

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 20/95

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Berufungsausschuß für Vertragszahnärzte für den Regierungsbezirk Tübingen,
Tübingen, Wilhelmstraße 133,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:,

beigeladen:

1. Kassenzahnärztliche Vereinigung für den Regierungsbezirk Tübingen,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tübingen, Bismarckstraße 96,

2. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
3. AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
4. AOK Baden-Württemberg,
Stuttgart, Heilbronner Straße 184,
5. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Kornwestheim, Stuttgarter Straße 105,
6. IKK-Landesverband Baden-Württemberg,
Ludwigsburg, Schlachthofstraße 3,
7. Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg,
Stuttgart, Vogelrainstraße 25.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 8. Mai 1996 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Dr. E n g e l m a n n und S t e e g e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M ö c k l i n g h o f f und Dr. O l d i g e s für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 14. Dezember 1994 aufgehoben. Die Berufung des Beigeladenen zu 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 15. Dezember 1993 wird zurückgewiesen.

Der Beigeladene zu 2) hat dem Kläger die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Der 1937 geborene Kläger, Zahnarzt für Kieferorthopädie, wurde durch Ermächtigungsvertrag vom 26. November 1982 gemäß § 10a Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) im damaligen RVO-Kassenbereich zur kieferorthopädischen Behandlung ermächtigt. Der Beteiligungsausschuß beteiligte den Kläger ab 26. November 1982 an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten.

Mit einem an den Beteiligungsausschuß gerichteten Schreiben vom 26. Dezember 1992, eingegangen am 29. Dezember 1992, verzichtete der Kläger mit Wirkung vom 31. März 1993 auf seine Ersatzkassenbeteiligung.

Der - an die Stelle des Beteiligungsausschusses getretene - Zulassungsausschuß stellte daraufhin mit Bescheid vom 1. Februar 1993 das Ende der Beteiligung zum 31. März 1993 fest. Auf den Widerspruch des zu 2) beigeladenen Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) stellte der beklagte Berufungsausschuß demgegenüber mit Bescheid vom 19. Juli 1993 fest, daß die Kündigung der Ersatzkassenbeteiligung nicht wirksam sei. Zu dem Zeitpunkt, mit dem die Beteiligung des Klägers hätte enden sollen (31. März 1993), habe bereits das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) gegolten. Der Kläger sei somit ein zugelassener Vertragszahnarzt iS des GSG gewesen. Nach dessen Art 33 § 3a sei eine nur teilweise Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit, hier beschränkt auf die Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen, nicht mehr möglich.

Das hiergegen angerufene Sozialgericht (SG) Reutlingen hat den Bescheid des Beklagten aufgehoben und das Ende der Beteiligung des Klägers an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten zum 31. März 1993 festgestellt (Urteil vom 15. Dezember 1993). Die Beteiligung des Klägers an der vertragszahnärztlichen Versorgung sei durch seine Kündigung zum 31. März 1993 beendet worden. Bei der Beurteilung einer einseitigen empfangsbedürftigen, rechtsgestaltenden Willenserklärung wie der Kündigung komme es auf den Zeitpunkt des Zugangs an. Nach der bis zum 31. Dezember 1992 maßgeblichen Rechtslage sei die selbständige Kündigung der Teilnahme an der Versorgung der Ersatzkassenversicherten zulässig gewesen. Die Vorschriften des GSG führten nicht zur Unwirksamkeit dieser Kündigung.

Auf die Berufung des Beigeladenen zu 2) hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen (Urteil vom 14. Dezember 1994). Zur Begründung hat es im wesentlichen ausgeführt, der Kläger sei zwar nach der bis zum 31. Dezember 1992 maßgeblichen Rechtslage berechtigt



