

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 57/96

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen,
60528 Frankfurt, Lyoner Straße 21,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch das Bundesministerium der Verteidigung,
dieses vertreten durch die Wehrbereichsverwaltung IV,
65189 Wiesbaden, Moltkering 9,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 14. Mai 1997 ohne mündliche Verhandlung durch den Richter Dr. Engelmann als Vorsitzenden, die Richter Dr. Wenner und Kruschinsky sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Herrmann und Dr. Möcklinghoff für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27. März 1996 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.



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



G r ü n d e :

I

Die klagende Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) begehrt gegenüber der beklagten Bundesrepublik Deutschland die Feststellung, daß die von ihren Mitgliedern gegenüber heilfürsorgeberechtigten Angehörigen der Bundeswehr erbrachten prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen im Jahre 1993 ohne Berücksichtigung der Punktwertabsenkung gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 zu honorieren sind.

Nach § 75 Abs 3 Satz 1 SGB V haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auch die (zahn)ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die einen Anspruch auf unentgeltliche (zahn)ärztliche Versorgung haben. Dazu gehören auch die Angehörigen der Bundeswehr. Gemäß § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V sind die dabei anfallenden (zahn)ärztlichen Leistungen so zu vergüten, wie die Ersatzkassen vertrags(zahn)ärztliche Leistungen vergüten. Unter Berufung auf diese Vorschrift honoriert die für die Durchführung der Heilfürsorge der Angehörigen der Bundeswehr in Hessen zuständige Wehrbereichsverwaltung die zahnärztlichen Leistungen der Mitglieder der Klägerin bei Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung ab dem 1. Januar 1993 nach den gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V um 10 vH abgesenkten Punktwerten. Sie ist der Auffassung, § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V verweise hinsichtlich der Vergütungshöhe ohne Einschränkungen auf die Vergütungen der Ersatzkassen. Da diese für prothetische- und kieferorthopädische Leistungen ab dem 1. Januar 1993 unmittelbar durch Gesetz vermindert worden seien, erfasse die Punktwertabsenkung auch die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Personen. Die Klägerin ist demgegenüber der Ansicht, § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V regle die Punktwertabsenkung nur für den originären Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie. Das ergebe sich schon daraus, daß diese Vorschrift Bestandteil derjenigen Regelungen des GSG sei, die nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen sollten. Dieser Gesichtspunkt spiele bei der Honorierung von zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Sicherstellung der freien Heilfürsorge von Bundeswehrangehörigen keine Rolle. Deshalb sei die Beklagte verpflichtet, die zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie nach den am 31. Dezember 1992 im Ersatzkassenbereich vereinbarten Punktwerten zu honorieren.

Das Sozialgericht (SG) hat die Feststellungsklage der Klägerin für zulässig, aber unbegründet gehalten, weil sich aus § 75 Abs 3 SGB V zweifelsfrei ergebe, daß der Gesetzgeber die Vergütung für die Behandlung der heilfürsorgeberechtigten Bundeswehrangehörigen unmittelbar an die Vergütung im Ersatzkassenbereich habe ankoppeln wollen. Etwas



