

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
10. April 1990

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 34/89

1.,
2.,
3.,
4.,
5.,
6.,
7.,
8.,
9.,
10.,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, v
ertreten durch den Vorsitzenden,
Kiel, Westring 498,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Beklagte und Revisionsklägerin.

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

beigeladen:

1. AOK-Landesverband Schleswig-Holstein,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Pinneberg, Hindenburgdamm 60,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

2. IKK-Landesverband Schleswig-Holstein,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Kiel 1, Hamburger Chaussee 90,

3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Hamburg-Schleswig-Holstein,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Hamburg 26, Wendenstraße 279,

4. Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Kiel 14, Schulstraße 29,

Prozeßbevollmächtigte:

....., zu 2 - 4

5.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
10. April 1990 durch den Vorsitzenden Richter S c h r o e d e r - P r i n t z e n ,
die Richter Dr. W i e g a n d und Dr. B a a d e r sowie die ehrenamtlichen
Richter Dr. B e c h t h o l d und Dr. L i c h t b l a u
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 9. August 1989
- S 8a Ka 54/89 - aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten, die von Versicherten an die Kläger, ihre Mitglieder, abgetretenen Ansprüche gegen Krankenkassen auf Zuschüsse zum Zahnersatz abzurechnen.

Aufgrund eines Beschlusses ihrer außerordentlichen Vertreterversammlung vom 16. Juni 1989 lehnte die Beklagte die Abrechnung aller von den Versicherten an die behandelnden Zahnärzte abgetretenen Erstattungsansprüche wegen der Versorgung mit Zahnersatz, für die ab 1. Juli 1989 Heil- und Kostenpläne erstellt worden sind, mit den Krankenkassen ab. Mit ihrer Klage begehrt die Kläger die Feststellung, daß die Beklagte zur Abrechnung verpflichtet sei, wenn die Versicherten ihren Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse an sie zur Abrechnung über die Beklagte abgetreten hätten. Hierzu machten sie geltend, ungeachtet der Kostenerstattung handele es sich noch um Behandlungen im Rahmen kassenzahnärztlicher Versorgung und deswegen um eine abrechnungsfähige Leistung. Dies ergebe sich auch aus den weiter geltenden Verträgen, insbesondere aus § 26 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z).

Der Feststellungsklage hat das Sozialgericht (SG) stattgegeben mit der Begründung, die Beklagte dürfe sich nicht den Regelungen der sie bindenden Verträge entziehen, wenn die Erstattungsansprüche der Versicherten gegenüber den Kassen an die behandelnden Kassenzahnärzte abgetreten worden seien. Nach § 30 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) könne der Kassenanteil sowohl zwischen Patient und Kassenzahnarzt als auch von diesem nach Abtretung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) abgerechnet werden. Ein Verbot für die Beklagte, diese Abrechnung vorzunehmen, lasse sich nirgendwoher ableiten.

Gegen diese Rechtsauffassung richtet sich die vom SG zugelassene Sprungrevision der Beklagten. Sie rügt eine Verletzung des § 30 SGB V und trägt dazu vor, eine Abrechnungsverpflichtung abgetretener Ansprüche sei ihr nicht als Erfüllung einer Aufgabe im SGB V zugewiesen worden. Die Zuschüsse fielen nicht in die Vergütungsregelung des § 85 SGB V. Sie seien auch nicht in die Gesamtverträge und die Gesamtvertragsregelungen einbezogen worden. Insoweit unterscheide sich das SGB V vom früheren Recht. Auch der BMV-Z



enthalte für die von den Klägern begehrte Abrechnung keine ausreichende Rechtsgrundlage.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 9. August 1989 - S 8a Ka 54/89 -
wird abgeändert und die Klage abgewiesen.

Die Kläger beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und tragen dazu vor, die Verpflichtung der Beklagten zur Abrechnung prothetischer Zahnarztleistungen ergebe sich aus dem Sicherstellungsauftrag des § 75 SGB V, der auch für das Kostenerstattungsprinzip für Zahnersatz nach § 30 SGB V gelte. Eine direkte Abrechnung zwischen dem Kassenzahnarzt und der Krankenkasse widerspreche auch danach dem kassenzahnärztlichen System. Die Vergütung kassenzahnärztlicher Leistungen durch die KZÄV sei ein ganz wesentliches Merkmal des Kassenzahnarztrechtes.

