

# BUNDESSOZIALGERICHT



**Im Namen des Volkes**

**Urteil**

**in dem Rechtsstreit**

Az: 2 RU 47/94

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

g e g e n

Gemeindeunfallversicherungsverband Schleswig-Holstein,  
Kiel, Schulstraße 29,

Beklagter und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter: .....

beigeladen

1. ....,

2. Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Kiel, Westring 498,

Prozeßbevollmächtigte zu 1. und 2. ....



Der 2. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 5. Oktober 1995 durch den Vizepräsidenten Prof. Dr. K r a s n e y, die Richter Dr. B u r c h a r d t und K l ü g l e i n sowie die ehrenamtlichen Richter R e h k o p f und H a n e l für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landesozialgerichts vom 21. September 1994 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat dem Kläger und dem Beigeladenen zu 1. auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind keine Kosten zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

## Gründe:

## I

Der Kläger erlitt bei Arbeits-(Schüler)unfällen am 22. November 1990 und am 25. Februar 1993 Verletzungen an oberen Schneidezähnen. Der Kläger, der keinen Anspruch auf Krankenbehandlung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung hatte, begab sich in die Behandlung des Zahnarztes Dr. D (Beigeladener zu 1), der dem beklagten Verband die erbetenen zahnärztlichen Auskünfte am 20. Dezember 1990 und am 17. Mai 1993 erteilte. In den Anschreiben des Beklagten an Dr. D vom 14. Dezember 1990 und 16. März 1993 war der Hinweis enthalten, daß der Beklagte auch bei konservierender Behandlung Kostenträger sei, wenn der Verletzte keinen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung habe (zB bei Privatversicherten). Der Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 22. Januar 1991 mit, eine Eingliederung von Zahnersatz sei wegen des jugendlichen Alters zum jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt, und bat, dieses Schreiben dem Zahnarzt vor Beginn der späteren unfallbedingten Behandlung zur Kenntnis zu geben. Der Zahnarzt werde dann einen Heil- und Kostenplan zur Genehmigung der unfallbedingten Kosten einreichen.

Im März 1991 übersandte der Kläger dem Beklagten die entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZÄ) erteilte Liquidation des Dr. D vom 28. Februar 1991 mit der Bitte um Begleichung. Der Beklagte erstattete nur einen Teilbetrag der Kosten und begründete dies auf Antrag des Klägers mit Schreiben vom 30. Juli 1991 damit, daß die Abwicklung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten wegen des vertragslosen Zustandes auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erfolge; abzurechnen sei nach dem BEMA, dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen und - später - gemäß § 67 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzlichen Krankenversicherung - (SGB V). Gegen diese Entscheidung legte der Kläger Widerspruch ein, den der Beklagte zurückwies (Widerspruchsbescheid vom 28. November 1991). Die hiergegen erhobene Klage hatte ua mit der Begründung Erfolg, der Beklagte hätte bereits im Anschreiben vom 14. Dezember 1990 dem Zahnarzt und nicht dem Vater des Klägers aufgeben müssen, die Liquidation direkt an den Versicherungsträger zu senden. Es wäre Sache des Beklagten gewesen, Dr. D außerdem darauf hinzuweisen, die Abrechnung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab vorzunehmen. Deshalb sei der Beklagte verpflichtet, den Kläger von der Restforderung wegen der Zahnbehandlung infolge des Unfalls vom 22. November 1990 in der geforderten Höhe freizustellen (rechtskräftiges Urteil des Sozialgerichts Schleswig <SG> vom 6. Mai 1992 - S 8 U 85/91 -).



Der Beklagte wies in seinem Schreiben vom 4. Dezember 1992 den Kläger darauf hin, bei künftigen zahnärztlichen Behandlungen wegen der Unfallfolgen den Zahnarzt darauf aufmerksam zu machen, daß die Behandlung wegen der Folgen eines Schulunfalles erfolgen solle und die Abrechnung direkt mit dem Beklagten zu erfolgen habe.