gewesen, seine Beteiligung im Ersatzkassenbereich zu kündigen. Die Beteiligung habe aber erst zum 31. März 1993 geendet. In das bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Rechtsverhältnis habe das GSG dadurch eingegriffen, daß es die Teilnahme an der Primär- und Ersatzkassenversorgung wechselseitig aneinander gekoppelt habe. Von dem danach bestehenden einheitlichen Zulassungsstatus sowohl für den Primär- als auch für den Ersatzkassenbereich sei auch der Kläger erfaßt worden, weil er zum 1. Januar 1993 zur Teilnahme an der Primärkassenversorgung ermächtigt gewesen sei. Bei dem gesetzgeberischen Eingriff in seine Rechtsposition handele es sich um einen Fall der unechten Rückwirkung. Die hierbei vorzunehmende Abwägung zwischen den Individualinteressen einerseits und der Bedeutung der Neuregelung für das Gemeinwohl andererseits lasse die Rückwirkung nicht als unverhältnismäßig erscheinen. Das Vertrauen der Ärzte auf eine isolierte Teilnahme entweder für den Primär- oder für den Ersatzkassenbereich sei im Zeitpunkt der Kündigung bzw des Verzichts nur noch in geringem Maße schutzwürdig gewesen; denn der Entwurf des GSG mit der Vereinheitlichung von Primär- und Ersatzkassenbereich habe bereits vorgelegen. Zudem sei die Zahl der Ärzte, die nur die Primärkassenversorgung ohne die Ersatzkassenversorgung fortsetzen wollten, sehr klein gewesen. Im übrigen könne der Zahnarzt, der seine kassen- bzw vertragszahnärztliche Tätigkeit reduzieren wolle, dies auch anders erreichen als durch die Kündigung nur der Ersatzkassenversorgung. Damit träten die Vertrauensschutzinteressen der betroffenen Ärzte gegenüber dem Anliegen des Gesetzgebers, den Primär- und Ersatzkassenbereich zusammenzuführen, zurück.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts. Seine Kündigung zum 31. März 1993 sei wirksam, weil hierfür das zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung geltende Recht Anwendung finde. Nach den Regelungen des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrages (EKV-Z) und den Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Beteiligung an der Vertragstätigkeit (Anlage 5 zum EKV-Z) ende die Beteiligung eines Zahnarztes, wenn er kündige. Nach Nr 5 der Richtlinien betrage die Kündigungsfrist sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres, so daß seine - des Klägers - Kündigung, die dem Beteiligungsausschuß am 29. Dezember 1992 zugegangen sei, die Beteiligung zum 31. März 1993 beendet habe. Bei der Kündigung handele es sich ebenso wie bei dem Verzicht um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die gemäß § 130 Abs 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) mit dem Zeitpunkt des Zugangs wirksam werde. Nach einhelliger Auffassung komme es für die Beurteilung der Wirksamkeit der Kündigung auf den Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung und nicht auf den des Befristungseintritts an. Wollte man eine andere Auffassung vertreten, würde dies hier dazu führen, daß er - der Kläger - vor dem 30. Juni 1992 hätte kündigen müssen, um seine Beteiligung vor dem 31. Dezember 1992 zu beenden. Dies ergebe sich aus dem Wortlaut des Art 33 § 3a GSG, der auf die Zahnärzte abstelle, die am 31. Dezember 1992 als Kassenzahnärzte zugelassen und Vertragszahnärzte der Ersatzkassen gewesen



seien. Zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung habe § 95 Abs 8 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung gegolten, nach der es eine Akzessorietät zwischen der Versorgung der Primärkassenversicherten und der Ersatzkassenbeteiligten nicht gegeben habe. Deshalb sei bis zum 31. Dezember 1992 die selbständige Kündigung der Teilnahme an der Versorgung der Ersatzkassenversicherten ohne weiteres zulässig gewesen. Art 33 § 3a Abs 1 GSG gelte erst ab 1. Januar 1993 mit der Folge, daß nur die bis dahin zugelassenen Kassenzahnärzte jetzt zugelassene Vertragszahnärzte seien. Im übrigen beziehe sich die Vorschrift ihrem eindeutigen Wortlaut nach nur auf Zahnärzte, die am 31. Dezember 1992 als Kassenzahnärzte zugelassen und Vertragszahnärzte der Ersatzkassen gewesen seien. Das treffe auf ihn, den Kläger, nicht zu, weil er kein zugelassener Vertragszahnarzt, sondern nur gemäß § 31 Abs 2 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte (Zahnärzte-ZV) iVm § 10a BMV-Z als Zahnarzt für Kieferorthopädie ermächtigt sei. Der Kläger bezieht sich zur weiteren Begründung auf ein Gutachten des Prof. Dr. Sch. vom 22. Mai 1995.

Er beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 14. Dezember 1994 aufzuheben und die Berufung des Beigeladenen zu 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 15. Dezember 1993 zurückzuweisen.

Die Beigeladenen zu 2), 3), 4) und 6) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Der Beigeladene zu 2) trägt vor, entgegen der vom Kläger vertretenen Auffassung könne der Gesetzgeber durchaus während des Ablaufs der Kündigungsfrist in "gekündigte" Rechtsverhältnisse eingreifen. Er müsse dann aber die bestehenden verfassungsrechtlichen Grenzen beachten. Das habe er hier getan. Der Kläger falle unter die Vorschrift des Art 33 § 3a Abs 1 GSG. Dem Zusammenhang der Übergangsbestimmungen mit den Regelungen in § 95 SGB V lasse sich entnehmen, daß das Gesetz jedenfalls für die Ärzte, die zum 31. Dezember 1992 in irgendeiner Form sowohl an der kassenärztlichen Versorgung alter Fassung als auch an der vertragsärztlichen Versorgung alter Fassung teilgenommen hätten, eine einheitliche Beteiligungsregelung für die Versicherten aller Kassenarten habe schaffen wollen. Das Gesetz habe zwar offenbar lediglich die "Nur-Ersatzkassen-Ärzte" im Blick gehabt. In Ausfüllung dieser Regelungslücke sei aber unter Bezugnahme auf die Gesetzesbegründung davon auszugehen, daß der Gesetzgeber die isolierten Beteiligungsformen für bestimmte Kassenarten insgesamt habe abschaffen wollen. Diese Auslegung des Art 33 § 3a GSG sei verfassungsrechtlich unbedenklich. Es liege insoweit ein Fall der unechten Rückwirkung vor, die, weil nicht unverhältnismäßig, zulässig sei.

