

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
16. Januar 1991

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 12/90

Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Kiel 1, Westring 498,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Allgemeine Ortskrankenkasse Neumünster,
Neumünster, Rudolf-Weißmann-Straße 13 - 15,

Beklagte und Revisionsklägerin,

vertreten durch den AOK-Bundesverband,
Bonn 2, Kortrijker Straße 1.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
16. Januar 1991 durch die Richter F u n k - Vorsitzender -, Dr. W i e g a n d und
Dr. B a a d e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M ö c k l i n g h o f f und
S c h m e i n c k
für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 28. Juni 1989
wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht



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



G r ü n d e :

I

Streitig ist die Abrechnungsfähigkeit von Kosten für Abformungsmaterial, abnehmbare Hülsen und provisorische Kronen (Praxismaterialkosten) für das 1. Quartal 1989.

Die Beklagte kürzte die von der Klägerin vorgelegten Rechnungen, die für jeden Behandlungsfall (Versorgung mit Zahnersatz) Praxismaterialkosten in unterschiedlicher Höhe zwischen DM 0,75 und DM 40,23 auswies, um insgesamt DM 1.121,09, weil diese nach § 85 Abs 2 Satz 5 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) nicht abrechnungsfähig seien. Mit ihrer Klage machte die Klägerin geltend, die Regelung des § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V schließe nicht die Abrechnung tatsächlich entstandener Materialkosten aus. Der Gesetzeswortlaut ergebe nur, daß hinsichtlich der Material- und Laborkosten keine Pauschalbeträge angesetzt werden dürften.

Das Sozialgericht (SG) Kiel hat die Beklagte zur Zahlung von DM 1.121,09 verurteilt (Urteil vom 28. Juni 1989) mit der Begründung, allgemein könne ein Zahnarzt die ihm entstandenen Praxismaterialaufwendungen als Kostenfaktor abrechnen. Auch verbiete § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V nicht die konkrete Abrechnung von Praxismaterialkosten, sondern nur ihre Pauschalierung.

Gegen diese Rechtsauffassung wendet sich die Beklagte mit ihrer vom SG zugelassenen Sprungrevision. Sie trägt vor, durch § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V würden die vertraglich vereinbarten Pauschalbeträge für unzulässig erklärt. Wortlautbezogen sei dem Gesetz kein Hinweis auf die Zulässigkeit spezifizierter Abrechnungen mit dem Versicherten zu entnehmen. Der Vergütungsausschluß ergebe sich auch aus der Zielsetzung des Gesetzes. Danach solle die hier streitige Regelung einen Stabilisierungsbeitrag der Kassenzahnärzte zur Erhaltung der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken. Der Gesetzgeber habe davon ausgehen müssen, daß eine Regelung über die spezifizierte Abgeltung von Praxismaterialkosten nicht vorhanden gewesen sei und deshalb auch nicht habe ausgeschlossen werden müssen. Auch Nr 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Zahnärztliche Leistungen (BEMA) in seiner ab 1. Januar 1986 geltenden Fassung enthalte keine eigenständige Anspruchsgrundlage, sondern erfordere spezielle Abrechnungsregelungen. Diese Rechtsauffassung vertrete auch der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA).



Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 28. Juni 1989 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Sprungrevision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Sprungrevision der Beklagten ist unbegründet.

Das angefochtene Urteil ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung eines Betrages von DM 1.121,09 an die Klägerin verurteilt.

Die Klägerin ist, wie die Revision ausdrücklich zugesteht, zur Geltendmachung der ihr von ihren Mitgliedern zur Abrechnung und Einziehung abgetretenen, hier streitigen Zuschußforderungen gegenüber der Beklagten im eigenen Namen berechtigt. Diese Berechtigung ergibt sich jedenfalls aus Ziffer 2.1 der von den Partnern des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z) bis zum 31. März 1989 vereinbarten Übergangsregelung vom 20. Dezember 1988 (Anlage K 17 zum Schriftsatz der Klägerin vom 6. Juni 1989; vgl dazu auch Urteil des erkennenden Senats vom 10. April 1990 - 6 RKa 36/89 - = SozR 3-2500 § 29 Nr 1, ebenfalls zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen). Ob darüber hinaus entsprechende Vertragsregelungen zwischen den Beteiligten des vorliegenden Rechtsstreits für die Zeit ab 1. April 1989 bestehen, kann auf sich beruhen, weil die Klägerin ihre Forderung mit Rechnung vom 7. März 1989 und somit vor dem 1. April 1989 geltend gemacht hat.