Im Februar 1993 übersandte der Kläger eine nach der GOZÄ erstellte Liquidation des Dr. D vom 9. Februar 1993 dem Beklagten mit der Bitte um Überweisung des Rechnungsbetrages an den Zahnarzt. Diese Liquidation reichte der Beklagte Dr. D zurück mit dem Hinweis, seine Leistungen nach dem BEMA zu berechnen, da die Unfallversicherungsträger nur nach dieser Gebührentabelle abrechnen dürften. Dieses Schreiben vom 2. März 1993 und die Original-Rechnung gab Dr. D an den Kläger weiter, der sich nunmehr an den Beklagten wandte und erneut um Überweisung des vollen Betrages bat. Dies lehnte der Beklagte mit Schreiben vom 2. April 1993 ab. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein, den der Beklagte mit Bescheid vom 3. Mai 1993 zurückwies.

Ebenso verfuhr der Beklagte während des Klageverfahrens gegen die Bescheide vom 2. April und 3. Mai 1993 nach Eingang der Liquidationen vom 4. und 18. Mai 1993 für die zahnärztlichen Behandlungen aus dem weiteren Arbeits-(Schüler)Unfall vom 25. Februar 1993 (Schreiben vom 9. Juni und 2. Juli 1993, Widerspruchsbescheid vom 10. August 1993).

In seinem Urteil vom 8. September 1993 hat das SG "festgestellt, daß der Beklagte als Träger der Schülerunfallversicherung verpflichtet ist, die Kosten für die notwendige Behandlung der Folgen der Schulunfälle vom 22. November 1990 und 25. Februar 1993 zu übernehmen. Der Kläger ist nicht Vertragspartner (Schuldner) des behandelnden Zahnarztes. Im übrigen wird die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Berufung wird vorsorglich zugelassen." Weder der Kläger noch sein Vater seien wegen der Behandlung der Unfallfolgen Schuldner des Zahnarztes Dr. D geworden.

Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung des Klägers das Urteil des SG, den Bescheid vom 2. April 1993 idF des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 1993, den Bescheid vom 9. Juni 1993 idF des Widerspruchsbescheides vom 10. August 1993 und den Bescheid vom 2. Juli 1993 idF des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 1994 geändert und den Beklagten verurteilt, an den gesetzlichen Vertreter des Klägers 194,97 DM, 40,14 DM und 62,87 DM zu zahlen. Das LSG hat weiter festgestellt, daß der Beklagte bei unveränderter Rechtslage verpflichtet sei, zukünftige wegen der Schulunfälle vom 22. November 1990 und 25. Februar 1993 nach der GOZÄ erstellte Rechnungen an den gesetzlichen Vertreter des Klägers zu begleichen (Urteil vom 21. September 1994).



Zur Begründung hat es ausgeführt: Anders als im Ärzteabkommen vom 24. September 1990 sei mit den Zahnärzten nicht vereinbart, daß bei privater Behandlung für den Zahnarzt gegenüber dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein Anspruch auf Honorierung nur in der Höhe bestehe, wie sie der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit ihnen vereinbart habe. In der Empfehlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sei nur die Behandlung über den Krankenschein mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu Lasten der Krankenkassen angesprochen. Eine Kostenregelung bei privater Behandlung enthalte diese Empfehlung nicht. Nach Inkrafttreten des § 85 SGB V solle nunmehr die konservierende Behandlung von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung direkt gewährt und von den Zahnärzten direkt mit diesen abgerechnet werden. Jedoch sei der Zahnarzt an diese Empfehlung nicht gebunden. Der Kläger habe als Privatversicherter eine andere als privat Zahnärztliche Leistung nicht erlangen können.

An sich sei die vorbeugende Feststellungsklage grundsätzlich unzulässig. Dies gelte jedoch nicht, wenn der Kläger zumutbarerweise nicht auf nachträglichen Rechtsschutz verwiesen werden könne. Der Senat halte es nicht für zumutbar, den Kläger auf nachträglichen Rechtsschutz zu verweisen; denn der Vertreter des Beklagten habe in der Berufungsverhandlung ausdrücklich erklärt, daß der Beklagte auch bei rechtskräftiger Verurteilung zu Leistungen im vorliegenden Verfahren nicht entsprechend verfahren werde.

