

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 24/95

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Bahn-Betriebskrankenkasse, Bezirksleitung Münster,
Münster, Bahnhofstraße 1-5,

vertreten durch den BKK-Landesverband Berlin-Brandenburg,
Berlin, Nonnendammallee 104-107,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. April 1996 durch den Präsidenten v o n W u l f f e n,
die Richter K u m m e r und Dr. D r e h e r sowie die ehrenamtlichen Richter L e i n g ä r t
n e r und B a r t s c h für Recht erkannt:



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 30. August 1995 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Die Klägerin ist versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Betriebskrankenkasse (BKK). Wegen der Überkronung eines Zahnes reichte sie am 3. Februar 1993 drei vom 26. Januar 1993 datierte Unterlagen bei der Beklagten ein:

1. Ein vom behandelnden Zahnarzt, B S , ausgefülltes Formular über die "Versorgung von Einzelzähnen durch Kronen ..." (Vordruck nach Anlage 3b zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte <BMV-Z>, im folgenden: "Vordruck 3b"). Darin sind die Gesamtkosten für eine Krone einschließlich provisorischer Versorgung auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (Bema) mit 520,63 DM beziffert; außerdem wird auf die "Anlage Muster 3" (unten Ziffer 3) verwiesen.
2. Einen privatärztlichen "Heil- und Kostenplan" desselben Zahnarztes. Darin sind für eine mit Metallkeramik verblendete Krone auf hochgoldhaltiger Edelmetallbasis einschließlich provisorischer Krone und Material nach den Gebührensätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZÄ) Gesamtkosten von 805,- DM ausgewiesen.
3. Einen "Anhang zum Heil- und Kostenplan - Muster 3" mit folgender Erklärung der Klägerin:
"Losgelöst von den Gebührenvereinbarungen zwischen den Ersatzkassen-Verbänden und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, wünsche ich eine prothetische Versorgung entsprechend dem beiliegenden Heil- und Kostenplan."

Gegenüber dem Hinweis der Beklagten, daß diese Erklärung eine prothetische Versorgung außerhalb des vertragszahnärztlichen Rahmens beinhalte, hielt die Klägerin an ihrem Begehren fest. Mit Bescheid vom 3. Mai 1993 (Widerspruchsbescheid vom 2. August 1993) lehnte die Beklagte eine Kostenbeteiligung ab. Das Sozialgericht (SG) hat diese Entscheidung mit Urteil vom 29. September 1994 bestätigt und die Berufung zugelassen.

Mit Urteil vom 30. August 1995 hat das Landessozialgericht (LSG) die Vorentscheidungen aufgehoben und die Beklagte dem Grunde nach verurteilt, der Klägerin auf der Grundlage des für die Beklagten bestimmten Heil- und Kostenplans vom 26. Januar 1993 einen Zuschuß gem § 30 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zu gewähren. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, die



Erklärung nach "Muster 3" lasse nicht den Schluß zu, daß die Klägerin den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung insgesamt habe verlassen wollen. Es handle sich um einen Fall der vereinbarten Mehrleistung iS des § 30 Abs 4 SGB V, weil die nach dem Bema bzw nach der GOZÄ jeweils erfaßten Leistungen nicht derart voneinander abwichen, daß von einem Ausschluß aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgegangen werden könne. Das Verfahren entspreche dem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten "Muster 3 - Anhang zum Heil- und Kostenplan" der Anlage 3 zum BMV-Z; allerdings seien versehentlich die Gebührenvereinbarungen mit den Ersatzkassenverbänden abbedungen, obwohl die Beklagte eine BKK sei. Das "Muster 3" sehe ausdrücklich eine "Erklärung der Krankenkasse betreffend der Kostenübernahme" vor.

