

Die Berufung kann hiernach keinen Erfolg haben.

[...]

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist gegeben (§ 160 Abs. 2 SGG), da der Senat der Rechtsache grundsätzlich[e] Bedeutung beimisst.

DOI: 10.1007/s00350-015-4081-4

Anmerkung zu LSG Nieders.-Bremen, Urt. v. 25. 11. 2014 – L 4 KR 244/10 (SG Hannover)

Constanze Püschel

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat sich intensiv mit der Regelungssystematik des Zahnrechtrechts im SGB V auseinander gesetzt. Das Urteil kommt überzeugend zu dem Schluss, dass der Wortlaut der relevanten Normen (§§ 57 Abs. 2, 88 Abs. 2 SGB V), der Wille des Gesetzgebers und die Regelungssystematik des Dritten und Vierten Kapitels des SGB V einen Selektivvertrag zwischen Krankenkasse und Dentallabor nicht vorsehen und die Krankenkasse daher die Grenzen dessen, was ihr gesetzlich erlaubt ist, überschritten hat.

Das BSG hat im Jahr 2010 zu den Grenzen der Vertragskompetenzen der gesetzlichen Krankenkassen schon ausgeführt¹. Danach setzt der Grundsatz vom Vorrang des Gesetzes der Vertragskompetenz der Krankenkassen Grenzen „und zwar zum einen durch die Existenz entgegenstehender Rechtsvorschriften und/oder Rechte Dritter (vgl. §§ 53 Abs. 1 S. 1, 57 Abs. 1 SGB V) und zum anderen durch die Bindung an diejenigen Vorgaben des Vierten Kapitels sowie der §§ 63 und 64 SGB V, durch die die Leistungsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gemäß § 69 S. 1 SGB V i. d. F. des GMG abschließend ausgestaltet sind. Liegt eine solche abschließende Normierung vor oder stehen Vorschriften bzw. Rechte Dritter entgegen, kann die Krankenkasse demgemäß Versorgungsverträge nur schließen und ein Leistungserbringer eine Beteiligung an dem darauf gerichteten Verfahren nur beanspruchen, solange die hieraus sich ergebenden Grenzen gewahrt sind. Dagegen sind Verträge mit Leistungserbringern unzulässig, wenn den Krankenkassen verbindlich ein abschließender Katalog möglicher Vertragsformen vorgegeben ist und deren Voraussetzungen nicht vorliegen.“

Das BSG geht davon aus, dass die Leistungsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern abschließend durch die Vorgaben im Vierten Kapitel des SGB V sowie durch die §§ 63 und 64 SGB V ausgestaltet sind. Für Dritte wie die Zahntechnikermeisterbetriebe, die in das Leistungsgeschehen nach dem SGB V einbezogen sind, ohne originäre Leistungserbringer zu sein, gilt das Gleiche. Die originären Leistungserbringer und die in das Leistungsgeschehen einbezogenen Dritten haben im Rahmen der Versorgung der gesetzlich Versicherten Anspruch darauf, dass die Krankenkassen die durch das SGB V ausdifferenziert vorgegebene Wettbewerbsordnung einhalten

und nicht in den Wettbewerb eingreifen, wenn ihnen insoweit keine spezifische Ermächtigungsgrundlage zur Seite steht. Teilhabe am Wettbewerb „nach Maßgabe seiner Funktionsbedingungen“² bedeutet für die Leistungserbringer und Dritte, dass das Agieren der Krankenkassen auf der Grundlage und in den Grenzen des detailliert ausgestalteten Vierten Kapitels des SGB V ablaufen und in diesem Rahmen vorhersehbar sein muss.

Die im Bereich der zahntechnischen Versorgung einschlägigen Vertragsschlusskompetenzen der Krankenkassen in den §§ 57 Abs. 2 und 88 Abs. 2 SGB V sehen keine Selektivverträge, sondern ausschließlich kollektive Höchstpreisvereinbarungen vor. Unterhalb dieser Höchstpreise sieht die Regelungssystematik des SGB V den freien Wettbewerb der zahntechnischen Labore untereinander vor. Die hier beklagte Krankenkasse wurde daher mit dem Abschluss des Selektivvertrages außerhalb des ihr zugewiesenen Aufgabenbereiches i. S. des § 30 Abs. 1 SGB IV tätig. § 30 Abs. 1 SGB IV enthält einerseits das Gebot an die Versicherungsträger, nur die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben zu erfüllen, und andererseits das Verbot, Geschäfte außerhalb ihres Aufgabenbereiches zu erfüllen³. Die gesetzliche Aufgabenzuweisung – hier durch die Regelungen im zahntechnischen Leistungsrecht und im Zahntechnikerrecht des SGB V ausformuliert – stellt demnach zwingend zu beachtendes Recht für die Krankenkassen dar.

Dass ein Selektivvertrag mit einem Dentallabor nicht auf das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot gem. §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V gestützt werden kann, hat das LSG ebenfalls zutreffend herausgestellt: Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll das Verwaltungshandeln der Krankenkassen ausfüllen, ohne dabei ihre durch den Gesetzgeber beschriebenen Kompetenzen zu erweitern. Andernfalls wären die im Vierten Kapitel des SGB V ausdifferenziert normierten Vertragskompetenzen auch obsolet.

Hinzu kommt hier, dass der Grundsatz des Wirtschaftlichkeitsgebots schon inhaltlich nicht trägt, da das Gros der gesetzlich Versicherten nur Anspruch auf Zahlung eines in der Höhe von vornherein feststehenden befundbezogenen Festzuschusses gegenüber der Krankenkasse hat. Es liegt gerade nicht im Kompetenzbereich der Krankenkassen, ihren Versicherten finanzielle Erleichterung durch Selektivverträge mit bestimmten Dentallaboren zu verschaffen, um ggf. finanzielle Konsequenzen des Festzuschussystems für den ein oder anderen abzufedern. Die allgemeine Vermögensbetreuung der Versicherten zu übernehmen, gestattet das Sozialrecht den Krankenkassen nicht.

Insgesamt hat das LSG Niedersachsen-Bremen in sauberer juristischer Analyse den gesetzlichen Krankenkassen als Trägern mittelbarer Staatsverwaltung ihre Grenzen bei Eingriffen in den Wettbewerb im Rahmen des SGB V aufgezeigt. Der 6. Senat des BSG wird in der anhängigen Revisionsentscheidung⁴ das letzte Wort dazu haben.

Rechtsanwältin Dr. iur. Constanze Püschel,
Fachanwältin für Medizinrecht,
DIERKS+BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin, Deutschland

1) BSG, SozR 4-2500 § 126 Nr. 2, Rdnr. 24.

2) BVerfG, NJW 2006, 3701, 3702.

3) Freund, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch, SGB IV, § 30, Rdnr. 5 (Stand: 2010); zu konkreten Anwendungsfällen etwa BFH, BFHE 228, 273; BSG, SozR 4-2400 § 80 Nr. 1.

4) Az. B 6 KA 2/15 R.