landwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern-Oberpfalz,
Landshut, Luitpoldstraße 29a,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung,
München 40, Winzererstraße 9,

Beklagter und Revisionsbeklagter.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. Februar 1993 durch den Präsidenten Prof. Dr. R e i t e r, die Richterin Dr. W o l f f und den Richter K u m m e r sowie die ehrenamtlichen Richter H ö c h s t und D e k a r s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 5. Dezember 1991 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch für das Revisionsverfahren außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.



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



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob das beklagte Staatsministerium verpflichtet ist, eine Satzungsänderung zu genehmigen.

Die Vertreterversammlung der klagenden Krankenkasse (KK) beschloß am 17. Dezember 1990, die Kassensatzung um einen § 33 zu ergänzen, in dem - als Erprobungsregelung - vorgesehen ist, auf Antrag des Versicherten für bestimmte Kassenleistungen Kostenerstattung zu gewähren. Am 29. Januar 1991 teilte der Beklagte der Klägerin mit, die Kostenerstattungsregelung sei nicht genehmigungsfähig. Eine Genehmigung könne nur in Aussicht gestellt werden, wenn in § 33 Ziff 3 nach dem Wort "Kassenleistungen" der Zusatz "von zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern" eingefügt werde.

Das Sozialgericht (SG) Landshut hat die dagegen erhobene Klage abgewiesen (Urteil vom 5. Dezember 1991) und zur Begründung ua ausgeführt, § 64 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) gestatte den KKn, ihren Versicherten - im Rahmen einer Erprobungsregelung - durch Satzung einen Anspruch auf Kostenerstattung einzuräumen. Nach der genannten Vorschrift könnten jedoch keine neuen Leistungen eingeführt werden, auch dürften maßgebliche Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung (KrV) nicht außer Kraft gesetzt oder Bestimmungen des SGB V umgangen werden. Die in dem Satzungsnachtrag vorgesehene Regelung räume den Mitgliedern der KK das Recht ein, sich sämtliche Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen KrV mit Ausnahme der Krankenhausbehandlung selbst zu beschaffen und anschließend die Rechnung zur (teilweisen) Erstattung einzureichen. Nach dem erklärten Willen der Klägerin solle es dem Versicherten dabei freigestellt sein, ob er sich zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer bedienen wolle. Die Versicherten könnten sich daher von einem nicht zugelassenen Arzt auf Kassenkosten behandeln lassen und Dienste in Anspruch nehmen von Masseuren, Optikern und Hörgeräteakustikern, die nicht am System der kassenärztlichen bzw vertragsärztlichen Versorgung beteiligt seien. Ein derart weitgehendes Wahlrecht der Versicherten werde durch die gesetzliche Ermächtigung des § 64 SGB V nicht gedeckt. In der gesetzlichen KrV gelte seit jeher der Grundsatz, daß sich die gesetzlichen KKn zur Erfüllung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten bestimmter Leistungserbringer bedienen und mit ihnen bzw ihren Verbänden Verträge abschließen, die den Umfang und die Vergütung der Leistung bestimmten. Das Gesundheits-Reformgesetz habe das Recht der Zulassung von Leistungserbringern weiter ausgebaut und zu einem geschlossenen System verdichtet. Hierdurch solle eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende, wirtschaftliche und humane Krankenbehandlung sichergestellt werden. Eine Satzungsregelung, die den Versicherten Kostenerstattung



anbiete und ihn darüber hinaus die Wahl des (ärztlichen oder nichtärztlichen) Leistungserbringers freistelle, löse im Ergebnis die Grenzen gesetzlicher und privater KrV auf.