anderes könne auch nicht daraus geschlossen werden, daß sich in den Gesetzesmaterialien zu § 85 Abs 2b SGB V kein ausdrücklicher Hinweis darauf finde, daß die Punktwertabsenkung auch die zahnärztliche Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Personen erfassen solle (Urteil vom 6. Juli 1994). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Es hat dargelegt, nicht alle durch das GSG eingeführten Neuregelungen über die vertragszahnärztliche Vergütung ließen sich auf das Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten im Rahmen der Vergütung der zahnärztlichen Leistungen gegenüber heilfürsorgeberechtigten Personen übertragen; insbesondere gelte das für Budgetierungsregelungen. Für die hier entscheidungserhebliche Rechtsfrage sei das indessen ohne Bedeutung, weil es unabhängig von Budgetierungsregelungen am 31. Dezember 1992 einen Ersatzkassenpunktwert gegeben habe, der der Absenkung gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V zugänglich gewesen sei und der Honorierung von Leistungen der Mitglieder der Klägerin gegenüber heilfürsorgeberechtigten Personen zugrunde gelegt werden könne. Im übrigen seien prothetische und kieferorthopädische Leistungen gemäß § 85 Abs 3a Satz 3 SGB V gerade im Hinblick auf § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V von der Budgetierung ausgenommen (Urteil vom 27. März 1996).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision verfolgt die Klägerin ihren Standpunkt weiter. Sie ist der Auffassung, die nach dem Wortlaut des § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V naheliegende Annahme, ab dem 1. Januar 1993 erfasse die Punktwertabsenkung gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V auch die für die Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Personen zu entrichtende Vergütung, könne aus systematischen Gründen nicht richtig sein. Die Umstrukturierung des Vergütungsrechts auch der Ersatzkassen zum 1. Januar 1993 habe zur Folge, daß eine vollständige Anbindung der Honorierung der zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Gewährleistung der freien Heilfürsorge an die Vergütung im Ersatzkassenbereich nicht mehr möglich sei. Zu den Vergütungsregelungen im Ersatzkassenbereich zählten ab dem 1. Januar 1993 auch Bestimmungen über die strikte Budgetierung sowie über einen degressiven Punktwert. Auch die Beklagte teile ihre Auffassung, daß die Budgetierungs- und Degressionsregelungen im Rahmen der Gewährleistung der freien Heilfürsorge keine Anwendung finden könnten. Deshalb sei § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V lückenhaft geworden und der teleologischen Auslegung bedürftig. Diese führe dazu, daß die Bestimmungen über die Punktwertabsenkung nicht vom Sachbereich der Honorierung vertragszahnärztlicher Leistungen gegenüber Versicherten der Kranken- bzw Ersatzkassen auf die Honorierung zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge übertragen werden könnten. Der Gesetzgeber habe sowohl bei den Budgetierungs- wie auch bei den Degressionsregelungen deutlich zu erkennen gegeben, daß diese ausschließlich der Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen sollten. Wenn dies für die Honorierung zahnärztlicher Leistungen bei der Eingliederung von Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung anders hätte geregelt werden sollen, hätte dies ausdrücklich geschehen müssen. In diesem Zusammenhang sei es ohne Bedeutung, daß die zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz



und Kieferorthopädie von der Budgetierung ausgenommen worden seien. Dies beruhe allein darauf, daß zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht (mehr) im Rahmen der Sachleistung erbracht würden, sondern daß die Krankenkassen insofern nur Zuschüsse im Rahmen eines Kostenerstattungssystems zu leisten hätten. Derartige Leistungen könnten einer Budgetierung nicht unterworfen werden, weshalb der Gesetzgeber im Interesse der Sicherung der Beitragssatzstabilität insoweit zu dem Mittel der unmittelbaren Punktwertabsenkung gegriffen habe. Auch der Hinweis in den Gesetzesmaterialien, durch die Punktwertabsenkung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie werde eine ausgewogenere Bewertungsrelation dieser Leistungen gegenüber zahnerhaltenden Maßnahmen angestrebt, rechtfertige keine andere Beurteilung. Diese Zielvorstellung habe in der Gesetz gewordenen Fassung des § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V keinen Niederschlag gefunden. Schon die Tatsache, daß die Punktwertabsenkung auf ein Jahr beschränkt worden sei, schließe es aus, auf diese Weise längerfristig wirkende strukturelle Veränderungen von Vergütungsrelationen zu erreichen.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Sozialgerichts Frankfurt vom 6. Juli 1994 und des Hessischen Landessozialgerichts vom 27. März 1996 aufzuheben und festzustellen, daß die vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1993 gegenüber der Beklagten in Rechnung gestellten Zahnersatz- und Kfo-Behandlungsfälle für heilfürsorgeberechtigte Angehörige der Bundeswehr ohne Absenkung im Sinne von § 85 Abs 2b SGB V zu begleichen sind.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie weist darauf hin, daß seit dem 1. Januar 1989 die Vergütung zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der Behandlung heilfürsorgeberechtigter Personen nicht mehr an die Vergütungssätze der Ortskrankenkassen, sondern an diejenige der Ersatzkassen angebunden sei, um insbesondere dem Bund als Dienstherrn zu ermöglichen, nach bundesweit einheitlichen Sätzen abzurechnen. Das von den Ersatzkassen gewährleistete Vergütungsniveau habe eine angemessene Honorierung der (zahn)ärztlichen Leistungen zur Folge. Deshalb bestünden keine Bedenken dagegen, die vom Gesetz unmittelbar angeordneten Punktwertabsenkungen für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auch auf die Honorierung von zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Angehörigen der Bundeswehr zu übertragen.



Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 SGG) einverstanden erklärt.

II

Der Senat hat über die Revision in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Kassen-(Vertrags-)zahnärzte entschieden (§§ 40, 33, 12 Abs 3 Satz 2 SGG). Bei dem Streit über die Honorierung von zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Gewährleistung der freien Heilfürsorge für Angehörige der Bundeswehr handelt es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte. Die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung von heilfürsorgeberechtigten Personen ist in § 75 Abs 3 Satz 1 SGB V allein den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihren Bundesvereinigungen übertragen; die Krankenkassen wirken insoweit nicht mit. Dieser vom erkennenden Senat bereits zu § 368n Abs 2 Satz 4 RVO in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung vertretene Standpunkt (Bundessozialgericht <BSG> SozR 1500 § 12 Nr 4) beansprucht Geltung auch nach der Neugestaltung der Sicherstellung der freien Heilfürsorge durch das GRG zum 1. Januar 1989. Davon ist in anderem Zusammenhang auch der zwischenzeitlich für das Kassenzahnarztrecht zuständig gewesene 14a-Senat des BSG in seinem Urteil vom 2. Dezember 1992 (BSGE 71, 285 ff = SozR 3-2500 § 75 Nr 3) ausgegangen.

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Ihre Feststellungsklage ist zwar zulässig, aber unbegründet, wie das Berufungsgericht zutreffend erkannt hat.

Der Gesichtspunkt der Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber einer Leistungsklage steht hier der Zulässigkeit der Feststellungsklage nicht entgegen, obwohl die Klägerin inzwischen in der Lage ist, ihren Honoraranspruch gegenüber der Beklagten in der von ihr für richtig gehaltenen Höhe auf der Grundlage aller Behandlungsfälle aus dem Jahre 1993 zu beziffern. Zum Zeitpunkt der Klageerhebung (Dezember 1993) bestand diese Möglichkeit noch nicht; zu diesem Zeitpunkt hatte die Klägerin jedoch ein berechtigtes Interesse an der gerichtlichen Klärung, welchen Punktwert sie der Abrechnung aller Leistungsfälle im Rahmen der Gewährleistung von Heilfürsorge für Angehörige der Bundeswehr gegenüber der zuständigen Wehrbereichsverwaltung zugrunde legen sollte. Es widerspräche prozeßökonomischen Grundsätzen, nunmehr von der Klägerin auf der Grundlage einer Auswertung aller betroffenen Behandlungsfälle eine genaue Bezifferung der Höhe des von ihr geltend gemachten Anspruchs gegenüber der Beklagten zu fordern, wenn durch ein Urteil über den von ihr erhobenen Feststellungsantrag der Rechtsstreit zwischen den Beteiligten in gleicher Weise abschließend erledigt werden kann. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Beklagte als Gebietskörperschaft ein für die Klägerin positi-



ves Feststellungsurteil ausführen und alle betroffenen Behandlungsfälle nach dem vom Senat für maßgeblich gehaltenen Punktwerten abrechnen würde.

