

Bundessozialgericht
- 6 RKa 8/81 -

Verkündet am
21. Oktober 1981

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....,
Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

.....,
Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 21. Oktober 1981
für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts
Hannover vom 21. Januar 1981 - S 21 Ka 50/80 - wird zurückge-
wiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.



G r ü n d e :

I

Die klagende Kassenzahnärztliche Vereinigung begehrt von der beklagten Ersatzkasse die Vergütung zahnärztlicher Leistungen, die ausschließlich nicht zu Ende geführte zahnprothetische Behandlungen betreffen.

Die von der Klägerin für die Monate August, September und November 1975 sowie August und September 1976 übersandten Zahnersatzabrechnungen enthielten 53 Rechnungsposten in Höhe von insgesamt 1.638,36 DM, bei denen die prothetische Versorgung nicht abgeschlossen werden konnte, weil Mitglieder der Beklagten nicht mehr zur zahnärztlichen Sprechstunde erschienen waren.

Die Beklagte weigerte sich, diese Summe zu zahlen und begründete dies damit: Sie sei nicht leistungspflichtig, wenn für den Abbruch der Behandlung kein stichhaltiger Grund genannt werden könne, zB beim Ausbleiben eines versicherten Patienten. Hier trage allein der Patient das Risiko. Sie habe deshalb auf den Heil- und Kostenplänen auch jeweils vermerkt, daß sie den Zuschuß nur unter der Voraussetzung gewähre, daß der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten eingegliedert werde. Zuschüsse zu Teilleistungen könne sie grundsätzlich nur nach einer Prüfung im Einzelfall zahlen.

Auf Klage der Kassenzahnärztlichen Vereinigung hin verurteilte das Sozialgericht (SG) die Beklagte mit Urteil vom 21. Januar 1981 nach Antrag auf Zahlung von 1.638,36 DM zuzüglich 4 % aus 23,07 DM seit dem 29. September 1975, 4 % aus 123,31 DM seit dem 3. November 1975, 4 % aus 339,93 DM seit dem 29. Dezember 1975, 4 % aus 765,09 DM seit dem 4. Oktober 1976 und 4 % aus 386,96 DM seit dem 1. November 1976.



- 3 -

In den Entscheidungsgründen führte das SG aus: Die Klägerin könne eine Vergütung sowohl für die von ihren Mitgliedern aufgestellten Heil- und Kostenpläne nach Befundaufnahme gemäß Gebührennummer 3a als auch für die Auswertung von Modellen nach den Gebührennummern 3b und 7 sowie für die angefallenen Material- und Laborkosten als auch für weitere vorbereitende Maßnahmen nach den Gebührennummern 18b, 19b verlangen. Der Zahnarzt habe das vertraglich vorgesehene Honorar für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes mit der Erklärung der Krankenkasse verdient, mit der diese ihren Zuschuß festsetze. Der Kassenvorbehalt solle lediglich unnötige Kosten infolge des Zeitablaufs verhindern. Die Möglichkeit des Zahnarztes, für die Aufstellung des Heil- und Kostenplanes von Patienten eine Honorarvorauszahlung zu verlangen, solle diesen nur für den Fall absichern, daß der Plan nicht genehmigt werde. Für eine erneute Prüfung und Zuschußbewilligung bestehe deshalb kein Grund, weil mit der prothetischen Behandlung noch gar nicht begonnen worden sei und deshalb auch keine Abweichung feststellbar sei.

Auf Antrag der Beklagten hat das SG durch Beschluß vom 11. März 1981 die Revision zugelassen. Die Klägerin hatte mit Schreiben vom 6. März 1981 dem Gericht mitgeteilt, sie erkläre "ihr Einverständnis zu dem Antrag der Beklagten, durch Beschluß die Revision zuzulassen".

