

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 12/94

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Barmer Ersatzkasse,
Wuppertal, Untere Lichtenplatzer Straße 100-102,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 8. März 1995 durch den Präsidenten Prof. Dr. R e i t e r, den Richter K u m m e r und den Richter Dr. D r e h e r sowie die ehrenamtlichen Richter G e r n e r und Dr. B r a n d e n b u r g für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 24. Februar 1994, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. August 1993 sowie die Bescheide der Beklagten vom 23. Dezember 1992 und vom



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



15. Februar 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 1993 geändert.

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin den 20 %igen Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu zahlen, die während der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten bis zum 31. Mai 1992 entstanden sind.

Die Beklagte hat der Klägerin deren außergerichtliche Kosten für das gesamte Verfahren 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 Klägerin von der beklagten Krankenkasse die Erstattung des von ihr getragenen Anteils von 20 % der Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung verlangen kann.

Die Klägerin war bis zum 31. Mai 1992 freiwilliges Mitglied der Beklagten. Im Dezember 1989 billigte die Beklagte den Behandlungsplan der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. , V. , für eine kieferorthopädische Behandlung und sagte eine Erstattung von 80 % der Kosten zu. Nach Abschluß der Behandlung (Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992) beantragte die Klägerin die Erstattung der Restkosten von 20 %. Die Beklagte lehnte dies mit der Begründung ab, wegen der Beendigung der Mitgliedschaft zum 31. Mai 1992 sei ein Anspruch auf Kostenerstattung zum Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses nicht mehr gegeben. Behandlungskosten würden von der Beklagten längstens bis zum 30. Juni 1992 (Ende des Folgemonats) übernommen (Bescheide vom 23. Dezember 1992 und 15. Februar 1993 sowie Widerspruchsbescheid vom 14. April 1993).

Die Klage ist in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben (Urteil des Sozialgerichts <SG> vom 16. August 1993 und Urteil des Landessozialgerichts <LSG> vom 24. Februar 1994). Das Berufungsgericht hat zur Begründung seiner Entscheidung ua ausgeführt: Nach § 29 Abs 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) aF bzw § 29 Abs 3 SGB V nF erstatte die Krankenkasse Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Abs 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden sei. Der genaue Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung ergebe sich zwar nicht aus dem Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992. Es stehe jedoch fest, daß die Behandlung noch im dritten Quartal 1992 fortgesetzt worden sei. Der geltend gemachte Anspruch scheitere daran, daß die Klägerin der Beklagten zu dem nach § 29 Abs 2 SGB V aF maßgeblichen Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung nicht mehr als Mitglied angehört habe. Denn zu diesem Zeitpunkt entstehe erst der Erstattungsanspruch für den Eigenanteil der Behandlungskosten. Die Ansicht der Klägerin, bereits bei Beginn der Behandlung entstehe ein Anspruch auf die Erstattung des 20 %igen Anteils, der lediglich aufschiebend bedingt sei durch den ordnungsgemäßen Abschluß der Behandlung, treffe nicht zu. Dies ergebe sich bereits aus dem Aufbau des § 29 SGB V mit jeweils selbständigen Ansprüchen gemäß Abs 1 Satz 1 und Abs 2 aF. Die Klägerin könne ihren Anspruch auch nicht auf eine Zusage der Beklagten stützen, weil die Beklagte nach der Einreichung des Behandlungsplanes der Zahnärztin unter dem 21. Dezember 1989 lediglich eine Zusage für die Erstattung von 80 % der Kosten erteilt



habe. Eine Zusage hinsichtlich des restlichen Anteils sei von der Beklagten nicht gegeben worden.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des § 29 SGB V und macht ua geltend: Die Krankenkassen dürften während der Behandlung den 20 %igen Eigenanteil nicht zahlen, weil ein finanzieller Anreiz geschaffen werden solle, die kostspielige Behandlung vollständig durchzuführen und zu beenden. Dieses - aus den Gesetzesmaterialien ersichtliche - Motiv des Gesetzgebers lasse nur den Schluß zu, daß dem Versicherten von vornherein eine 100 %ige Kostenzusage zu erteilen sei, jedoch mit der Maßgabe, daß ein 20 %iger Anteil erst ausgezahlt werde, wenn die Behandlung ordnungsgemäß beendet worden sei. Damit stehe die Auszahlung des 20 %igen Eigenanteils unter der aufschiebenden Bedingung des ordnungsgemäßen Behandlungsabschlusses. Jede andere Interpretation werde weder dem Willen des Gesetzgebers noch der Interessenlage des Versicherten gerecht. Beim Wechsel des Versicherten von einer gesetzlichen Krankenkasse in eine private Krankenversicherung sei die Zahlungspflicht der bisherigen Krankenkasse indessen auf den Betrag zu beschränken, der als 20 %iger Anteil bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses entstanden sei.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 24. Februar 1994, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. August 1993 sowie die Bescheide der Beklagten vom 23. Dezember 1992 und vom 15. Februar 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 1993 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin den 20 %igen Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu zahlen, die bis zum Ausscheiden der Klägerin aus der Mitgliedschaft bei der Beklagten mit Ablauf des 31. Mai 1992 entstanden sind.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie macht ua geltend, bereits der Wortlaut des § 29 Abs 2 SGB V aF bzw des § 29 Abs 3 SGB V nF mache deutlich, daß der Anspruch auf die Erstattung des Eigenanteils nur Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse zustehe. Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung gelte das Sozialgesetzbuch nicht. Für einen nachgehenden Leistungsanspruch aus dem Versicherungsverhältnis fehle es an einer Rechtsgrundlage. Nach § 19 Abs 1 SGB V erlösche der Anspruch auf Leistungen für freiwillige Mitglieder mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt sei. Damit fänden auch bereits bestehende Ansprüche ihr Ende. Für kieferorthopädische Leistungen sehe das Gesetz keine Ausnahme von dem in § 19 Abs 1