Die Feststellungsklage ist jedoch nicht begründet, weil die Punktwertabsenkung des § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V über § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V auch die zahnärztlichen Leistungen der Mitglieder der Klägerin gegenüber Angehörigen der Bundeswehr mit Anspruch auf freie Heilfürsorge erfaßt. Nach § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V sind die (zahn)ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der (zahn)ärztlichen Versorgung von Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge erbracht werden, so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen vergüten. Diese Verweisung auf die im Ersatzkassenbereich geltende Vergütung, die durch das GRG zum 1. Januar 1989 eingeführt worden ist (vgl BSGE 71, 285 ff = SozR 3-2500 § 75 Nr 3), betrifft sowohl die aufgrund des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (EBM-Z) in den Gebührentarifen A, B, C und D des Zahnarzt-/Ersatzkassenvertrages vereinbarten Bewertungszahlen für die einzelne zahnärztliche Leistung als auch den gesamtvertraglich vereinbarten Punktwert (vgl § 87 Abs 2 und § 85 Abs 2 SGB V). Maßgeblich ist insoweit der Punktwert, den die KZÄV, der der den heilfürsorgeberechtigten Patienten behandelnde Zahnarzt angehört, mit den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart hat. Nach dem Wegfall des bundeseinheitlichen Vergütungssystems für die Ersatzkassen als Folge der Streichung des § 83 Abs 3 SGB V idF des GRG durch Art 1 Nr 41 GSG (BGBl I 1992 S 2266) und der Regionalisierung auch der Ersatzkassenvergütung (vgl Kasseler Komm-Hess, § 83 SGB V RdNr 12) hat das zur Folge, daß dem Bund als Dienstherrn insbesondere der heilfürsorgeberechtigten Bundeswehrangehörigen und Zivildienstleistenden kein bundeseinheitliches Vergütungssystem mehr zur Verfügung steht. Die Schaffung einer solchen bundeseinheitlichen Regelung der Vergütung der freien Heilfürsorge war indessen gerade das entscheidende Motiv für den Wechsel von der bis zum 31. Dezember 1988 maßgeblichen Ausrichtung an den Sätzen der Ortskrankenkassen auf das Vergütungsregime der Ersatzkassen (BSGE 71, 285, 290 = SozR 3-2500 § 75 Nr 3 S 11 f unter Hinweis auf BT-Drucks 11/2493 S 62). Diese Verfehlung des Regelungszwecks des § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V als Folge der strukturellen Veränderungen des Vergütungssystems der Ersatzkassen durch das GSG ändert nichts an der Verbindlichkeit dieser Vorschrift.

Als Folge der Verweisung des § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V auf die im Ersatzkassenbereich geltenden Punktwerte sind im Jahre 1993 der Honorierung zahnärztlicher Leistungen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie, die im Rahmen der Gewährung freier Heilfürsorge erbracht werden, die am 31. Dezember 1992 maßgeblichen und um 10 % verminderten Punktwerte der Ersatzkassen zu Grunde zu legen. Das ergibt sich aus § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V idF des GSG. Nach dieser Bestimmung werden die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vH abgesenkt. Die unmittelbar durch Gesetz angeordnete Punkt-