Mit der - vom SG nachträglich zugelassenen - Sprungrevision macht die Klägerin ua geltend: Entgegen der Annahme des SG biete der Satzungsnachtrag nicht die Möglichkeit, auch bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, wie etwa Masseuren, den Versicherten Kostenerstattung zu gewähren. Der Katalog der erstattungsfähigen Leistungen sei in § 33 Nr 3 der Satzungsergänzung erschöpfend aufgeführt. Es müsse sich auch im Falle der Kostenerstattung um Kassenleistungen handeln. Schon die gewählte Formulierung "ärztliche oder zahnärztliche Behandlung" schließe zB die Kostenerstattung für die Dienstleistungen eines Optikers ohne vorherige fachärztliche Verordnung aus. Dagegen habe der Gesetzgeber im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung die Kostenerstattung nicht auf die zugelassenen Leistungserbringer beschränkt. Hierfür spreche bereits die Formulierung des § 64 Abs 2 SGB V. Danach müßten bei der satzungsmäßigen Regelung Abschläge vom Erstattungsbetrag vorgesehen werden, um einen Ausgleich für die zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten und die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erhalten. Aber selbst wenn im Gesetzestext nicht hinreichend zum Ausdruck gekommen sein sollte, daß eine Kostenerstattungsregelung dem Versicherten auch die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Ärzten ermöglichen solle, sei das Gesetz in diesem Sinne auszulegen. Denn insoweit müsse den Bedürfnissen der Praxis Rechnung getragen werden. Ein Teil der Versicherten, die sich für die Kostenerstattungsmöglichkeit entschieden, lege nämlich bewußt darauf Wert, daß sie auch ein Arzt behandeln dürfe, der nicht zur kassenärztlichen Behandlung zugelassen sei oder der keine entsprechende Ermächtigung besitze. Finanzielle Nachteile entstünden den KKn dadurch nicht, weil nur die mit der Kassenärztlichen Vereinigung ausgehandelten Vergütungsbeträge zu zahlen seien und der Versicherte einen Abschlag in Kauf nehmen müsse.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Landshut vom 5. Dezember 1991 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, die von der Vertreterversammlung der Klägerin am 17. Dezember 1990 beschlossene Satzungsänderung betreffend die Kostenerstattung bei privat-ärztlicher Behandlung zu genehmigen.

Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und führt ergänzend ua aus: § 106 Abs 3 Satz 3 SGB V mache deutlich, daß der Gesetzgeber wie selbstverständlich von der Systemkonformität auch im Rahmen der Erprobungsregelung ausgegangen sei. Dies



könne die Klägerin nicht ins Gegenteil verkehren. Vielmehr ergebe sich aus dem Gesamtzusammenhang, daß auch aufgrund des § 64 SGB V für ärztliche Leistungen eine Kostenerstattung nur in Betracht komme, wenn diese durch die an der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte erbracht würden.

II

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Der Satzungsnachtrag ist nicht genehmigungsfähig.

Der Senat kann offenlassen, ob es sich bei der Klage um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs 1 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) oder um eine Aufsichtsklage (§ 54 Abs 3 SGG) handelt. Auch mit der Aufsichtsklage kann nicht nur die Aufhebung des Versagungsbescheides des Beklagten, sondern auch die Vornahme einer begünstigenden Aufsichtsordnung, nämlich die Erteilung der beantragten Genehmigung, begehrt werden, wenn die Aufsichtsbehörde diese abgelehnt hat und der Versicherungsträger geltend macht, daß er auf Vornahme des Aktes einen Rechtsanspruch hat (BSGE 29, 21, 24 = SozR Nr 122 zu § 54 SGG; BSGE 56, 191 = SozR 2200 § 385 Nr 6; BSGE 69, 72, 73 = SozR 3-2500 § 241 Nr 1).

Der Beklagte durfte die nach § 34 Abs 1 Satz 2 des Vierten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IV) iVm § 195 Abs 1 SGB V erforderliche Genehmigung der Satzungsänderung versagen. Der Satzungsnachtrag widerspricht den Aufgaben der gesetzlichen KrV (§ 194 Abs 2 Satz 1 SGB V). Denn auch im Rahmen einer Erprobungsregelung dürfen die gesetzlichen KKn grundsätzlich keine Kostenerstattung für den Fall vorsehen, daß der Versicherte sich von einem nicht zugelassenen oder nicht ermächtigten Leistungserbringer behandeln läßt. Insbesondere darf die Kostenerstattung nicht für die Behandlung durch Ärzte vorgesehen werden, die nicht an der kassenärztlichen bzw vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ob etwas anderes für Sonderfälle gilt, in denen ein zugelassener Kassen- oder Vertragsarzt oder ein ermächtigter Arzt nicht zur Verfügung steht, kann offenbleiben. Hier geht es um die allgemeine Berechtigung, unabhängig von § 13 Abs 2 SGB V, Kostenerstattung zuzulassen.