Die dem Kassenzahnarzt anlässlich der Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Zahnersatz tatsächlich entstandenen, im Einzelfall aufgeschlüsselten und nachgewiesenen sowie dem Versicherten in Rechnung gestellten Aufwendungen für Praxismaterial der hier vorliegenden Art (Abformungsmaterial, abnehmbare Hülssen, provisorische Kronen) gehören unter der - hier nicht streitigen - Voraussetzung ihrer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu den zuschufähigen "Kosten der ... Versorgung mit Zahnersatz" iS des § 30 Abs 1 SGB V. Rechnerische Grundlage des dem Versicherten von seiner Krankenkasse zu leistenden Zuschusses sind die Kosten für medizinisch notwendige Leistungen in Höhe der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung vereinbarten Sätze (KassKomm-Höfler, 1990, § 30 SGB V RdNr 10) und damit nach näherer Maßgabe des als Anlage A zum BMV-Z vereinbarten BEMA (vgl Schmidt in Peters,



Handbuch der Krankenversicherung, Teil II - Sozialgesetzbuch V, Stand 1. Februar 1990, § 30 SGB V Rz 37). Das ergibt sich allein daraus, daß - wie bei den Zuschüssen zu den Kosten eines Zahnersatzes - die Kostenerstattung bei grundsätzlich bestehendem Sachleistungsprinzip (vgl § 2 Abs 2 SGB V) sich lediglich aus der Normierung einer teilweisen Eigenbeteiligung des Versicherten ergibt, nicht jedoch vom Gesetzgeber als ein die Zuschußfälle übergreifendes Gegenprinzip zur Sachleistung institutionalisiert worden ist (vgl Urteil des Senats vom 10. April 1990, aaO), somit trotz des Kostenerstattungsverfahrens der Versicherte gegenüber dem Zahnarzt Kassenpatient bleibt und ihm vom Zahnarzt nur die nach dem BMV-Z zulässigen Vergütungen und sonstigen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen (Gerlach in Hauck/Haines, SGB V, Stand 1. Januar 1991, K § 30 Rz 22).

Die vom Kassenzahnarzt nachweislich aufgewendeten und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial der hier vorliegenden Art dürfen nach dem BMV-Z bzw nach dem BEMA dem Kassenpatienten neben der Vergütung für die eigentliche zahnärztliche Tätigkeit gesondert in Rechnung gestellt werden. Das ergibt sich aus den Allgemeinen Bestimmungen des BEMA und aus dem Regelungszusammenhang, in dem diese Bestimmungen stehen. Sie stellen die Voraussetzungen auf, unter denen zahnärztliche Leistungen abrechnungsfähig und die damit in Zusammenhang stehenden Kosten erstattungsfähig sind. Die abrechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen, dh die Dienstleistungen, sind im BEMA im einzelnen aufgeführt; ergänzend gilt die Gebührenordnung für Ärzte (aaO Nr 3). Hinsichtlich der sächlichen Aufwendungen des Zahnarztes enthält die Nr 4 folgende Regelung:

"Die allgemeinen Praxiskosten, auch die durch Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten. Nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind die Kosten für Arzneimittel und Materialien, die Kosten für die Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sowie die zahntechnischen Laborkosten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, und die Versand- und Portokosten. Die Kosten der Röntgendiagnostik - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten - sind in den Leistungssätzen enthalten."

Bei den allgemeinen Praxiskosten handelt es sich um Aufwendungen, die ohne die Möglichkeit der Zuordnung zu einzelnen Patienten allgemein durch die Einrichtung und den Betrieb einer Praxis entstehen, auch soweit die entsprechenden Leistungen (zB Elektrizität, Wasser ua) zum Verbrauch bestimmt sind. Diese Aufwendungen können auch nicht anteilig neben der Vergütung zahnärztlicher Leistungen erstattet werden. Anders verhält es sich mit den bei einem Behandlungsfall (vgl § 9 Abs 2 BMV-Z) entstehenden patientenbezogenen Aufwendungen, wie sie hier in Streit stehen. Diese sind gesondert erstattungsfähig. Die Erstattungsfähigkeit ergibt sich daraus, daß diese Aufwendungen in Ab-