Die Beklagte hat die vom LSG zugelassene Revision eingelegt und rügt eine Verletzung der §§ 30, 13 SGB V, des § 103 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und der Auslegungsgrundsätze bei Willenserklärungen. Die Kostenerstattung nach § 30 Abs 1 SGB V könne aus systematischen Gründen nur innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgen. Eine Kostenerstattung an ein versicherungspflichtiges Mitglied bei einer vollständig privatärztlichen Behandlung umgehe § 13 Abs 2 SGB V. Gegen die Vereinbarung einer Mehrleistung spreche, daß dafür eine Erklärung nach Muster 1 der Anlage zum BMV-Z vorgesehen sei und daß der eingereichte privatärztliche Heil- und Kostenplan auch die Grundleistung enthalte, weil er bis auf das höherwertige Material mit dem vertragszahnärztlichen Plan identisch sei. Die im verwendeten Formular vorgesehene Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme sei überholt, weil sie aus der Zeit stamme, in der freiwillig Versicherte von Ersatzkassen einen Anspruch auf Kostenerstattung gehabt hätten. Die Vorlage mehrerer Heil- und Kostenpläne sei nicht vorgesehen und spreche ebenso wie andere Äußerungen der Klägerin und des behandelnden Zahnarztes gegen die Einhaltung der vertragszahnärztlichen Vorschriften. Zumindest sei das LSG verpflichtet gewesen, den widersprüchlichen Sachverhalt weiter aufzuklären.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),

das Urteil des LSG Berlin vom 30. August 1993 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Berlin vom 29. September 1994 zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.



II

Die Revision der Beklagten ist iS der Zurückverweisung begründet; die Feststellungen des LSG reichen nicht aus, um den Rechtsstreit abschließend zu entscheiden.

Streitgegenstand ist entweder ein Zuschuß nach § 30 Abs 1 SGB V, den die Beklagte nach § 30 Abs 3 SGB V zugunsten der Klägerin an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) zu zahlen hat, oder eine entsprechende Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 Alt 2 SGB V unmittelbar an die Klägerin. Letztere kommt nur in Betracht, wenn sich die Klägerin die Leistung inzwischen selbst beschafft hat (wie sie in ihrer Widerspruchsbegründung vom 25. Mai 1993 andeutet) und die Abwicklung über die KZÄV wegen des zeitlichen Abstands nicht mehr möglich sein sollte; hierzu fehlen Feststellungen im angefochtenen Urteil. Wenn berücksichtigungsfähiger Aufwand überhaupt entstanden ist, kann in einem Grundurteil allerdings offenbleiben, nach welchem Prozentsatz sich der Zuschuß bemißt. Demgegenüber muß klargestellt werden, auf welche Kosten sich der noch festzulegende Prozentsatz beziehen soll. Im Fall der Klägerin soll der Zuschuß vermutlich für die im Vordruck 3b errechneten Kosten gezahlt werden. Dieser Vordruck ist jedoch nicht wie im angefochtenen Urteil als "Heil- und Kostenplan" bezeichnet, so daß diese Auslegung zweifelhaft ist. Die ergänzende Umschreibung des fraglichen Plans als "für die Beklagte bestimmt" dürfte iS einer Bezugnahme auf den Vordruck 3b zu verstehen sein, obwohl offenbar auch der Heil- und Kostenplan nach der GOZÄ der Beklagten vorgelegt werden sollte.

Der mögliche Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung setzt infolgedessen ebenso wie der auf Zuschußgewährung voraus, daß die im Vordruck 3b beschriebene zahnärztliche Behandlung und die dazugehörige zahntechnische Leistung medizinisch notwendig sind, zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführt werden sollen (§ 30 Abs 1 Satz 1 SGB V). Die damit aufgeworfenen Fragen können mangels ausreichender Feststellungen nicht abschließend beurteilt werden.

