L 5 KR 65/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 208/99
Datum
17.12.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 65/02
Datum
19.08.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 17.12.2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Feststellung seiner Berechtigung zur Inanspruchnahme von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzten.

Der Kläger ist als selbständiger Rechtsanwalt freiwilliges Mitglied der Beklagten. Er hat - nach eigener Angabe seit seinem Beitritt im Jahr 1971 - für sich und seine familienversicherten Angehörigen das Kostenerstattungsverfahren gewählt, wobei die Beklagte bis Ende 1998 Kosten auch bei ambulanten Behandlungen durch Ärzte, die nicht an der vertrags(kassen)ärztlichen Versorgung beteiligten waren, erstattet hat. Mit Bescheiden vom 01.03.1999 und 30.07.1999 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die seit 01.01.1993 geänderte Rechtslage die vom Kläger beantragte Kostenerstattung für Behandlungen durch Nichtvertragsärzte ab. Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, seit seinem Beitritt praktiziere er die Kostenerstattung. In der Anfangszeit habe es bei der Inanspruchnahme von Chefärzten, die nicht an der kassen(vertrags)ärztlichen Versorgung beteiligt gewesen seien, Schwierigkeiten gegeben. Nach Intervention habe die Beklagte jedoch über 25 Jahre die Kosten auch der Behandlung durch solche Ärzte erstattet. Damit habe sie einen Vertrauenstatbestand geschaffen. Auf die ab 01.01.1993 geltende Kostenerstattungsregelung des § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) könne die Beklagte ihre Ablehnung nicht stützen. Der Gesetzgeber habe mit dieser Regelung nur das Kostenerstattungsverfahren über den Kreis der Ersatzkassenmitglieder hinaus erweitern, aber nicht langjährig bestehende Rechte dieser Versicherten einschränken wollen. Ferner wies er darauf hin, dass die von ihm bzw. seinen Familienangehörigen in Anspruch genommenen Ärzte teilweise früher zugelassen gewesen seien. Die Beklagte habe außerdem zum Teil in der Vergangenheit Erstattungen auf Rechnungen vorgenommen, obwohl schon zum damaligen Zeitpunkt die Ärzte nur noch privatärztlich tätig gewesen seien. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.09.1999 wies die Beklagte den Widerspruch zurück, da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auch im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens nur Vertragsärzte in Anspruch genommen werden dürften. Vor dem Hintergrund der eindeutigen gesetzlichen Regelung im SGB V sei sie auch nicht unter dem Gesichtspunkt der "Selbstbindung der Verwaltung" zur Fortsetzung der früheren Verwaltungspraxis verpflichtet, weil sich aus einem rechtswidrigen Verhalten eine Verwaltungsbindung aufgrund des Gleichheitssatzes nicht ergeben könne.

Mit der fristgerecht erhobenen Klage hat der Kläger unter Wiederholung seines bisherigen Vortrags an seiner Auffassung festgehalten, dass er berechtigt sei, auch Behandlungen durch Nichtvertragsärzte zu wählen. Da der Gesetzgeber mit § 13 Abs. 2 SGB V lediglich auch den (früheren) "RVO-Kassenmitgliedern" das Recht der Kostenerstattung habe einräumen, aber nicht Rechte der Ersatzkassenmitglieder habe einschränken wollen, müsse die Vorschrift entsprechend verfassungskonform ausgelegt werden. Der Kläger hat vor dem Sozialgericht zum einen die Erstattung bestimmter Rechnungen, zum anderen die Feststellung beantragt, dass er und seine familienversicherten Angehörigen zur Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten berechtigt sind.

Mit Urteil vom 17.12.2001 hat das Sozialgericht die Feststellungsklage abgewiesen, da sowohl im Sachleistungs- wie Kostenerstattungsverfahren die Versicherten nur unter den in § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Ärzten wählen dürften. Im Übrigen hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben. Da die Beklagte den Kläger vor Änderung ihrer Verwaltungspraxis hätte anhören müssen, sei sie verpflichtet, für die bis 04.04.1999 durchgeführten Behandlungen die Kosten zu erstatten.