grenzung zu den allgemeinen Praxiskosten nach dem BEMA nicht in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten sind, sofern nicht dort ausdrücklich eine abweichende Regelung getroffen worden ist. Eine solche Regelung findet sich beispielsweise in Nr 13 BEMA (Präparieren einer Kavität etc), nach deren Anmerkung 1) mit der Berechnung dieser Nr die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials einschließlich der Anwendung der Ätztechnik und der Lichtaushärtung abgegolten ist. Dieser Regelung hätte es nicht bedurft, wenn die Kosten des Füllmaterials nach Nr 4 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA als Stoff, den der Kranke zur weiteren Verwendung behält, ohnehin nicht erstattungsfähig wären. Hieraus ist zu schließen, daß die in Nr 4 Satz 2 aaO aufgeführten patientenbezogenen Aufwendungen im Gegensatz zu den allgemeinen Praxiskosten gesondert erstattungsfähig sind. Daran ändert nichts, daß bestimmte Aufwendungen von der Erstattungsfähigkeit ausgenommen sein können, wie dies im Bereich der kassenärztlichen Versorgung der Fall ist. Dort sind zB nach Nr 2 der Allgemeinen Bestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (EBM) vom 1. Oktober 1987 Aufwendungen für Einmalhandschuhe in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten und daher nicht gesondert erstattungsfähig. Einen vergleichbaren Negativkatalog enthalten die Allgemeinen Bestimmungen des BEMA nicht. Auch § 26 Abs 1 BMV-Z schließt die Einzelerstattung von Material- und Laborkosten nicht aus. Etwas anderes ist nicht daraus herzuleiten, daß in der Zeit vor Inkrafttreten des SGB V eine Pauschalierung der erstattungsfähigen Aufwendungen hat vereinbart werden können und weitgehend vereinbart worden ist. Hierdurch ist nicht die Erstattungsfähigkeit als solche begründet, sondern lediglich die Art und Weise ihrer Abwicklung in bestimmter Form geregelt worden.

Der nach alledem gerechtfertigten Schlußfolgerung, daß der Kassenzahnarzt neben seiner Vergütung die ihm nachweislich entstandenen und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial dem Kassenpatienten gesondert in Rechnung stellen darf und diese Kosten damit zuschußfähig iS des § 30 Abs 1 SGB V sind, steht § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V nicht entgegen. Hiernach sind beim Zahnersatz Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes sowie für pauschale Material- und Laborkosten nicht zulässig. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber in das Vertragsrecht, zu dem neben den Gesamtverträgen auch der Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V) als Bestandteil des Bundesmantelvertrages (§ 82 SGB V) gehört, eingegriffen, indem er die Vertragsfreiheit hinsichtlich der Vergütung für die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen sowie der Pauschalierung der Material- und Laborkosten aufgehoben hat mit der Folge, daß auch bestehende Verträge bzw Vereinbarungen insoweit nicht fortgelten. Indes wird davon die Erstattungsfähigkeit der nachweislich entstandenen und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial nicht berührt.

Nach dem für die Auslegung in erster Linie maßgeblichen Wortlaut des § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V schließt er - im erkennbaren Gegensatz zur Vergütung für die Aufstellung eines



Heil- und Kostenplanes - im Zusammenhang mit Material- und Laborkosten lediglich eine pauschale Vergütung, dh die Erstattung generell festgelegter Beträge ohne Rücksicht auf die Höhe des tatsächlichen Aufwandes und seines Nachweises im Einzelfall, aus. Mit dem Verbot der Vereinbarung einer Pauschalvergütung bzw -erstattung wird nicht zugleich der aus Nr 4 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA herzuleitende Anspruch auf Erstattung der nachweislich entstandenen und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial beseitigt. Auf derartige Ansprüche bezieht sich die Vorschrift ihrem Wortlaut nach eindeutig nicht.