Die Beigeladene zu 1) schließt sich dem Vorbringen des Klägers an.



II

Der Senat entscheidet in der sich nach § 40 Satz 1, § 33 Satz 2, § 12 Abs 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ergebenden Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenzahnärzte. Der nach dem Geschäftsverteilungsplan des Bundessozialgerichts (BSG) für das Jahr 1996 aus den Kreisen der Krankenkassen für die Sitzung des 6. Senats am 8. Mai 1996 berufene ehrenamtliche Richter Rebscher ist nach § 41 Nr 4 der Zivilprozeßordnung (ZPO) iVm § 60 Abs 1 Satz 1 SGG von der Mitwirkung am Verfahren ausgeschlossen gewesen, weil er als Vorstandsvorsitzender der zu 2) und 3) beigeladenen Verbände zu deren Vertretung berechtigt und der Beigeladene zu 2) im Verwaltungs- und im gerichtlichen Verfahren verfahrensgestaltend tätig geworden ist. An seine Stelle ist der ehrenamtliche Richter Dr. Oldiges getreten.

Nach § 17 Abs 3 SGG können die Bediensteten der Träger und Verbände der Sozialversicherung sowie ua der Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZÄVen) nicht ehrenamtliche Richter in der Kammer sein, die über Streitigkeiten aus ihrem Arbeitsgebiet entscheidet. Die Mitwirkung von Bediensteten der Krankenkassen in den Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts (§ 12 Abs 3 Satz 1 SGG) ist mithin ausgeschlossen. Demgegenüber bestimmte § 17 Abs 4 SGG in der bis zum 31. Dezember 1995 gültigen Fassung, daß Geschäftsführer und deren Stellvertreter bei den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den K(Z)ÄVen als ehrenamtliche Richter in den Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts nicht ausgeschlossen sind (sog Geschäftsführerprivileg). Nach § 17 Abs 4 SGG idF des Art 4 des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung vom 15. Dezember 1995 (BGBl I 1814) sind Mitglieder der Vorstände sowie leitende Beschäftigte bei den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden sowie Geschäftsführer und deren Stellvertreter bei den K(Z)ÄVen als ehrenamtliche Richter in den Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts nicht ausgeschlossen. Nach § 41 Nr 4 ZPO, der über § 60 Abs 1 SGG für die Ausschließung von Gerichtspersonen entsprechend gilt, ist ein (ehrenamtlicher) Richter von der Ausübung des Richteramtes kraft Gesetzes ausgeschlossen in Sachen, in denen er als Prozeßbevollmächtigter oder Beistand einer Partei bestellt oder als gesetzlicher Vertreter einer Partei aufzutreten berechtigt ist oder gewesen ist.

Trotz des oben dargestellten sog Geschäftsführerprivilegs hat der Senat in Anwendung des § 41 Nr 4 ZPO unter bestimmten Voraussetzungen Geschäftsführer von Krankenkassen bzw Krankenkassenverbänden als vom gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen angesehen. Er hat bislang entschieden, daß der Geschäftsführer einer



zum Verfahren beigeladenen Ortskrankenkasse, die im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung den Prüfantrag gestellt hatte, von der Mitwirkung als ehrenamtlicher Richter bei der gerichtlichen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit eines Arzneikostenregresses als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen ist (Urteil vom 8. August 1975 = BSGE 40, 130, 131 = SozR 1750 § 41 Nr 1). Er hat weiterhin ausgesprochen, daß der vertretungsberechtigte Geschäftsführer eines RVO-Krankenkassenverbandes an der gerichtlichen Überprüfung einer Entscheidung über die Entziehung der Beteiligung eines Arztes an der Ersatzkassenpraxis nicht mitwirken darf, wenn für den RVO-Bereich ein Zulassungsentziehungsverfahren gegen denselben Arzt wegen derselben Pflichtverletzungen wie im Ersatzkassenbereich anhängig ist (BSGE 63, 43, 44 = SozR 2200 § 368a Nr 21). Im Anschluß an das Urteil vom 8. August 1975 (aaO) hat der zwischenzeitlich für das Kassenzahnarztrecht zuständig gewesene 14a-Senat des BSG angenommen, auch der Geschäftsführer einer zum Verfahren beigeladenen KZÄV, der nur kraft Rechtsgeschäfts und nicht kraft Gesetzes zur Vertretung seiner KZÄV berechtigt ist, sei stets von der Mitwirkung als ehrenamtlicher Richter ausgeschlossen (BSGE 71, 97, 101 ff = SozR 3-1500 § 12 Nr 6).