Der Beklagte hat die vom LSG zugelassene Revision eingelegt. Es sei zwischen zwei unterschiedlich zu beurteilenden Zeiträumen zu unterscheiden. In der Empfehlung vom 30. November 1990 sei die Vergütung konservierender zahnärztlicher Leistungen so geregelt gewesen, daß die Behandlung über den Krankenschein mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet worden sei und die Krankenkassen die entstandenen Aufwendungen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger abgerechnet hätten. Eine Kostenregelung bei privater zahnärztlicher Behandlung habe diese Empfehlung nicht enthalten. Nach der neuen Empfehlung vom 7. Juni 1993 würden die Kosten der konservierenden Behandlung von dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung direkt gewährt und von den Zahnärzten direkt mit diesen abgerechnet. Wünsche der Unfallverletzte eine private Behandlung, so bestehe für den Zahnarzt gegenüber dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein Anspruch nur in der Höhe, wie sie die Empfehlung vorsehe. Eine Empfehlung könne nicht bedeuten, daß es dem Adressaten völlig freigestellt werde, der Empfehlung zu folgen oder nicht. Diese Empfehlung sei nicht einseitig von den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger gegeben, sondern mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen worden. Der Zahnarzt erhalte in Höhe der Ersatzkassen-Vereinbarung einen unmittelbaren Anspruch gegen den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.



Daß ein kostenrelevanter Unterschied zwischen der Ersatzkassen- und der Privatbehandlung bestehe, müsse von dem Beigeladenen zu 1. dargetan werden. Diesem sei von Anfang an bekannt gewesen, daß es sich um einen Schulunfall handle. Bei Abweichung von der Empfehlung müßte ein privat Zahnärztlicher Vergütungsanspruch gegen den Unfallversicherungsträger konstruiert werden, obwohl dieser in keiner Weise Vertragspartner des Behandlungsvertrages sei. Andernfalls würde sich die Empfehlung als Benachteiligung der Zahnärzteschaft erweisen. Das LSG leite zu Unrecht eine Kosten-erstattungspflicht aus einer entsprechenden Anwendung des § 13 Abs 3 SGB V ab. Eine für die Annahme einer Analogie dieser eng auszulegenden Vorschrift erforderliche Regelungslücke sei nicht gegeben, weil eine Kostenregelung bei privater Behandlung in der Empfehlung vom 7. Juni 1993 enthalten sei und weil dem Beigeladenen zu 1. die sozialversicherungsrechtliche Einbindung als Schülerunfall bekannt gewesen sei. Zudem seien die Voraussetzungen dieser Vorschrift nicht gegeben, weil beim Kläger kein Notfall, sondern eine zahnärztliche Behandlung gegeben gewesen sei, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt habe. Außerdem können gemäß § 13 Abs 3 SGB V nur Kosten erstattet werden, "soweit die Leistung notwendig war". Dazu gehöre auch, daß entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Erstattungsbetrag angemessen sei und auch vom Versicherungsträger aufzuwenden gewesen wäre. Deshalb sei § 13 SGB V auch für die Zeit vor dem 1. Januar 1991 nicht anwendbar.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 21. September 1994 aufzuheben, das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 8. September 1993 zu ändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen;  
hilfsweise,  
die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 8. September 1993 zurückzuweisen.

Der Kläger ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

Die Beigeladenen beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

## II

Die Revision des Beklagten ist unbegründet.



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



Das LSG hat zutreffend entschieden, daß der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger die Kosten der Zahnbehandlung nach der GOZÄ zu erstatten. Es hat zu Recht das Urteil des SG aufgehoben, das sich rechtsirrig auch "weder verpflichtet noch bereit" sah, "den Vater des Klägers und seinen Zahnarzt in ihrer Eitelkeit zu bestärken".

Grundvoraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch ist, daß der Kläger einen "Naturalleistungs- oder Naturalverschaffungsanspruch" auf die Sach- und Dienstleistung durch den Beklagten hat (vgl BSGE 73, 271, 276). Diese Voraussetzung ist erfüllt.