Gegenteiliges läßt sich auch nicht aus ihrer Entstehungsgeschichte herleiten. Dem jetzigen § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V hat in dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG-) (BR-Drucks 200/88) wörtlich der seinerzeitige § 93 Abs 2 Satz 5 des Entwurfs des SGB V entsprochen. Hierzu ist in der Begründung (aaO, S 193) ausgeführt worden, nach Abs 2 Satz 5 seien beim Zahnersatz Vergütungen für Heil- und Kostenpläne sowie für pauschalisierte Material- und Laborkosten unzulässig; Vergütungsregelungen, die dem entgegenstünden, würden mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes gegenstandslos. Während des nachfolgenden Gesetzgebungsverfahrens ist die Vorschrift, soweit ersichtlich, nicht Gegenstand parlamentarischer Erörterungen oder Änderungsvorschläge gewesen (vgl insbesondere Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, BT-Drucks 11/3320, S 54, und Bericht dieses Ausschusses, BT-Drucks 11/3480, S 37 f). Sie ist vom Deutschen Bundestag in seiner 111. Sitzung am 25. November 1988 zwar unter neuer Paragraphenbezeichnung, aber mit unverändertem Inhalt angenommen worden (vgl BR-Drucks 555/88, S 24); der Bundesrat hat dem Gesetz am 16. Dezember 1988 zugestimmt (vgl BR-Drucks 555/88-Beschluß). Der Entstehungsgeschichte des § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V lassen sich somit Anhaltspunkte dafür, daß der Gesetzgeber die Erstattung nicht nur pauschalierter, sondern auch einzeln aufgeschlüsselter und nachgewiesener Kosten für Praxismaterial hat ausschließen wollen, nicht entnehmen.

Der BMA hat in seiner dem Senat von der Beklagten abschriftlich zugeleiteten Aufsichts-anordnung an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vom 27. Februar 1990 die Meinung vertreten, aus § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V, seiner Begründung und den finanziellen Vorgaben des Gesetzgebers ergebe sich eindeutig, daß die bislang pauschal vergüteten Material- und Laborkosten nicht mehr vergütet werden dürften und also die Neuregelung auch den Übergang zu einer individuellen Abrechnung ausschließe. § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V könne aus dem Gesamtzusammenhang des SGB V heraus nur so verstanden werden, daß die Vergütungen als solche nicht mehr zulässig sein sollten. Angesichts der Zielsetzung des GRG werde der Wille des Gesetzgebers, auch den Zahnärzten einen Beitrag zur Stabilisierung der finanziellen Grundlagen der Krankenversicherung aufzuerlegen, in sein Gegenteil verkehrt, wenn ihnen erlaubt wäre, statt der niedrigeren Pau-



schale höhere Einzelfallkosten zu liquidieren. Aus dem Wortlaut des § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V könne nichts Gegenteiliges hergeleitet werden. Der Gesetzgeber habe die pauschale Vergütung ausdrücklich ausgeschlossen. Für den Ausschluß einer individuellen Vergütung habe keinerlei Veranlassung bestanden; für sie habe es weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage gegeben. Es fehle an einer entsprechenden konkreten Abrechnungsposition.

Der erkennende Senat teilt - im wesentlichen aus den bereits dargelegten Gründen - diese Meinung nicht. Insbesondere ihr Ausgangspunkt, daß es im Zeitpunkt des Inkrafttretens des GRG an einer Rechtsgrundlage für eine Erstattung der nachweislich entstandenen und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial gefehlt und deshalb der Gesetzgeber des GRG für den Ausschluß einer solchen Erstattung keine Veranlassung gehabt habe, trifft im Blick auf Nr 4 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA nicht zu. Der Ausschluß einer "individuellen" Erstattung hätte demnach einer ausdrücklichen Regelung bedurft. Darüber, ob eine solche Regelung seitens des Gesetzgebers oder durch eine Vereinbarung der Partner des BMV-Z zulässigerweise getroffen werden darf, ist im vorliegenden Rechtsstreit nicht zu befinden. Die Revision der Beklagten muß allein deshalb ohne Erfolg bleiben, weil eine Regelung über den Ausschluß der Erstattung der dem Kassenzahnarzt nachweislich entstandenen und im einzelnen aufgeschlüsselten Kosten für Praxismaterial der hier vorliegenden Art nicht vorhanden und insbesondere nicht dem § 85 Abs 2 Satz 5 SGB V zu entnehmen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 4 des Sozialgerichtsgesetzes.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)