Aus diesen Entscheidungen kann für die Zeit ab 1. Januar 1996 nicht abgeleitet werden, daß Vorstandsmitglieder oder vertretungsberechtigte leitende Beschäftigte von Krankenkassen (Verbänden) oder K(Z)ÄVen, die an sich aufgrund der Regelung des § 17 Abs 4 SGG nicht von der Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen sind, allein deshalb als ehrenamtliche Richter nicht mitwirken könnten, weil die von ihnen vertretene Körperschaft zu diesem Verfahren beigeladen ist. Die Neufassung des § 17 Abs 4 SGG zieht die für die ordnungsgemäße Besetzung der Kammern und Senate in Angelegenheiten des Kassenzahnarztrechts notwendigen Konsequenzen aus der Tatsache, daß als Folge der Neuordnung der Selbstverwaltungsorgane bei den Krankenkassen durch das GSG die Geschäftsführer der Krankenkassen durch hauptamtlich tätige Vorstände (§ 35a Viertes Buch Sozialgesetzbuch <SGB IV> idF des GSG vom 21. Dezember 1992 - BGG I 2266) ersetzt worden sind. Die Bedeutung der Änderung des § 17 Abs 4 SGG erschöpft sich indessen nicht in der redaktionellen Ersetzung des Wortes "Geschäftsführer" durch die Worte "Mitglieder der Vorstände sowie leitende Beschäftigte". Ihr ist vielmehr die Entscheidung des Gesetzgebers zu entnehmen, als Ausdruck der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in bestimmten Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung auch weiterhin die Mitwirkung des hauptamtlich tätigen Leitungspersonals der Krankenkassen(verbände) in den Kammern und Senate für Angelegenheiten des Kassenzahnarztrechts zu ermöglichen. Diese in der Neufassung des § 17 Abs 4 SGG zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Absicht hat unmittelbare Auswirkung auf die entsprechende Geltung des § 41 Nr 4 ZPO iVm § 60 Abs 1 Satz 1 SGG. Sie steht einer Auslegung dieser Bestimmung der ZPO entgegen, die die Gewinnung und den Einsatz sachkundiger ehrenamtlicher Richter aus den Kreisen der Krankenkassen (vgl BSGE 40, 130, 133 = SozR 1750 § 41 Nr 1) in Angelegenheiten des



Kassenarztrechts in erheblichem Umfang erschweren oder sogar weitgehend ausschließen würde. Dies wäre indessen bei einer Übertragung der bisherigen Rechtsprechung auf die heutige Rechtslage aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten strukturellen Änderung in Zuständigkeit und Organisation der Krankenkassen(verbände) der Fall.

In der Zeit bis Ende 1992 stand eine große Zahl von Geschäftsführern der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen als ehrenamtliche Richter iS des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG zur Verfügung, die nach der Rechtsprechung des Senats nur dann von der Mitwirkung ausgeschlossen waren, wenn die von ihnen geleitete Krankenkasse am Verfahren als Klägerin, Beklagte oder Beigeladene beteiligt war. Das war - abgesehen von Streitverfahren über Arzneimittelregresse - in der Regel nicht der Fall, weil zu den Verfahren in Angelegenheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung und in Zulassungssachen nicht die einzelne Krankenkasse, sondern die Landesverbände notwendig beizuladen sind. Geschäftsführer von Ersatzkassen bzw Ersatzkassenverbänden waren in den meisten Bundesländern überhaupt nicht als ehrenamtliche Richter berufen worden, und in den gerichtlichen Verfahren aus dem Ersatzkassenbereich konnten zumindest alle Geschäftsführer von Primärkassen und deren Landesverbänden als ehrenamtliche Richter mitwirken. Diese Situation hat sich zum 1. Januar 1993 durch das GSG und in der Folgezeit grundlegend geändert. Die nahezu vollständige Beseitigung der Trennung von Primär- und Ersatzkassenbereich mit der Folge einer einheitlichen Zuständigkeit der Zulassungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien für das gesamte Gebiet der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung hat zur Konsequenz, daß die Ersatzkassen bzw ihre Verbände zu allen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Quartale ab dem 1. Januar 1993 und für alle Zulassungsverfahren notwendig beizuladen sind, weil die gerichtlichen Entscheidungen auch in ihre Rechtssphäre eingreifen (§ 75 Abs 2 SGG). Je nachdem, ob die - in der Regel bundesweit tätigen - Ersatzkassen und/oder ihre beiden Bundesverbände beigeladen werden, wären bei Beibehaltung der bisherigen Rechtsprechung alle Vorstandsmitglieder und leitenden Beschäftigten aller Ersatzkassen bzw beider Ersatzkassenverbände in allen Streitverfahren, die Angelegenheiten des Kassenarztrechts iS des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG betreffen, von der Mitwirkung als ehrenamtliche Richter ausgeschlossen.