Nach §§ 547, 556, 557 Abs 1 Nr 1 und Abs 3 der Reichsversicherungsordnung (RVO) hat der Beklagte im Rahmen der Heilbehandlung wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles auch zahnärztliche Behandlung zu gewähren. Nach den - insoweit auch nicht angegriffenen - tatsächlichen Feststellungen des LSG hat der Kläger als nach § 539 Abs 1 Nr 14 Buchst b RVO versicherter Schüler bei seiner versicherten Tätigkeit zwei Arbeits-(Schul)unfälle erlitten, die zu behandlungsbedürftigen Zahnschäden geführt haben. In allen den Gegenstand dieses Verfahrens bildenden Fällen ist nicht die Notwendigkeit und der Umfang der zahnärztlichen Behandlung, sondern nur die Grundlage der Honorierung des Zahnarztes strittig.

Zur Durchführung der erforderlichen unfallbedingten Heilbehandlung hat der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst bald nach dem Arbeitsunfall einsetzende, schnelle und sachgerechte Heilbehandlung gewährleistet wird (s § 557 Abs 2 Satz 1 RVO).

In Verbindung mit den §§ 11 und 22 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil - (SGB I) ergibt sich aus den angeführten Vorschriften der RVO, daß der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Sach- und Dienstleistungen und damit auch die ärztliche und zahnärztliche Behandlung als "Naturalleistung" (BSGE 73, 271, 274) zu gewähren hat (BSG SozR Nr 1 zu § 557 RVO; BSG Beschluß vom 24. Januar 1992 - 2 BU 173/91; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 11. Aufl, S 559; Lauterbach/Watermann, Gesetzliche Unfallversicherung, 3. Aufl, § 557 Anm 2; KassKomm/Ricke § 557 RVO RdNr 4).

Zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen sollen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Beziehungen zwischen ihnen und den an der Durchführung der Heilbehandlung beteiligten Stellen, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, durch Verträge regeln (s § 557 Abs 3 RVO). Hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlung Unfallverletzter besteht jedoch zwischen den Zahnärzten und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung seit dem 1. Juli 1976 ein vertragsloser Zustand (RdSchr des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften <HVBG> VB 189/79 vom



28. Dezember 1979). Die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben nur eine "Gemeinsame Empfehlung" (RdSchr VB aaO) gegeben, bei der Abrechnung der zahnärztlichen Behandlung von Unfallverletzten und Berufserkrankten die jeweils gültige Ersatzkassen-Vergütung anzusetzen und diese Empfehlung später den Änderungen durch das Gesundheitsstruktur-Reformgesetz angepaßt (s ua HVBG RdSchr VB 25/93 vom 18. Februar 1993, VB 97/94 vom 22. Dezember 1994 und VB 85/95 vom 21. September 1995).

Die Gemeinsame Empfehlung bindet auch die Zahnärzte nicht, die zur kassen-(vertrags-)zahnärztlichen Behandlung zugelassen sind. Entgegen der Auffassung der Revision steht es ihnen anders als bei vertraglichen Vereinbarungen zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung frei, ob sie ihre Patienten entsprechend diesen Empfehlungen behandeln. Somit kann der Beklagte die ihm obliegende unfallbedingte Zahnbehandlung des Klägers nicht aufgrund allgemeiner vertraglicher Beziehungen zu den zur kassen-(vertrags-) zahnärztlichen Behandlung zugelassenen Zahnärzten erfüllen. Es bedarf demnach keiner Entscheidung, ob im Rahmen des § 557 Abs 3 RVO die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung überhaupt berechtigt ist, Vereinbarungen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung über die Behandlung Unfallverletzter zu treffen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (s auch § 18 c Abs 4 des Bundesversorgungsgesetzes).