Gegen das ihm am 06.03.2002 zugestellte Urteil hat der Kläger am 08.04.2002 (Montag) Berufung eingelegt. Er hält - beschränkt auf seine Person - an seinem Feststellungsantrag fest, zu dessen Begründung er im Wesentlichen seinen bisherigen Vortrag wiederholt. Ergänzend trägt er vor, die Beschränkung auf Vertragsärzte in § 13 Abs. 2 SGB V solle sich nur gegen Ärzte richten, die auf ihre Zulassung verzichteten und Versicherte nur noch privatärztlich behandelten. Der Kläger meint, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Ärzten zähle zu den von Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz (GG) geschützten Rechtspositionen. Als freiwilliges Mitglied zahle er erheblich höhere Beiträge als Pflichtversicherte. Wenn ihm zu Beginn der Versicherung das Recht eingeräumt worden sei, bei einer ambulanten Behandlung auch Nichtvertragsärzte in Anspruch zu nehmen, habe er damit eine Rechtsposition erlangt, die nach seinem Rechtsverständnis verfassungsrechtlich geschützt sei. Ferner weist er darauf hin, dass die Chefärzte, bei denen er und seine Familie seit Jahren in Behandlung seien, früher über Ermächtigungen verfügt hätten. Wenn nunmehr aufgrund der Ärzteschwemme im ambulanten Bereich keine Ermächtigung mehr erteilt werde, sei dies nicht von ihm zu vertreten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 17.12.2001 teilweise zu ändern und festzustellen, dass er weiterhin zur Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten berechtigt ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung abzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

II.

Der Senat konnte über die zulässige Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Berufsrichter des Senats die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten haben (§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Die Beteiligten sind zu dieser Möglichkeit angehört worden.

Bedenken gegen die Zulässigkeit der Feststellungsklage (§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG) bestehen nicht. Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger und seine familienversicherten Angehörigen wie in der Vergangenheit weiterhin Ärzte in Anspruch nehmen dürfen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind. Damit ist die Reichweite des Leistungsanspruchs des Klägers bzw. seiner Angehörigen im Streit, wobei nach der im Berufungsverfahren getroffenen Vereinbarung die Klärung im Verhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten stattfinden soll. Das erforderliche Feststellungsinteresse ist schon deshalb zu bejahen, weil dem Kläger nicht zugemutet werden kann, erst nach der Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte die Erstattungsfähigkeit der entstandenen Kosten zu klären.

Der Feststellungsantrag ist unbegründet, denn die Vorschriften des SGB V erlauben auch den kostenerstattungsberechtigten Versicherten nicht, Ärzte zu konsultieren, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind. Der Senat nimmt insoweit auf die Ausführungen des Sozialgerichts Bezug (§ 153 Abs. 2 SGG).

Der Berufungsvortrag des Klägers kann zu keinem anderen Ergebnis führen. Der Kläger verkennt Entstehungsgeschichte und Gehalt der Kostenerstattungsregelung des § 13 Abs. 2 SGB V (in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG) vom 23.06.1997, BGBl. I, 1520), wenn er meint, der Gesetzgeber habe lediglich ausschließen wollen, dass Ärzte unter Verzicht auf ihre Zulassung Versicherte privatärztlich behandeln. § 13 SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) enthielt ebensowenig wie die bis zum 31.12.1988 geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) eine Regelung der Kostenerstattung. § 64 Abs. 1 SGB V (in der bis 30.06.1997 geltenden Fassung) räumte lediglich den Kassen die Möglichkeit ein, die Kostenerstattung als Erprobungsregelung vorzusehen. Ob die von den Ersatzkassen nach früherem Recht ihren nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze freiwillig weiterversicherten Mitgliedern eingeräumte Möglichkeit der Kostenerstattung mit freier Wahl unter den approbierten Ärzten rechtmäßig war, war umstritten. Sie wurde vom BSG nie für unzulässig erklärt (vgl. die Nachweise in BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 7). Art. 61 GRG sah insoweit für die betroffenen Mitglieder der Ersatzkassen eine Bestandsschutzregelung vor.

Durch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), das am 01.01.1993 in Kraft getreten ist, wurde dann eine für alle Kassenarten geltende Kostenerstattungsregelung in § 13 Abs. 2 SGB V (Fassung vom 01.01.1993 bis 30.06.1997) eingeführt. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 12/3608, S. 76) sollte die Rechtslage für alle freiwillig Versicherten geklärt und mit der Gleichbehandlung der Krankenkassen Chancengleichheit im Wettbewerb um freiwillige Mitglieder herbeigeführt werden. Schon diese Gesetzesbegründung widerlegt eindeutig die Behauptung des Klägers, der Gesetzgeber habe nur ausschließen wollen, dass Ärzte nach Verzicht auf ihre Zulassung Versicherte im Wege des Kostenerstattungsverfahrens weiterbehandeln dürften. Eine Regelung für den Fall des kollektiven Zulassungsverzichts enthielt vielmehr der damalige Abs. 4 des § 13 SGB V.