Der Beigeladene zu 1) beantragt,

die Revision gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 9. August 1989
- S 8a Ka 54/89 - zurückzuweisen.

Der Beigeladene zu 5) beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

Der Senat war mit zwei Kassenzahnärzten als ehrenamtliche Richter zu besetzen.

Bei dem Rechtsstreit handelt es sich um eine Angelegenheit der Kassenzahnärzte iS des § 12 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Streitig sind die Rechtsbeziehungen der Kläger mit der Beklagten hinsichtlich der Honorierungspflicht und der Honorierungsfähigkeit kassenzahnärztlicher Leistungen. Diese Rechtsbeziehungen sind in § 85 Abs 4 SGB V geregelt. Die KZÄV hat die von den Kassen zu zahlende Vergütung nach Maßgabe des von ihr aufzustellenden Honorarverteilungsmaßstabes an die Kassenzahnärzte zu verteilen. Nach



diesem richten sich die konkreten Honoraransprüche eines Kassenzahnarztes. Hierüber entscheidet die KZÄV.

Die Revision der Beklagten ist begründet.

Das angefochtene Urteil konnte nicht aufrechterhalten werden. Zu Unrecht hält das SG die Beklagte für verpflichtet, abgetretene Erstattungsansprüche abzurechnen. Für eine dahingehende Verpflichtung bestehen keine gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen.

1. Gemäß § 75 Abs 2 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Rechte der Kassenzahnärzte (vgl § 72 Abs 1 Satz 2 SGB V) gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen; dieser Wortlaut entspricht dem (bis zum 31. Dezember 1988 in Geltung gewesenen) bisherigen § 368n Abs 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Die Ärzte und Zahnärzte haben als Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen. Das wird zwar im Vierten Kapitel des SGB V, das die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt (§§ 69 bis 140), nicht eigens herausgestellt. Indessen wird durch § 72 SGB V ("Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung") im Rahmen des dort gegebenen Regelungsauftrages ein grundsätzlicher Vergütungsanspruch gerade vorausgesetzt, wenn es im Absatz 2 heißt: Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Die Frage, ob unter die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs 2 SGB V gegenüber den Kassen wahrzunehmenden Rechte (auch) die Realisierung des Vergütungsanspruchs fällt, setzt voraus, daß sich dieser Anspruch des Arztes nicht primär gegen die KÄV/KZÄV richtet, sondern gegen die Kasse, für die die Leistung erbracht wurde. Denn sonst gälte es für die KÄV/KZÄV nicht, ein - gegen einen Dritten gerichtetes - Recht des Kassenarztes wahrzunehmen.



Wenn der Senat bisher zum Ausdruck brachte, daß der Vergütungsanspruch des Kassenarztes sich "allein gegen die KÄV richtet" (vgl zB BSGE 56, 111, 112), so war damit immer nur der konkrete Anspruch des Kassenarztes gemeint, wie er sich aufgrund der in den Gesamtverträgen (§ 368g RVO, § 83 SGB V) ausgehandelten Gesamtvergütung (§ 368f RVO, § 85 SGB V) und aufgrund des von der KÄV/KZÄV (im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen) festgesetzten Verteilungsmaßstabes (§ 368f Abs 1, Satz 2 und 3 RVO; § 85 Abs 5, Satz 1 und 2 SGB V) ergab und verdichtet hat. Dieser konkrete Honoraranspruch wird allein von der KÄV/KZÄV geschuldet. Das schließt aber nicht aus, daß der ursprüngliche Vergütungsanspruch, wie er vor der beschriebenen Verdichtung als abstrakter Anspruch bestand, sich gegen die Kasse richtete. Nur so ist es zu verstehen, wenn es im § 85 Abs 1 SGB V (- ebenso wie im früheren § 368f Abs 1 Satz 1 RVO -) heißt, daß die Krankenkasse die Gesamtvergütung an die KÄV "mit befreiender Wirkung" entrichtet. Der Vergütungsanspruch des Arztes würde sich allenfalls dann von Anfang an und ausschließlich gegen die KÄV/KZÄV richten, wenn der Gesetzgeber die Gestaltung der Vergütungen allein der KÄV überlassen hätte. Das ist aber nicht der Fall. Nicht nur, daß er bestimmte inhaltliche Regelungen zu den ärztlichen Vergütungen trifft (- vgl § 85 Abs 4 Satz 3 ff SGB V; § 368f Abs 1 Satz 4 ff RVO -), die von den beiden Vertragsparteien zu vereinbarenden Gesamtvergütungen auch ausdrücklich an die Praxiskosten, die kassenärztliche Arbeitszeit und an die Art und den Umfang der ärztlichen Leistungen koppelt (- vgl § 85 Abs 3 SGB V -), er unterwirft sie auch der Mitgestaltung durch die Kassen. Damit wird aber auch deutlich, daß zu den nach § 75 Abs 2 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Kassen wahrzunehmenden Rechten der Kassenärzte auch die Realisierung des kassenzahnärztlichen Vergütungsanspruchs gehört.