Der Beklagte hat dem Kläger die erforderliche unfallbedingte zahnärztliche Behandlung aber auch nicht als Sach- und Dienstleistung aufgrund einer unmittelbar zwischen ihm und Dr. D getroffenen, der Gemeinsamen Empfehlung entsprechenden vertraglichen Vereinbarung gewährt. Vielmehr war schon aufgrund der Liquidationen des Dr. D eindeutig ersichtlich, daß er den Kläger nur als sog Privatpatienten entsprechend der GOZÄ behandelt hatte und behandeln werde. In den im vorliegenden Verfahren maßgebenden Fällen war dies dem Beklagten auch aus den vorangegangenen Behandlungen bekannt, die den Gegenstand des Verfahrens des Klägers gegen den Beklagten vor dem SG Schleswig S 8 U 85/91 bildeten. Dies hat Dr. D zudem in seinem Schreiben vom 17. Mai 1993 an den Beklagten noch einmal ausdrücklich bestätigt. Unzutreffend ist deshalb insbesondere die Auffassung des Beklagten, der Kläger hätte die Rechnungen von Dr. D weder annehmen noch begleichen dürfen, sondern sie dem Beklagten zur Honorierung der in seinem - des Beklagten - Auftrag durchgeführten Dienst- und Sachleistungen weiterreichen sollen. Der Kläger konnte die Behandlung durch Dr. D wegen der fehlenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen diesem und dem Beklagten nur als Privatpatient erhalten. Nur er und nicht der Beklagte standen mit Dr. D in vertraglichen Beziehungen. Aufgrund seines Behandlungsauftrages war der Kläger Honorarschuldner gegenüber Dr. D. Die Revision



geht deshalb zu Unrecht davon aus, die vom Senat geteilte Rechtsauffassung des LSG führe zur Fiktion eines Behandlungsvertrages zugunsten des Klägers als Privatpatient zwischen dem Beklagten und Dr. D . Vielmehr ist in Übereinstimmung mit dem LSG Grundlage der Entscheidung des Senats, daß vertragliche Beziehungen ausschließlich zwischen dem Kläger und Dr. D bestanden haben.

Weder dem Vorbringen des Beklagten noch dem Inhalt der vom LSG beigezogen Akten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren und auf die das LSG verweist, ist zu entnehmen, daß der Beklagte - vor allem nachdem ihm die Haltung von Dr. D bekannt war - dem Kläger andere Zahnärzte benannt hat, die bereit gewesen wären, ihn - den Kläger - wegen der Unfallfolgen zu den in der Gemeinsamen Empfehlung genannten Gebühren nach Punktwerten zu behandeln.

Somit konnte der Beklagte den Anspruch des Klägers auf Behandlung der unfallbedingten Zahnschäden in der Form der Dienst- und Sachleistungen als Naturalleistungen nicht erbringen. Der Kläger mußte sich diese Behandlung selbst verschaffen. Die ihm dadurch entstandenen Kosten hat ihm der Beklagte zu erstatten.

Bereits vor Inkrafttreten des § 13 SGB V wurde in der auch vorher ebenfalls von dem Grundsatz der Sach- und Dienstleistungen geprägten gesetzlichen Krankenversicherung ausnahmsweise eine Kostenerstattung für zulässig und notwendig angesehen, wenn die Dienst- und Sachleistungen dem Versicherten vom Sozialversicherungsträger rechtswidrig versagt worden waren (BSGE 46, 179, 182; 48, 258, 260; BSG SozR 2200 § 182 Nr 86), wenn sie in dringenden Fällen wegen Nichterreichens der Sach- und Dienstleistungen selbst beschafft werden mußten (BSGE 42, 117, 119; 46, 179, 182) oder wenn der Versicherte zwar nicht versucht hatte, die Dienst- und Sachleistungen als Naturalleistungen zu erhalten aber von vornherein feststand, daß ihm diese Leistungen abgelehnt worden wären (BSG SozR 2200 § 182 Nr 86). Nach dieser Rechtsprechung waren somit die Kosten der selbstbeschafften Leistungen zu erstatten, wenn der Sozialversicherungsträger die Leistungen zu Unrecht verweigert hatte oder aus anderen Gründen eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Diese Grundgedanken galten für alle Sozialversicherungszweige soweit in ihnen - wie auch in der gesetzlichen Unfallversicherung - Sach- und Dienstleistungen als Naturalleistungen zu erbringen waren (ebenso Lauterbach/Watermann aaO § 557 Anm 4 Buchst b; s auch BSG SozR Nr 1 zu § 557 RVO; BSG Beschluß vom 24. Januar 1992 - 2 BU 173/91 -; Brackmann aaO S 559). Deshalb hat das LSG für die hier maßgebende Zeit nach Inkrafttreten des § 13 Abs 3 SGB V diese Vorschrift entsprechend für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung angewandt (KassKomm/Ricke § 557 RVO RdNr 4). Die gegenteilige Auffassung der Revision, eine Regelungslücke liege nicht vor, weil eine Kostenregelung für privatrechtliche Behandlung in der Gemeinsamen Empfehlung



enthalten sei, ist unzutreffend; denn die Lücke besteht in dem Fehlen einer Regelung über die Kostenerstattung.