SGB V enthaltenen Grundsatz vor. Gegen die Ansicht der Revision spreche auch, daß die Klägerin bei ihrem Wechsel zur privaten Krankenversicherung ab 1. Juni 1992 keine Beiträge mehr an sie, die Beklagte, entrichtet habe. Wer während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung die Solidargemeinschaft der Versicherten verlasse, der könne nicht ernsthaft erwarten, daß ihm auch weiterhin - ohne Beitragszahlung - deren Leistungen zufließen.

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

II

Die Revision hat Erfolg. Die Beklagte war zu verurteilen, der Klägerin den 20 %igen Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu zahlen, die während der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten bis zum 31. Mai 1992 entstanden sind.

Dies entspricht dem Revisionsbegehren. Zwar geht der im Schriftsatz der Klägerin vom 18. Mai 1994 enthaltene Revisionsantrag darüber hinaus. Prozeßanträge sind jedoch auslegungsfähig. Maßgebend ist der wirkliche Wille des Prozeßführenden, soweit er sich aus den Umständen ergibt, die für das Gericht und die anderen Beteiligten erkennbar sind (BSGE 63, 93, 94 = SozR 2200 § 205 Nr 65; BSG SozR 3-7140 § 90a Nr 1; BSGE 73, 56, 57 = SozR 3-1200 § 14 Nr 9; BSG SozR 3-1500 § 145 Nr 2; Kummer, DAngVers 1984, 346, 362 mit zahlreichen Nachweisen). Aus der Begründung der Revision und dem am 8. März 1994 beim Bundessozialgericht eingegangenen Telefax wird deutlich, daß die Klägerin jetzt nur noch die Erstattung des von ihr getragenen Teils der bis zum 31. Mai 1992 angefallenen Behandlungskosten verlangt.

Nach § 29 Abs 2 aF bzw Abs 3 SGB V idF des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) erstattet die Krankenkasse Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Abs 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind erfüllt. Wie sich aus dem Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992 ergibt, ist die kieferorthopädische Behandlung in dem durch diesen Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden. Die Klägerin hat von den Kosten der Behandlung bis zum 31. Mai 1992 20 % als Eigenanteil getragen. Das steht nach den unangegriffenen Tatsachenfeststellungen des LSG, an die der Senat gemäß § 163 SGG gebunden ist, fest.



Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch scheitert auch nicht daran, daß die Klägerin bei der beklagten Krankenkasse als Mitglied zum 31. Mai 1992 ausgeschieden ist.

Allerdings kann die Klage - entgegen der Auffassung der Revision - nicht darauf gestützt werden, daß dem Versicherten von der Krankenkasse schon vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung eine 100 %ige Kostenzusage gemacht werden müsse und daß die Auszahlung des 20 %igen Eigenanteils unter der aufschiebenden Bedingung des ordnungsgemäßen Behandlungsabschlusses stehe. Hierfür bietet der Gesetzestext keinen Anhaltspunkt. Auch die Beklagte hat eine solche Zusage nicht gemacht, sondern lediglich die Erstattung von 80 % der entsprechend dem Vertrag berechneten Kosten zugesagt.

Die Beklagte ist jedoch unmittelbar aufgrund des Gesetzes verpflichtet, den 20 %igen Kostenanteil zu erstatten, den die Klägerin für den während ihrer Mitgliedschaft bei der Beklagten durchgeführten Behandlungsteil getragen hat. Dies ergibt sich bei einer Auslegung, die den Sinn und Zweck der Kostenerstattungsregelung in § 29 SGB V hinreichend berücksichtigt.

Mit der Regelung soll Abbrüchen der kieferorthopädischen Behandlung entgegengewirkt werden (BT-Drucks 11/2237, S 171 zu Abs 2; vgl auch Schneider in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 22 RdNr 97; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, § 29 RdNr 52). Dadurch, daß die Krankenkasse zunächst nur 80 % der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung übernimmt und der Versicherte selbst einen Anteil von 20 vH tragen muß, wird er angehalten, die Behandlung entsprechend dem Behandlungsplan durchführen zu lassen. Geschieht dies, soll dem Versicherten der von ihm zunächst getragene Eigenanteil erstattet werden. Da der Gesetzgeber allein dieses Ziel verfolgt hat, widerspräche es dem Zweck des § 29 SGB V, wenn dem Versicherten trotz planmäßigen Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung die Erstattung des Eigenanteils nur deshalb verwehrt würde, weil er zwischenzeitlich als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschieden ist und ein privates Versicherungsunternehmen einen Teil der Behandlungskosten getragen hat.