Des weiteren haben sich im früheren Primärkassenbereich erhebliche Strukturveränderungen dadurch ergeben, daß sich Kassen aller Kassenarten zu landesweiten Krankenkassen zusammengeschlossen haben, wobei die landesweiten Kassen zugleich die Funktion eines Landesverbandes wahrnehmen (§ 207 Abs 2a SGB V). Diese landesweit tätigen Kassen sind in allen Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und in allen Zulassungsverfahren notwendig beizuladen, was bei Übertragung der bisherigen Rechtsprechung auf den heutigen Rechtszustand wiederum zur Folge hätte, daß in einem Bundesland, in dem pro Kassenart nur noch eine Kasse vorhanden ist, alle



Vorstandsmitglieder und leitenden Beschäftigten aller Krankenkassen von der Mitwirkung als ehrenamtliche Richter ausgeschlossen wären. Im Ergebnis müßte das dazu führen, daß die Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts faktisch nicht mehr mit ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Krankenkassen(verbände) besetzt werden könnten. Das zöge nicht nur eine weitgehende Funktionsunfähigkeit dieser Spruchkörper nach sich. Zugleich würde das in § 12 Abs 3 Satz 1 SGG zum Ausdruck gebrachte Anliegen des Gesetzes, die an den Entscheidungsprozessen im materiell-rechtlichen Bereich beteiligten Krankenkassen(verbände) über die Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter auch in das gerichtliche Verfahren einzubinden, unterlaufen.

Vermieden werden kann dieses Ergebnis nicht durch eine Änderung der Beiladungspraxis, sondern nur durch eine Modifikation der bisherigen Rechtsprechung zum Ausschluß der Mitwirkung nach § 41 Nr 4 ZPO. Nicht mehr die bloße Beiladung einer Krankenkasse oder eines Kassenverbandes, sondern nur die im konkreten Einzelfall bestehenden besonderen Beziehungen einer Krankenkasse bzw eines Kassenverbandes zum Streitgegenstand (vgl bereits BSGE 40, 130, 133 = SozR 1750 § 41 Nr 4) rechtfertigen den Ausschluß eines Vorstandsmitgliedes oder leitenden Beschäftigten dieser Kasse (Kassenverband) von der Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren. Nur dann, wenn eine Krankenkasse oder ein Kassenverband ein Verwaltungsverfahren durch Stellung eines Prüf- oder Zulassungsentziehungsantrags in Gang gebracht haben, im gerichtlichen Verfahren selbst Kläger oder Beklagter sind oder als Beigeladene ein gerichtliches Verfahren durch Einlegung von Rechtsmitteln in die nächste Instanz getragen haben, ist der Ausschluß der Vorstandsmitglieder und vertretungsberechtigten leitenden Beschäftigten dieser Krankenkasse (Kassenverband) von der Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren geboten. Denn nur dann übten diese tatsächlich eine "richterliche Tätigkeit in eigener Sache" aus, was angesichts der Verpflichtung zur richterlichen Neutralität nicht statthaft ist (vgl BVerfGE 54, 159, 170). Hingegen steht die bloße Beteiligung einer Krankenkasse bzw eines Kassenverbandes an einem gerichtlichen Verfahren als Beigeladene ohne aktive Verfahrensteilnahme der Mitwirkung eines Vorstandsmitgliedes oder eines leitenden Beschäftigten des Beigeladenen als ehrenamtlicher Richter nicht entgegen.

Nach den dargelegten Rechtsgrundsätzen war der Richter Rebscher als Vorstandsvorsitzender des Beigeladenen zu 2), der Widerspruch gegen die Entscheidung des Beteiligungsausschusses und Berufung gegen das Urteil des SG eingelegt hatte, von der Mitwirkung als ehrenamtlicher Richter im Revisionsverfahren ausgeschlossen.

Die Revision des Klägers ist begründet. Entgegen der von der Vorinstanz vertretenen Auffassung hat die Beteiligung des Klägers an der vertragszahnärztlichen Versorgung zum 31. März 1993 geendet.



Nach der für die Beteiligung des Klägers an der vertragszahnärztlichen Versorgung maßgeblichen Vorschrift des § 2 Nr 2 EKV-Z sind neben den in Nr 1 genannten Zahnärzten Vertragszahnärzte ebenfalls jene Zahnärzte, die von den KZÄVen entsprechend den im Einvernehmen mit dem VdAK aufgestellten Richtlinien der KZBV für den Bereich der Kieferorthopädie an der Vertragstätigkeit beteiligt worden sind. Die Richtlinien haben auch die Regelungen über die Beendigung der Beteiligung zu treffen (§ 2 Nr 3 EKV-Z). Nach Nr 4b der Richtlinien der KZBV über die Beteiligung an der Vertragstätigkeit (Anlage 5 zum EKV-Z) endet die Beteiligung, wenn der Vertragszahnarzt kündigt. Gemäß Nr 5 aa0 kann die Kündigung nach Ziff 4b mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres ausgesprochen werden.