wertabsenkung ist mit dem Grundgesetz vereinbar. Für die kieferorthopädischen Leistungen aus dem Jahr 1993 hat der Senat das bereits ausdrücklich entschieden (Urteil vom 8. Mai 1996 - 6 RKa 19/95 - SozR 3-2500 § 85 Nr 13). Für die zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz kann insoweit nichts anderes gelten, wie sich aus dem zur Regelung über die Punktwertanpassung ab dem 1. Januar 1994 in § 85 Abs 2b Satz 2 SGB V ergangenen Senatsurteil vom 28. August 1996 - 6 RKa 89/95 - (zur Veröffentlichung vorgesehen) ergibt. Wenn die Ersatzkassen kieferorthopädische und prothetische Leistungen von Vertragszahnärzten im Jahre 1993 nur mit den gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V abgesenkten Punktwerten vergüten müssen, und § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V für die Honorierung der (zahn)ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gewährleistung der Heilfürsorge auf die Vergütung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen seitens der Ersatzkassen verweist, können auch die Leistungen im Rahmen der Heilfürsorge nur auf der Grundlage der abgesenkten Punktwerte honoriert werden. In diesem Zusammenhang ist es ohne Bedeutung, daß nach der Einführung der Budgetierung auch der zahnärztlichen Gesamtvergütungen (§ 85 Abs 3a SGB V) und der Regelung von Honorarminderungen für den Fall von Punktmengenüberschreitungen (§ 85 Abs 4b bis 4f SGB V) nicht mehr alle Vergütungsbestimmungen des Ersatzkassenbereichs im Rahmen der Vergütung zahnärztlicher Leistungen gegenüber heilfürsorgeberechtigten Patienten Anwendung finden können. Im Zusammenhang mit der hier allein maßgeblichen Höhe der Punktwerte für prothetische und kieferorthopädische Leistungen kommt es auf die Regelungen über die Budgetierung der Gesamtvergütungen nicht an, weil diese Leistungen von der Budgetierung ausdrücklich ausgenommen sind (§ 85 Abs 3a Satz 3 SGB V). Auch die Vorschriften über die Vergütungsminderung bei Überschreitung bestimmter Punktmengen (§ 85 Abs 4b SGB V) haben keine Auswirkung auf die Punktwertabsenkung nach § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V, zumal der einzelne Zahnarzt ausschließlich begünstigt wird, wenn die im Rahmen der Behandlung heilfürsorgeberechtigter Personen erbrachten Leistungen lediglich der Punktwertabsenkung unterfallen und nicht noch zusätzlich den Degressionsbestimmungen unterworfen werden.

Es kann dahinstehen, ob - wie von der Klägerin geltend gemacht wird - die Anwendbarkeit des § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V auf die Vergütung von zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Gewährleistung der Heilfürsorge in Frage gestellt wäre, wenn die Punktwertabsenkung im Gesetzgebungsverfahren allein mit der Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet worden wäre. In diesem Fall müßte geklärt werden, ob eine gesetzliche Bestimmung ihren Geltungsanspruch (teilweise) einbüßt, wenn sie mehr regelt, als der Gesetzgeber ausweislich seiner in der Gesetzesbegründung dokumentierten Intention hat regeln wollen. Das kann jedoch auf sich beruhen, denn die Punktwertabsenkung für prothetische und kieferorthopädische Leistungen ist im Gesetzgebungsverfahren nicht allein mit der Sicherung der Beitragssatzstabilität, sondern auch damit begründet worden, daß dadurch gleichgewichtigere Bewertungsrelationen zwischen zahnerhaltenden auf der einen und prothetischen sowie kieferorthopädischen



Leistungen auf der anderen Seite geschaffen werden sollten (BT-Drucks 12/3608 S 87; vgl auch Senatsurteil vom 8. Mai 1996 - 6 RKa 19/95 - SozR 3-2500 § 85 Nr 13 S 89). Diese Zielsetzung des Gesetzes beansprucht Geltung auch im Verhältnis zwischen der KZÄV und den Kostenträgern im Rahmen der Durchführung der freien Heilfürsorge für den davon erfaßten Personenkreis gemäß § 75 Abs 3 Satz 1 SGB V. Auch insoweit sprechen sachliche Gesichtspunkte dafür, die konservierend-chirurgischen, auf Zahnerhaltung ausgerichteten Leistungen der Zahnärzte bei der Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Patienten höher und die prothetischen bzw kieferorthopädischen Leistungen geringer zu vergüten. Die im bereits mehrfach erwähnten Senatsurteil vom 8. Mai 1996 - aaO - in diesem Zusammenhang angeführte Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers ist auch insoweit von den Gerichten zu beachten.

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](#)