Soweit in § 29 Abs 2 aF bzw Abs 3 nF SGB V von "Versicherten" die Rede ist, darf die Vorschrift - entgegen der Auffassung der Vorinstanzen und der Beklagten - nicht dahin ausgelegt werden, daß im Zeitpunkt der möglichen Kostenerstattung der Antragsteller noch Mitglied der Krankenkasse sein muß. Vielmehr ist der Begriff "Versicherte" dahin zu verstehen, daß die Kostenerstattung beschränkt sein soll auf den Teil der Kosten, die während des Versicherungsverhältnisses durch die kieferorthopädische Behandlung entstanden sind. Denn insoweit sind zwei Elemente des Anspruchs während der



Mitgliedschaft verwirklicht; lediglich das dritte Element - der Behandlungsabschluß - liegt zeitlich nach dem Versicherungsverhältnis. Wollte man dagegen verlangen, daß der Antragsteller auch im Zeitpunkt der möglichen Kostenerstattung noch Versicherter ist, dann würden die von der Krankenkasse zu tragenden Kosten reduziert, obwohl die Behandlung planmäßig abgeschlossen worden ist. Für einen diesbezüglichen Willen des Gesetzgebers bedürfte es weiterer Anhaltspunkte.

Der hier vertretenen Auffassung steht § 19 Abs 1 SGB V nicht entgegen. Wie sich schon aus dem Wortlaut des § 19 Abs 1 SGB V ergibt, erlöschen mit dem Ende der Mitgliedschaft oder jedenfalls einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft grundsätzlich alle Leistungsansprüche (vgl dazu § 11 SGB V) gegen eine Krankenkasse (zu § 19 SGB V s insbesondere Leitherer in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 19 RdNr 276 ff). Es können nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft grundsätzlich auch keine neuen Leistungsansprüche entstehen.

Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber die Leistungsansprüche nach dem Ende der Mitgliedschaft auf ein vertretbares Maß zurückführen (BT-Drucks 11/2237, S 166; vgl Igl in von Maydell <Hrsg>, GemeinschaftsKomm zum Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - § 19 RdNr 6). Von der Regelung des § 19 Abs 1 SGB V muß jedoch im Wege einer einschränkenden Auslegung (vgl dazu allgemein BSGE 30, 135, 137 = SozR 5 zu § 12 BGG vom 14. April 1964; Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 4. Aufl, S 377 ff) für den Kostenerstattungsanspruch des § 29 Abs 2 aF bzw Abs 3 nF SGB V eine Ausnahme zugelassen werden. Dies ergibt sich aus der Natur als zeitlich gestrecktem Anspruchstatbestand sowie aus dem Sinn und Zweck der genannten Vorschriften. Sie sollen - wie schon ausgeführt - sicherstellen, daß demjenigen, der ganz oder teilweise auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse eine kieferorthopädische Behandlung ordnungsgemäß durchführen läßt, der Eigenanteil an den Kosten nach Abschluß der Behandlung erstattet wird. Dieses Ziel ließe sich nicht erreichen, wenn man den Kostenerstattungsanspruch des § 29 SGB V nicht von der Rechtsfolge des § 19 SGB V ausnähme. Der Senat hält sich daher - trotz des klaren Wortlauts des § 19 SGB V - für befugt, die Anwendung dieser Vorschrift auf den hier strittigen Kostenerstattungsanspruch auszuschließen und auf diese Weise der vom Gesetzgeber in § 29 Abs 2 aF bzw § 29 Abs 3 nF SGB V verfolgten Absicht zu entsprechen (im Ergebnis wie hier LSG Niedersachsen, Urteil vom 24. November 1993 - L 4 Kr 70/92 -; Zipperer in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Komm, 1200 § 29 SGB V RdNr 28; von Maydell, GemeinschaftsKomm zum Sozialgesetzbuch, § 29 RdNr 33; Bergmann-Pohl, BT-Drucks 12/6586, S 23 auf eine parlamentarische Anfrage; a.A. Gerlach in Hauck/Haines, SGB V, Komm, K § 29 RdNr 14).



Nach alledem steht der Klägerin - entsprechend dem eingeschränkten Klageantrag - Erstattung von 20 % der bis zum Ende ihrer Mitgliedschaft am 31. Mai 1992 entstandenen Kosten für die kieferorthopädische Behandlung zu. Die vorinstanzlichen Entscheidungen und die angefochtenen Bescheide waren daher entsprechend zu ändern und die Beklagte zu der begehrten Kostenerstattung zu verurteilen.

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](#)