Die Erklärung des Klägers über die Aufgabe der durch die Beteiligung erlangten Rechtsstellung stellt sich trotz der in den Richtlinien verwendeten Bezeichnung "Kündigung" entsprechend der Regelung in der Zahnärzte-ZV als Verzicht auf die Beteiligung dar (vgl § 95 Abs 7 SGB V, § 28 Abs 1 Zahnärzte-ZV). Das gilt jedenfalls für die Fälle, in denen wie hier das Rechtsverhältnis durch Verwaltungsakt begründet worden ist. Über den Antrag auf Beteiligung nach § 2 Nr 2 EKV-Z entscheiden nämlich gemäß Nr 10 Satz 1 der Richtlinien (Anlage 5 zum EKV-Z) die Beteiligungsausschüsse. Die Beteiligung wird mithin durch Verwaltungsakt erteilt. Die so begründete Rechtsstellung kann nicht "gekündigt" werden. Die Beteiligung des Vertragszahnarztes kann ua durch seinen Verzicht beendet werden. Hierbei handelt es sich - ebenso wie bei der Kündigung - um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung (vgl Hess in Kasseler Komm, § 95 SGB V RdNr 94), die regelmäßig mit dem Zugang bei dem Erklärungsempfänger, hier bei dem früheren Beteiligungsausschuß, wirksam wird (§ 130 Abs 1 Satz 1 iVm Abs 3 BGB).

Der vom Kläger gegenüber dem früheren Beteiligungsausschuß am 29. Dezember 1992 erklärte Verzicht auf die Ersatzkassenbeteiligung war wirksam. Dem stehen Regelungen des GSG nicht entgegen. Nach dem bis zum 31. Dezember 1992 bestehenden Rechtszustand war ein Verzicht allein auf die Beteiligung an der Versorgung der Ersatzkassenversicherten unter Aufrechterhaltung der Primärkassenermächtigung zulässig; denn nach § 95 Abs 8 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1992 gültig gewesenen Fassung durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) war die Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen zulässig, soweit und solange der (Zahn-)Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung an der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung nach Abs 1 Satz 1 teilnahm. Somit bestand allein eine Akzessorietät zwischen der Ersatzkassenbeteiligung und der Zulassung für die Primärkassen. Umgekehrt war jedoch die Primärkassenzulassung bzw -ermächtigung nicht an das Bestehen einer Beteiligung im Ersatzkassenbereich gebunden. Der Kläger konnte - wovon auch das Berufungsgericht ausgegangen ist - nach der bis zum 31. Dezember 1992 maßgeblichen



Rechtslage auf seine Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis verzichten, ohne daß hiervon Auswirkungen auf seine Ermächtigung im Primärkassenbereich ausgingen.

Diese Rechtslage hat sich durch das GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) geändert. Die bis zu seinem Inkrafttreten bestehende Aufteilung der ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung in einen kassen- und in einen vertrags(zahn)ärztlichen Bereich (vgl. § 72 Abs 1, 2 SGB V idF des GSG einerseits, § 72 Abs 3 iVm § 83 Abs 3 SGB V aF andererseits) ist beseitigt und in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung (§ 72 Abs 1, 2 SGB V idF des GSG) zusammengefaßt worden (vgl. dazu Begründung des Entwurfs zum GSG, BT-Drucks 12/3608, S 83 zu § 92). Dementsprechend ist § 95 Abs 8 SGB V idF des GRG, der iVm § 83 Abs 3 SGB V aF die Ermächtigungsgrundlage für eine gesonderte Ermächtigung zur Teilnahme der (Zahn-)Ärzte an der - früheren - vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung bildete, gestrichen worden. Art 33 Abs 3a GSG setzt die Zusammenführung der bisher getrennten Versorgungsbereiche für den Status der bisherigen Ärzte und Vertragsärzte um. Nach Abs 1 der Vorschrift sind Ärzte und Zahnärzte, die am 31. Dezember 1992 sowohl als Kassenärzte oder Kassenzahnärzte zugelassen waren als auch Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte der Ersatzkassen waren, zugelassene Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte. Hieraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, daß der vor dem 31. Dezember 1992 erklärte Verzicht des Klägers auf seine Ersatzkassenbeteiligung unwirksam ist.

Seinem Wortlaut nach betrifft Art 33 § 3a Abs 1 GSG nur die zur kassenzahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzte, nicht jedoch diejenigen Zahnärzte, die nach dem bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Recht gemäß § 31 Abs 2 der Zahnärzte-ZV iVm § 10a BMV-Z zur Versorgung im Primärkassenbereich ermächtigt und für den vertragsärztlichen Bereich entsprechend beteiligt waren. Selbst wenn man davon ausgeht, daß die bisherige Ermächtigung und Beteiligung in entsprechender Anwendung des Art 33 § 3a Abs 1 GSG als einheitliche Ermächtigung iS des § 31 Abs 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) idF durch Art 10 Nr 19 Buchst a GSG fortbestehen sollte, rücken die so betroffenen Zahnärzte nicht in einen "einheitlichen Zulassungsstatus" auf. Es verbleibt vielmehr bei der im Verhältnis zur Zulassung subsidiären Teilnahmeform einer Ermächtigung. Ebenfalls vom Wortlaut der genannten Regelung nicht erfaßt sind die Fallgestaltungen, in denen vor dem 1. Januar 1993 nur eine Ermächtigung für den Primärkassenbereich bestand, zB weil auf die Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung wirksam verzichtet worden war. Dieser beschränkte Status des an der kassen(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden (Zahn)Arztes ist durch das GSG nicht verändert worden. Das Gesetz hat darüber hinaus ausdrücklich die nur auf einen Versorgungsbereich beschränkte Teilnahmemöglichkeit an der vertragsärztlichen Versorgung weiterbestehen lassen. Nach Art 33 § 3a Abs 2 GSG bleibt nämlich die Rechtsstellung der am 31. Dezember 1992 nur an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der