Die Voraussetzungen des analog anwendbaren § 13 Abs 3 SGB V sind erfüllt.

Der Beklagte hat - wie bereits dargelegt - die dem Kläger wegen seines Arbeits-(Schüler-)unfalles im Rahmen der Heilbehandlung zustehenden Sach- und Dienstleistungen nicht als Naturalleistung erbringen können. Diese Leistungen waren auch unaufschiebbar. Zwar ist den tatsächlichen Feststellungen des LSG nicht zu entnehmen, daß die hier den Streitgegenstand bildenden zahnärztlichen Behandlungen jeweils innerhalb weniger Tage durchgeführt werden mußten. Einer weiteren Sachaufklärung bedarf es jedoch insoweit nicht. Jedenfalls konnten die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen nicht solange aufgeschoben werden, bis eine neue vertragliche Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und den zuständigen Stellen der Zahnärzte geschaffen worden ist. Dies war und ist - wie vor allem schon der den Unfällen vorangegangene und auch der danach folgende Zeitraum gezeigt haben - nicht voraussehbar. Deswegen war entgegen der Auffassung der Revision auch hinsichtlich eines zeitlich längeren zahnärztlichen Behandlungszeitraumes das Merkmal der Unaufschiebbarkeit erfüllt. Damit steht auch gleichzeitig fest, daß der Beklagte die ihm obliegenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Die Notwendigkeit der Leistungen ergibt sich aus den tatsächlichen Feststellungen des LSG und ist von dem Beklagten im Rahmen der von ihm durchgeführten - teilweisen - Erstattung auch nicht angezweifelt worden, so daß der Beklagte die nach der GOZÄ entstandenen Kosten zur erstatten hat. Auch insoweit ist die gegenteilige Auffassung der Revision, nach der Gemeinsamen Empfehlung hätte ein geringerer Betrag ausgereicht, rechtlich nicht nachvollziehbar; denn der Kläger war nach der GOZÄ gehalten, die ihr entsprechende Liquidation zu begleichen, nachdem der Beklagte seiner Pflicht, die unfallbedingten Sach- und Dienstleistungen als Naturalleistung zu gewähren, nicht nachkommen konnte. Gleiches gilt für das Vorbringen der Revision, es müsse vom Beigeladenen zu 1. dargetan werden, daß ein kostenrelevanter Unterschied zwischen der "Ersatzkassen- und der Privatbehandlung" bestehe. Die unterschiedlichen Honorare beruhen auf den verschiedenen Gebührenordnungen und Honorarvereinbarungen. Ließe man dies unbeachtlich, hätten auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot darzutun, worin ein "kostenrelevanter Unterschied" zwischen der Behandlung der Versicherten einer Ersatzkasse und der Versicherten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse bestehe.

Die zusätzlichen Voraussetzungen für die vom Kläger begehrte Feststellung, daß der Beklagte bei unveränderter Rechtslage verpflichtet ist, zukünftige wegen der Schulunfälle



vom 22. November 1990 und 25. Februar 1993 nach der GOZÄ erstellte Rechnungen an den gesetzlichen Vertreter des Klägers zu begleichen, sind, wie das LSG zutreffend ausgeführt und wie auch das weitere Verhalten des Beklagten bestätigt hat, erfüllt. Der Beklagte hat die hierfür maßgebenden Ausführungen in dem Urteil des LSG in seiner Revisionsbegründung auch nicht angegriffen.

Die Verwaltungsakte vom 6. und 16. Januar 1995, 14. Februar und 19. Juli 1995 sind entgegen den in ihnen gegebenen Hinweisen nicht Gegenstand des Revisionsverfahrens geworden (§ 171 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