Ob die Leistungen im Vordruck 3b medizinisch notwendig sind und auch im Fall der Klägerin zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, ist dem angefochtenen Urteil nicht zu entnehmen. Zwar hat die Beklagte ihre Leistungspflicht ausschließlich mit dem angeblichen Wunsch der Klägerin nach privatärztlicher Behandlung und nicht mit den Grenzen der vertragszahnärztlichen Versorgung begründet, so daß sich insoweit keine Anhaltspunkte für Bedenken ergeben. Jedoch bezieht sich der privatärztliche Heil- und Kostenplan ebenso wie der Vordruck 3b auf eine Krone und eine provisorische Krone. Zu möglichen Unterschieden hat das LSG festgestellt, die jeweiligen Leistungen wichen nicht derart voneinander ab, daß von einem "aliud" ausgegangen



werden müsse. Wie das LSG weiter ausführt, können die privatärztlich berechneten Beträge "insbesondere für die Ausstattung mit Zahngold ... ohne weiteres als Mehrleistungen angesehen werden". Obwohl die beiden Kostenaufstellungen nach den Beschreibungen der jeweiligen Gebührensätze die gleichen zahnärztlichen Leistungen beinhalten und nur das Material verschieden zu sein scheint, lassen diese Ausführungen offen, worin die Unterschiede der beiden Kostenaufstellungen bestehen und welche rechtliche Bedeutung ihnen zukommt.

Der Senat kann sich der möglichen Rechtsauffassung des LSG nicht anschließen, daß die Krankenkasse auch bei Vorlage eines privatärztlichen Heil- und Kostenplans immer diejenigen Leistungen bezuschussen muß, die nach dem Leistungsinhalt auch als Kassenleistung erbracht werden könnten, und im übrigen von einer Mehrleistung iS des § 30 Abs 4 SGB V auszugehen hat; dann käme es freilich auf den genaueren Vergleich der in den Aufstellungen enthaltenen Leistungen nicht an. Nach § 30 Abs 1 iVm Abs 4 Satz 4 SGB V muß der Umfang der beabsichtigten Mehrleistung aber vor dem Beginn der Behandlung eindeutig festgelegt sein und der Krankenkasse mitgeteilt werden. Der im Gesetz verlangten schriftlichen Vereinbarung über die Mehrleistungen mag nebenbei die Funktion zukommen, den Versicherten vor der Eingehung erheblicher finanzieller Verpflichtungen zu warnen; ausschlaggebend kann dieser Gesichtspunkt nicht sein, denn im Rahmen des Kassenzuschusses von höchstens 65% (vgl § 30 Abs 2 Satz 1 und 3 SGB V) kann es ebenfalls zu erheblichen finanziellen Belastungen des Versicherten kommen, ohne daß insoweit im Gesetz eine besondere schriftliche Erklärung vorgesehen ist. Vielmehr geht es in § 30 Abs 4 Satz 4 SGB V um die vor der Behandlung erforderliche Klärung, welcher abgrenzbare Teil der geplanten Behandlung den Regeln des SGB V (beispielsweise auch § 135 Abs 4 Satz 3) und damit dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse als Sachleistungsträger unterfallen und welcher Teil von der privaten Rechtsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient erfaßt wird. Die sonst zu befürchtenden Abgrenzungsschwierigkeiten bei vergleichbaren Maßnahmen aus dem privatärztlichen bzw vertragsärztlichen Leistungsspektrum würde die nach § 30 Abs 1 Satz 1 SGB V notwendige Entscheidung erheblich erschweren, ob eine bestimmte Leistung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht ist.

Wird eine Kostenaufstellung nach der GOZÄ neben einem Vordruck 3b mit denselben Leistungsinhalten vorgelegt und fehlen plausible Gründe für die doppelte Planung derselben zahnärztlichen Maßnahmen, kann das nur als Indiz für den vollständigen Verzicht auf die Kassenleistung gewertet werden. Denn durch eine derartige Planung wird die in § 30 Abs 4 Satz 4 SGB V geforderte klare Abgrenzung gerade unterlaufen. Behandlungspläne mit ganz unterschiedlichen Leistungsinhalten könnten demgegenüber darauf hindeuten, daß eine Art Grundleistung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung und die darüber hinausgehende Mehrleistung privatärztlich erbracht werden



soll. Entgegen den Andeutungen des LSG dürfte dieser Fall allerdings hier nicht vorliegen, so daß auf mögliche weitere Folgerungen nicht einzugehen ist.