Ersatzkassen unberührt. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, daß der Gesetzgeber das bis zum 31. Dezember 1992 bestehende Recht des Vertrags(zahn)arztes, auf seine Beteiligung im vertragsärztlichen Bereich zu verzichten, hätte rückwirkend beseitigen wollen. Zwar käme eine derartige Eingriffsmöglichkeit grundsätzlich hier deshalb in Betracht, weil die Wirkung des zum 29. Dezember 1992 erklärten Verzichts des Klägers auf die Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Nr 5 der Anlage 5 zum EKV-Z erst zum 31. März 1993 eintreten konnte. Art 33 § 3a GSG wirkt jedoch bei gebotener verfassungskonformer Auslegung in die Abwicklung dieses Rechtsverhältnisses nicht ein.

Die Vorschrift war im ursprünglichen Gesetzesentwurf der Fraktion von CDU/CSU, SPD und F.D.P. zum GSG nicht enthalten. Sie ist auf der Grundlage von Beschlüssen des 15. Ausschusses des Deutschen Bundestages in das Gesetz eingefügt worden und sollte der "Klarstellung des Rechtsstatus der bisher an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte" dienen (BT-Drucks 12/3937 vom 2. Dezember 1992, S 22 zu Art 31 <§ 3a>). Trotz der Schaffung eines einheitlichen Status des zugelassenen Vertrags(zahn-)arztes sollte der relativ kleinen Gruppe von (Zahn-)Ärzten, die Ende 1992 nur an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligt waren, die Fortführung dieser Tätigkeit gestattet werden, ohne sie - möglicherweise gegen ihren Willen - zu verpflichten, nunmehr auch für die Versorgung der Versicherten der Primärkassen zur Verfügung zu stehen. Der Senat hat daraus gefolgert, daß zu den "Vertragszahnärzten der Ersatzkassen" iS des Art 33 § 3a Abs 2 GSG auch diejenigen Zahnärzte zählen, die bis zum 31. Dezember 1992 auf ihre Zulassung als Kassenzahnärzte unter Beibehaltung des Status als Vertragszahnarzt verzichtet haben, auch wenn die Rechtsfolgen dieses Verzichts gemäß § 28 Abs 1 Satz 1 Zahnärzte-ZV erst zum 31. März 1993 eingetreten sind (Urteil vom heutigen Tage - 6 RKA 16/93). Er hat dies damit begründet, daß diese Zahnärzte vor Inkrafttreten der einschneidenden Neuregelungen des kassen-bzw vertrags(zahn)ärztlichen Status am 1. Januar 1993 aus ihrer Sicht alles Mögliche und auch Erforderliche getan haben, um von ihrer gesetzlich geschützten Berechtigung, sich auf die Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen beschränken zu dürfen, Gebrauch zu machen. Das rechtfertige es, sie unter übergangsrechtlichen Gesichtspunkten so zu behandeln, als wären die Rechtswirkungen ihres vor dem 31. Dezember 1992 erklärten Verzichts auch schon zu diesem Zeitpunkt eingetreten.

Entsprechendes hat für den umgekehrten Fall des Verzichts auf die Beteiligung an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit unter Beibehaltung einer Ermächtigung im Primärkassenbereich zu gelten. Auch in diesem - vom Gesetz nicht erfaßten - Fall hat der Zahnarzt mit der Erklärung des Verzichts vor dem 31. Dezember 1992 das ihm Mögliche getan, um von seiner Seite aus die Beteiligung an der zahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten zu beenden. Daß im Hinblick auf die notwendige Sicherstellung