Eine ausdrückliche Beschränkung auf zugelassene Leistungserbringer enthielt § 13 Abs. 2 SGB V in der damaligen Fassung nicht. Das BSG stellte jedoch mit Urteilen vom 10.05.1995 (SozR 3-2500 § 13 Nr. 7) und 12.03.1996 (USK 96167) klar, dass auch in Kostenerstattungsverfahren nur zugelassene Ärzte in Anspruch genommen werden konnten. Diese Rechtsprechung hat der Gesetzgeber dann mit dem 2. GKV-NOG ab 01.07.1997 durch die Neufassung des § 13 Abs. 2 SGB V bestätigt (vgl. BT-Drucks. 13/6087, S. 20). Spätestens mit der Besitzstandsklausel des Art. 61 GRG war die Möglichkeit privatärztlicher Behandlung auch für Ersatzkassenversicherte entfallen, die spätere Ergänzung des § 13 Abs. 2 SGB V durch das 2. GKV-NOG hat diese Rechtslage nur klargestellt (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 7). Soweit sich der Kläger darauf beruft, die von ihm bzw seiner Familie konsultierten Ärzte hätte früher über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügt, ist dies unerheblich, da selbst bei laufenden Behandlungen den Versicherten ein Arztwechsel zumutbar ist, wenn der behandelnde Arzt seinen Status als Vertragsarzt verliert (vgl. BSG SozR 3-2500 § 29 Nr. 3).

Die verfassungsrechtlichen Erwägungen des Klägers gehen fehl. Dabei kann zugunsten des Klägers unterstellt werden, dass die frühere Praxis der Beklagten, ihren versicherungsberechtigten Mitgliedern die Möglichkeit auch der Behandlung durch nichtzugelassene oder -ermächtigte Ärzte einzuräumen, rechtmäßig war. Die Auffassung des Klägers, diese Möglichkeit zähle zu den von Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz (GG) geschützten Rechtspositionen, vermag der Senat nicht nachzuvollziehen. Erworben hat der Kläger allenfalls als von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtspositionen den grundsätzlichen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz, nicht jedoch einzelne Leistungsansprüche. Dem Grundgesetz lässt sich kein Anspruch auf bestimmte Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung entnehmen (BVerfG NJW 1997, 3085; NJW 1998, 1775).

Die Einschränkung der freien Arztwahl verstößt auch nicht gegen das Rechtsstaatsprinzip. Eine Rechtsänderung, die auf bestehende Sachverhalte und Rechtsverhältnisse für die Zukunft einwirkt und Rechtspositionen der Betroffenen einschränkt oder entwertet, ist grundsätzlich zulässig. Eine tatbestandliche Rückanknüpfung (unechte Rückwirkung) ist nur dann ausgeschlossen, wenn das Vertrauen der Betroffenen schutzwürdiger ist als die mit dem Gesetz verfolgten Anliegen (BVerfGE 69, 272, 310; 78, 249, 284). Die Beschränkung auf die Behandlung nur durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte begegnet danach keinen Bedenken. Der Gesetzgeber hat bei der Festlegung des Behandlungsanspruchs der Versicherten einen weiten Gestaltungsfreiraum. Er ist nicht gehindert, den Umfang der von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen einzuschränken, denn die Versicherten können von Verfassungs wegen auf den unveränderten Fortbestand von Leistungsgesetzen nicht vertrauen (vgl. BSGE 69, 76; SozR 3-2500 § 28 Nr. 3; s.a. BSG, Urteile vom 19.06.2001 - B 1 KR 5/00 R; 23/00 R; 27/00 R -). Speziell zur Einschränkung der Arztwahl hat das BSG (SozR 3-2500 § 39 Nr. 7) überzeugend darauf hingewiesen, dass die freie Arztwahl nicht wesentlich eingeschränkt werde und umgekehrt selbst bei langjährig gewachsenen Vertrauensbeziehungen ein Behandlerwechsel, der auch bei einem Umzug oder der Schließung einer Praxis notwendig ist, den Versicherten zugemutet werden kann. Dies gilt umso mehr, als die Möglichkeit der Inanspruchnahme nicht zugelassener oder nicht ermächtigter Ärzte eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung der freiwillig Versicherten gegenüber den Pflichtversicherten, die im Sachleistungssystem schon immer nur zugelassene Ärzte wählen können (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V), darstellen würde (vgl. BSG USK 96167).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Insbesondere hat der Rechtsstreit im Hinblick auf die zitierte höchstrichterliche Rechtsprechung keine grundsätzliche Bedeutung, denn die Rechtslage ist geklärt.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-08-16