Erst wenn der jeweilige Leistungsinhalt der beiden Kostenaufstellungen geklärt ist, kann auch die sich darauf beziehende Erklärung der Klägerin abschließend gewürdigt werden. Sollte sich bestätigen, daß die Leistungsinhalte der Kostenaufstellungen in bezug auf die Behandlung gleich und nur in bezug auf das Material verschieden sind, wäre die Erklärung (abgesehen von dem Formerfordernis des § 30 Abs 4 Satz 4 SGB V) nicht als "Mehrkostenvereinbarung" anzusehen. Anderenfalls müßte die "Loslösung" vom Gebührenrahmen so verstanden werden, daß sie sich nur auf die Materialkosten - aber nicht auf die Behandlung - des Vordrucks 3b bezieht, während (umgekehrt) dem "Wunsch nach einer prothetischen Versorgung ..." hinsichtlich der Behandlung der Vordruck und hinsichtlich des Materials der Heil- und Kostenplan zugrunde gelegt werden müßte. Ein derart "gespaltener" Sinn der Erklärung ist in sich widersprüchlich und kann die Leistungspflicht der Beklagten nicht begründen.

Da das LSG die erforderlichen Feststellungen zur Abgrenzung zwischen Kassen- und Mehrleistung nicht getroffen hat, ist der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen. Für das weitere Verfahren weist der Senat auf folgendes hin:

Bei einer sich teilweise überschneidenden Behandlungsplanung, wie sie hier vorzuliegen scheint, werden die Erklärungen der Beteiligten nur selten ohne weitere Ermittlungen ausgelegt werden können. Zu ermitteln sind vor allem die Gründe, die den Zahnarzt zur zweifachen Planung, zur - möglicherweise vertragswidrigen - Aushändigung der Behandlungspläne an den Versicherten (vgl § 1 Abs 1 der Anlage 12 zum BMV-Z) und zur Abänderung des von den Spitzenverbänden vereinbarten Vordrucks "Muster 3" veranlaßt haben. Die Bewertung der Erklärung der Klägerin hängt zusätzlich davon ab, inwiefern sie über die Beweggründe des Zahnarztes informiert war. Auf diese Umstände kommt es auch nach einem eventuellen Abschluß der Behandlung noch an. Zwar ist das Ziel der eindeutigen Abgrenzung der Mehrleistung "vor Beginn der Behandlung" (§ 30 Abs 4 Satz 4 SGB V) dann nicht mehr zu erreichen. Ohne Kenntnis der mit den verwendeten Vordrucken verfolgten Absichten kann aber nicht entschieden werden, ob andere Vordrucke zur Verfügung standen, die den Absichten der Beteiligten besser entsprochen hätten, und welcher Seite ein mögliches Fehlen passender Vordrucke anzulasten ist; die Beklagte hat vorgetragen, die auf dem Muster 3 vorgesehene Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse sei durch die zwischenzeitliche Rechtsentwicklung überholt gewesen. Außerdem ist nicht ganz ausgeschlossen, daß bereits die Beklagte im Rahmen der Pflicht zur Sachaufklärung (§ 20 des Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren <SGB X>) oder der Pflicht zur Klarstellung des gestellten Antrags (§ 16 Abs 3 des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil <SGB I>; vgl auch § 17 Abs 1 SGB I) die



notwendige Klärung noch rechtzeitig vor der Behandlung hätte herbeiführen können. Ob sie allerdings deshalb Anlaß hatte, die Klägerin eingehender zu beraten als im Schreiben vom 9. Februar 1993, kann wiederum erst entschieden werden, wenn das Verhältnis von Kassen- und Mehrleistung und die Frage der hierfür geeigneten Vordrucke geklärt ist. Davon hängt schließlich ab, inwiefern die Beklagte im Verhältnis zur Klägerin eventuelle Mängel der Beratung durch den behandelnden Zahnarzt zu verantworten hat oder ob das Verhalten des Zahnarztes der Beklagten nicht mehr zuzurechnen ist, weil die Aufgaben der Krankenkassen nach dem SGB V bewußt unterlaufen werden sollten.

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)