der vertragszahnärztlichen Versorgung der Ersatzkassenversicherten das Wirksamwerden des Verzichts an eine angemessene Frist, nämlich von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres (Nr 5 der Richtlinien gemäß Anlage 5 zum EKV-Z), gebunden ist, steht der Wirksamkeit des Verzichts nicht entgegen. Als einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung wird der Verzicht auf die Beteiligung mit Zugang der entsprechenden Erklärung beim Beteiligungsausschuß wirksam. Das bedeutet, daß der Zahnarzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann. Auch wenn die Rechtswirkungen der Verzichtserklärung, nämlich der Verlust der Stellung als beteiligter Zahnarzt, erst zu einem späteren Zeitpunkt - hier dem 31. März 1993 - eingetreten ist, bleibt aus der Sicht des verzichtenden Zahnarztes jedoch der Zugang der Verzichtserklärung der entscheidende Zeitpunkt für die Wirksamkeit des Verzichts. Auf die weitere Entwicklung hat er keinen Einfluß mehr; die Rechtsfolgen seiner Erklärung treten unabhängig von einer eventuellen Willensänderung und auch unabhängig vom Zeitpunkt einer Beschlußfassung der Zulassungsgremien ein. Deren Feststellung über das Ende der Beteiligung hat nur deklaratorische Wirkung. Diese Gesichtspunkte rechtfertigen es, diese Zahnärzte unter übergangsrechtlichen Gesichtspunkten so zu behandeln, als seien die Rechtswirkungen ihres vor dem 31. Dezember 1992 erklärten Verzichts auch schon zu diesem Zeitpunkt eingetreten.

Diese Auslegung des Art 33 § 3a Abs 1 GSG widerspricht dem feststellbaren Willen des Gesetzgebers nicht. Weder im Gesetz selbst noch in der wenig aussagekräftigen Beschlußempfehlung des 15. Ausschusses des Deutschen Bundestages findet sich ein Hinweis darauf, daß der Gesetzgeber das Problem gesehen hat, daß im Hinblick auf die zu erwartende Schaffung eines für den Primär- und Ersatzkassenbereich einheitlichen Zulassungsstatus bestimmte (Zahn)Ärzte noch vor Inkrafttreten der Neuregelung auf ihre Beteiligung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung unter Beibehaltung der Ermächtigung für die Primärkassen verzichten würden. Erst recht ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, daß er die Problematik im Sinne der vom LSG vertretenen Auffassung hätte lösen wollen. Denn diese führte dazu, daß die betroffenen (Zahn)Ärzte keinerlei Möglichkeiten gehabt hätten, sich auf die zu erwartende gesetzliche Neuregelung einzustellen. Selbst wenn die Annahme des Berufungsgerichts zuträfe, Ende 1992 sei "in Arztkreisen" der Entwurf eines GSG mit der Vereinheitlichung von Primär- und Ersatzkassenbereich bekannt gewesen, konnten die Betroffenen nicht mehr rechtzeitig auf den bevorstehenden Wegfall ihrer Option für einen Teilverzicht reagieren. Die erste Fassung des GSG stammt vom 6. November 1992, und sie enthält die hier einschlägige Übergangsregelung des Art 33 § 3a GSG noch nicht. Diese ist erst am 2. Dezember 1992 mit der Veröffentlichung des Abschlußberichts des 15. Ausschusses bekanntgeworden. Auf der Grundlage der Rechtsauffassung des LSG hätten die betroffenen (Zahn)Ärzte aber spätestens mit Wirkung vom 30. September 1992 auf ihre Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis verzichten müssen, wenn sie ihr Recht auf eine Beschränkung ihrer Teilnahme an der Behandlung von Versicherten noch hätten



ausnutzen wollen. Das Berufungsgericht hat keine Feststellungen darüber getroffen, daß auch schon zu diesem Zeitpunkt mit einer gesetzlichen Neuregelung des Zulassungsstatus mit dem später Gesetz gewordenen Inhalt hätte gerechnet werden müssen. Die Annahme, der Gesetzgeber wolle einen seit langem bestehenden Rechtszustand, wonach Vertrags(zahn)ärzte nach eigener Entscheidung auf ihre Beteiligung an der Ersatzkassenpraxis verzichten und gleichwohl weiter im Bereich der Primärkassen tätig sein können, beseitigen, ohne daß die von dieser Regelung betroffene Gruppe auf die zu erwartende Gesetzesänderung reagieren kann, wäre nur dann gerechtfertigt, wenn mit dem übergangslosen Inkrafttreten der Neuregelung besonders wichtige Gemeinwohlbelange verfolgt worden wären. Ein solcher Gemeinwohlbelang hätte möglicherweise darin gesehen werden können, daß der Gesetzgeber mit Wirkung zum 1. Januar 1993 ausnahmslos das Auseinanderfallen einer Versorgungsberechtigung gegenüber Versicherten der Primär- und der Ersatzkassen hätte verhindern wollen. Das ist indessen nicht angeordnet worden, wie sich aus der Fortschreibung des Status der "Nur"-Ersatzkassen(zahn)ärzte in Art 33 § 3a Abs 2 GSG ergibt. Deshalb spricht nichts dafür, daß der Gesetzgeber einen zur Primärkassenversorgung ermächtigten und an der Ersatzkassenpraxis beteiligten (Zahn)Arzt für den atypischen Fall, daß dieser nur noch im Primärkassenbereich tätig sein will, die Möglichkeit hat nehmen wollen, sich vor dem 1. Januar 1993 wirksam auf die Versorgung von Primärkassenpatienten zu beschränken.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)