2. Das gilt ohne weiteres jedoch nur insoweit, als dem Versicherten der gesetzesübliche Sachleistungsanspruch zusteht (vgl § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V).

Im Falle einer davon abweichenden Kostenerstattung (§ 13 SGB V), bei der dem Kassenarzt also kein Vergütungsanspruch gegen die Kasse zukommt, diese vielmehr die dem Versicherten gegenüber dem Arzt entstandenen Kosten erstattet, ist für eine Wahrnehmung der Rechte der Kassenärzte gegenüber den Kassen kein Raum; der Arzt hat hier gegen die Kasse auch keinen bloß abstrakten Vergütungsanspruch.

Der Unterschied zwischen der Sachleistung und der Kostenerstattung, was ihre jeweiligen Auswirkungen auf die Rechtsstellung des Kassenarztes angeht, be-



steht darin, daß dort dessen Vergütung offen, hier aber der Vergütungsanspruch allein gegen den Versicherten gerichtet ist. Dafür, daß der Kassenarzt neben diesem (- gegen den Versicherten gerichteten -) Vergütungsanspruch zugleich einen solchen Anspruch gegen die Kasse als Gesamtschuldner hätte, der gegen die Kasse geltend zu machen die KÄV/KZÄV unter irgendwelchen Umständen verpflichtet sein könnte, gibt es keine rechtlichen Gesichtspunkte. Der Umstand, daß der Versicherte bei solcher Kostenerstattung seinen gegen die Kasse gerichteten Zahlungsanspruch zur Erfüllung seiner gegenüber dem Kassen(zahn)arzt bestehenden Zahlungsverpflichtung an diesen abtritt, kann auf der Seite der KÄV/KZÄV aber keine Verpflichtung begründen, die Rechte des Arztes - des Zessionars - gegen die Kasse wahrzunehmen.

Wie es bei einer Kostenerstattung einer öffentlich-rechtlichen Institutionalisierung der KÄV/KZÄV als Wahrnehmerin der Vergütungsrechte des Arztes jedenfalls dann und insoweit nicht bedarf, als es um die Realisierung des Vergütungsanspruchs des Arztes/Zahnarztes geht, der hier - bei der Kostenerstattung - dazu auch gar keinen Vergütungsanspruch gegen die Kasse hat, so fehlt es insoweit aber auch an einem entsprechenden gesetzlichen Auftrag. Kostenerstattung und Aufgabenstellung der KÄV/KZÄV als Wahrnehmerin von Vergütungsansprüchen der Ärzte/Zahnärzte gegen die Kassen schließen sich grundsätzlich gegenseitig aus.

3. Freilich ist es den Vertragspartnern der Gesamtverträge/Mantelverträge unbenommen, auch dort, wo der Gesetzgeber dem Versicherten lediglich einen Zuschuß zu den Gesamtkosten gewährt (§ 182c Abs 1 Satz 1 RVO, §§ 29 Abs 1, 30 Abs 1 SGB V), diese Zuschüsse den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Einziehung gegenüber den Kassen zu übertragen und die Kassen zu verpflichten, direkt an die KZÄV mit befreiender Wirkung zu zahlen. Diese Verfügung über einen Anspruch des Versicherten gegen seine Kasse (§ 29 Abs 1 Satz 1, § 30 Abs 1 Satz 1 SGB V: "Die Krankenkasse erstattet Versicherten ... vom Hundert der Kosten ...") begegnet dann keinen Bedenken, wenn, wie bei den Kostenzuschüssen bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Zahnersatz, die Kostenerstattung bei grundsätzlich bestehendem Sachleistungsprinzip sich lediglich aus der Normierung einer teilweisen Eigenbeteiligung ergibt, die Kostenerstattung vom Gesetzgeber aber nicht als ein die Zuschußfälle übergreifendes Gegenprinzip zur Sachleistung institutionalisiert wird. So wurde durch § 26 Abs 1 des BMV-Z ab 1. Januar 1975 vereinbart, daß die Kassen den für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtenden Zuschuß mit befreiender Wirkung direkt an die KZÄV entrichten (- zum Ersatzkassenbereich vgl § 11 EKVZ und die Feststellung Nr 77 der AG vom