Auf die Klägerin als landwirtschaftliche Krankenkasse sind über § 8 Abs 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) für die Leistungen die Vorschriften des 3. Kapitels des SGB V und über § 15 KVLG 1989 für die Beziehungen der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern die Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V entsprechend anzuwenden.



Die Beschränkung der Kostenerstattung auf die Behandlung durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus § 64 SGB V. Die Vorschrift enthält die Ermächtigung zu Kostenerstattungsregelungen. Die dort genannten Einschränkungen betreffen aber nicht die zu entscheidende Frage. Das gilt auch für § 64 Abs 1 Satz 1 SGB V. Danach kann die Satzung zur Erprobung vorsehen, daß Versicherte anstelle der in diesem Buch vorgesehenen Sachleistungen Kostenerstattung wählen können. Daraus wird lediglich deutlich: Die KKn dürfen Kostenerstattung nur für solche Leistungen gewähren, die vom Sachleistungsanspruch umfaßt sind. So wäre beispielsweise eine Satzung rechtswidrig, die auch für diejenigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die nach § 34 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, Kostenerstattung vorsieht (vgl dazu Höfler, KassKomm, § 64 SGB V RdNr 4; Dalhoff, BArbBl 1989, S 36 ff, S 38; Spieß, SGB 1989, S 495 ff, S 496).

Aber auch daraus, daß § 64 Abs 2 Satz 2 SGB V die KKn verpflichtet, Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen, kann - entgegen der Auffassung der Klägerin - nichts Wesentliches für die Entscheidung darüber hergeleitet werden, ob die Kostenerstattungsregelung auch Leistungen von nicht zugelassenen oder nicht ermächtigten Ärzten einbeziehen darf. Insoweit betrifft die gesetzliche Ermächtigung lediglich die Höhe der Kostenerstattung, nicht aber deren Voraussetzungen. Wenn dabei fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Grund für Abschläge vom Erstattungsbetrag genannt werden, ist das kein Beleg dafür, daß der Gesetzgeber die KKn ermächtigen wollte, eine uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit der Leistungen aller approbierten Ärzte zu begründen. Vielmehr ist dieses Problem - wie sich auch der Entstehungsgeschichte des § 64 SGB V entnehmen läßt (vgl dazu BT-Drucks 11/2237, S 188 zu § 72 des Gesetzentwurfs) - nicht in der Ermächtigungsnorm behandelt worden. Das war auch nicht erforderlich. Denn § 76 SGB V legt fest, welche Ärzte die Versicherten in Anspruch nehmen dürfen. Nach Abs 1 Satz 1 können die Mitglieder gesetzlicher KKn unter den zu der kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten (Kassenärzten), den ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie den Zahnkliniken der KKn frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V). Diese Regelung gilt nicht nur, soweit die KKn nach § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V den Versicherten die im 3. Kapitel genannten Leistungen zur Verfügung stellen, also bei der Gewährung von Sachleistungen, sondern auch für die Kostenerstattung, insbesondere im Rahmen einer Erprobungsregelung. Andernfalls hätte im Rahmen des § 64 SGB V von den zwingenden Vorschriften des § 76 Abs 1 Sätze 1 und 2 SGB V ausdrücklich eine Ausnahme gemacht werden müssen. Das ist jedoch - anders als in § 13 Abs 2 SGB V - nicht geschehen.