8. Dezember 1977 -). In seinem (zur Veröffentlichung bestimmten) Urteil vom 24. Januar 1990 - 3 RK 6/89 - (KVRs A-2250/13) hat der 3. Senat diese Regelung dementsprechend als rechtens angesehen. Die Ansicht, wie sie dem Urteil vom 21. März 1984 - 6 RKa 39/82 - (SozR 5545 § 26 BMV-Z Nr 1) entnommen werden kann, wonach dies einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage bedürfe, wird nicht aufrechterhalten. In den hier vorliegenden Zuschußfällen, die eine grundsätzliche Sachleistung bestehen lassen, werden durch eine solche Überleitung die gesetzlichen Grundstrukturen des Krankenversicherungs- und Kassenarztsystems nicht in Frage gestellt, insbesondere wird der Versicherte in keine systemwidrige Rechtsstellung gedrängt, wenn Kassen und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen ihm in Gesamt- bzw Mantelverträgen durch die genannte Übertragung die Verfügungsbefugnis über den jeweiligen Zuschuß nehmen und ihn zugleich seiner Zahlungsverpflichtung gegenüber seinem Zahnarzt entheben. Erst recht ist es den Vertragspartnern unbenommen zu vereinbaren, daß dem Versicherten in solchen Zuschußfällen die Verfügungsbefugnis verbleibt und im Falle einer Abtretung des Zuschußanspruches an den Kassenzahnarzt dessen KZÄV zur Einziehung ermächtigt und verpflichtet sein soll.

4. Die Kläger würden also mit ihrem Feststellungsanspruch durchdringen, wenn § 26 BMVZ und die entsprechende Ersatzkassenregelung - als Vereinbarung nach der erstgenannten Regelungsmöglichkeit - über den Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB V am 1. Januar 1989 hinaus fortbestehen würde. Wie sich der Senat in der mündlichen Verhandlung vergewissert hat, sind die Vertragspartner aber davon ausgegangen, daß diese Regelungen nicht über den 31. Dezember 1988 hinaus fortgegolten haben.

Der Beigeladene Ziffer 1 (AOK-Landesverband) hat auf die bis zum 31. März 1989 vorgesehene Übergangsregelung für Schleswig-Holstein verwiesen, die von der Möglichkeit des Kassenzahnarztes ausgeht, die Zuschüsse nach den §§ 29, 30 SGB V entweder direkt mit dem Versicherten abzurechnen oder über die KZÄV abrechnen zu lassen. Damit wurde die beklagte KZÄV verpflichtet, im Falle der Abtretung die Ansprüche des Kassenzahnarztes gegenüber der Kasse abzurechnen. Die Ansicht des Beigeladenen Ziffer 1 (- des AOK-Landesverbandes Schleswig-Holstein -), die Übergangsregelung habe gemäß § 89 Abs 1 Satz 4 SGB V fortgegolten, vermag der Senat aber nicht zu teilen (Satz 3: "Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt ... innerhalb von 3 Monaten dessen Inhalt fest". Satz 4: "In diesem Falle gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamtes vorläufig weiter"). Es ist weder



vorgetragen noch sonst ersichtlich, daß das Landesschiedsamt des § 89 Abs 2 SGB V insoweit angerufen worden oder tätig geworden wäre. Für ein Fortgelten der ausdrücklich nur bis zum 31. März 1989 gelten sollenden Übergangsregelung sind keine Rechtsgründe gegeben.

5. Seit dem 1. April 1989 fehlt es demnach auch an einer vertraglichen Grundlage, welche die Beklagte zur Abrechnung und Einziehung der an die Kläger abgetretenen (Zuschuß-)Forderungen gegenüber den Kassen verpflichten könnte.

Nach allem war auf die Revision der Beklagten das angefochtene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)