Dafür daß die satzungsrechtlich festzulegende Kostenerstattung auf die Inanspruchnahme von Kassen- bzw Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten zu beschränken



ist, spricht schließlich folgender entscheidene Gesichtspunkt: Die Landesverbände der KKn und die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen nach § 106 Abs 3 Satz 3 SGB V auch das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die Fälle regeln, in denen die KK den Versicherten nach § 64 SGB V Kosten erstattet. Die Bestimmung wäre nicht realisierbar, wenn der Versicherte auch Nichtkassenärzte und nicht ermächtigte Ärzte in Anspruch nehmen dürfte. Denn für diese Ärzte gilt das Kassenarztrecht nicht. Sie sind weder dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterworfen, noch sind für sie die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung verbindlich (vgl dazu § 95 Abs 3 Satz 2 und Abs 4 Satz 2 SGB V). Die KKn und Kassenärztlichen Vereinigungen hätten auch keine Kompetenz, die Tätigkeit nicht zugelassener bzw nicht ermächtigter Ärzte zu überprüfen. Nach § 106 Abs 1 dürfen sie nämlich nur die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung überwachen, an der diese Ärzte aber nicht teilnehmen (vgl in diesem Zusammenhang auch § 106 Abs 5 und Abs 7 SGB V). Dies alles läßt aber nur den Schluß zu: Die Einführung besonderer Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Fällen, in denen die KKn Kostenerstattung leisten, setzt voraus, daß der die Leistung erbringende Arzt an die Grundsätze des kassen- bzw vertragsärztlichen Vergütungssystems gebunden ist und prüfbare Abrechnungsbelege vorgelegt werden (so mit Recht Hess in KassKomm, § 106 RdNr 46; vgl dazu auch BT-Drucks 11/2237, S 189 zu § 72). Im übrigen bedeutet es keinen Widerspruch, wenn das Gesetz in § 64 Abs 2 Satz 2 SGB V vorschreibt, daß die Satzung im Falle einer Kostenerstattungsregelung ua für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen Abschläge vom Erstattungsbetrag vorzusehen hat, und § 106 Abs 3 Satz 3 SGB V die Landesverbände der KKn und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, auch das Prüfungsverfahren für die Fälle zu regeln, in denen die KK den Versicherten nach § 64 SGB V die Kosten erstattet. Die Bestimmung des § 64 Abs 2 Satz 2 SGB V könnte dahin zu verstehen sein, daß die Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur solange erfolgen müssen, bis die in § 106 Abs 3 Satz 3 SGB V vorgeschriebene Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Fällen des § 64 SGB V getroffen ist. Der Senat läßt die Frage aber ausdrücklich offen, weil sie im vorliegenden Streitfall nicht rechtserheblich ist.

Der Auslegung des Senats steht auch nicht der Grundsatz des § 63 Satz 1 SGB V entgegen. Danach kann die KK neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren, auch als Modellverfahren, im Rahmen der Vorschriften dieses Abschnitts erproben, um die gesetzliche KrV weiterzuentwickeln. Eine Regelung, die auch eine Kostenerstattung für Leistungen von nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten vorsieht, entwickelt die gesetzliche KrV nicht weiter, sondern führt zu einer Beseitigung ihrer Grundsätze. Damit das öffentlich-rechtliche Krankenversicherungssystem auf Dauer finanzierbar bleibt, sind die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit unerläßliche Voraussetzungen. Auch Erprobungsregelungen dürfen dies nicht außer acht lassen. Die KK soll - wie § 63 Satz 2



SGB V vorschreibt - dabei auf verstärkte Anreize hinwirken, Leistungen kostengünstig zu erbringen und sparsam in Anspruch zu nehmen. Dies war ein wichtiger Grund für den Gesetzgeber, Erprobungsregelungen zur Kostenerstattung zuzulassen. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu (BT-Drucks 11/2237, S 188 zu § 71 des Gesetzentwurfs):

"Die Vorschrift enthält die für alle Erprobungsregelungen in den §§ 72 bis 75 geltenden Grundsätze. Sie ermöglicht es der Selbstverwaltung, neue leistungrechtliche Gestaltungsformen und -verfahren zu entwickeln. Um solche Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen, empfiehlt sich eine regionale Abstimmung mit den anderen Kassen. Satz 2 zeigt auf, in welche Richtung innovative Bestrebungen der Selbstverwaltung gehen sollen."

Eine Erprobung mit dem Ziel, das kassenärztliche Versorgungssystem zugunsten eines Kostenerstattungssystems aufzugeben, war nicht beabsichtigt.

Die Revision der Klägerin konnte nach alledem keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)