Die Beklagte stützt ihre Revision mit folgenden Überlegungen: Die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw die Auswertung von Modellen, der Anfall von Labor- und sonstigen Kosten seien zwar eine Vertragsleistung nach dem Gebührentarif C, und der Zahnarzt habe gegenüber dem Patienten einen Honoraranspruch, falls dieser die Behandlung abbreche, ohne daß den Zahnarzt ein Verschulden treffe. Hieraus könne der Zahnarzt aber noch keinen Anspruch gegen die Kasse ableiten. Ein solcher Anspruch erwachse dem Zahnarzt vielmehr erst aus der gültigen Zuschußbewilligung, welche aber an die Gesamtbehandlung anknüpfe und

- 4 -



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



nich an einzelne Prothetikleistungen. Entgegen der Meinung des SG bestehe auch ein Bedürfnis für eine erneute Zuschußbewilligung. Denn diese könne dazu führen, daß die prothetische Versorgung doch noch aufgenommen bzw planmäßig zu Ende geführt werde, wodurch finanzielle Mittel eingespart würden. Für unwirtschaftliche prothetische Teilleistungen Mittel bereitzustellen, ohne die Hauptkostenträger mitwirken zu lassen, sei auch sozialpolitisch verfehlt und könne der Solidargemeinschaft gegenüber nicht verantwortet werden.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Revisionsbeklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor: Durch die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes und die Bewilligung des Zuschusses entstehe aus dem ursprünglich gegen den Patienten gerichteten Honoraranspruch ein Anspruch des Zahnarztes auf eine dem Zuschuß entsprechende Zahlung durch die Krankenkasse. Die Zuschußbewilligung beziehe sich nicht auf eine vollständige prothetische Behandlung, sondern auf das zahnärztliche Honorar. Der Kassenvorbehalt bezwecke, den Zahnarzt anzuhalten, alles in seinen Kräften Stehende zu tun, damit der Zahnersatz rechtzeitig eingegliedert werde.

II

Der Senat hat - wie das SG - mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenzahnärzte entschieden.



- 5 -

Der Streitgegenstand zählt nicht zu den Angelegenheiten der Kassenärzte (§ 12 Abs 3 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-), sondern zu den Angelegenheiten des Kassenarztrechts. Die Krankenkasse ist an dem Rechtsstreit als Vertragspartner der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beteiligt und streitet um die Auslegung von Vertragsbestimmungen. Dies rechtfertigt die paritätische Besetzung des Senats iS des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG.

Die Revision ist statthaft.

Es handelt sich um eine Sprungrevision (§ 161 SGG). Ob die gegnersiche Zustimmung zur Revisionseinlegung den Erfordernissen des § 161 SGG entspricht, ist hier fraglich.

Wenn die Zulassung nicht schon im Urteil erfolgt, kann sie nach Zustellung des Urteils im Beschlußverfahren erteilt werden. Das SG darf allerdings nicht zulassen, wenn die gegnersiche Zustimmung fehlt. Es ist aber unschädlich, wenn die Zustimmung zeitlich nach dem Antrag, aber noch innerhalb der Antragsfrist eingeht (BSG SozR 1500 § 161 SGG Nr 13).

Das SG hat ohne weitere Begründung angenommen, die vorgelegte Erklärung genüge den Zustimmungserfordernissen des Gesetzes. Der Erklärungswortlaut ist aber nicht eindeutig. Denn die Klägerin/Revisionsbeklagte hat dem SG mitgeteilt, sie erkläre ihr "Einverständnis zu dem Antrag der Beklagten/Revisionsklägerin durch Beschluß die Revision zuzulassen".

Die rein am Wortlaut haftende Auslegung dieses Satzes ergibt, daß lediglich der Zulassung selbst zugestimmt wurde und nicht der Einlegung der Revision unter Umgehung der Berufungsinstanz. Dies würde nicht genügen. In der Erklärung muß vielmehr deutlich zum Ausdruck kommen, daß die Berufungsinstanz umgangen werden darf, daß auf sie verzichtet wird.

- 6 -



Eine für die Sprungrevision ausreichende Erklärung kann in der Regel nur angenommen werden, wenn sich aus dem Wortlaut mit hinreichender Deutlichkeit ergibt, daß nicht nur der Zulassung, sondern auch der Einlegung der Sprungrevision zugestimmt wird (Urteil des Bundessozialgerichts -BSG- vom 3. Juni 1981 - 11 RA 4/81 -, zur Veröffentlichung vorgeesehen; vgl auch BSG SozR 1500 § 161 SGG Nr 3 und 5). Das heißt aber nicht, daß eine solche Erklärung jeder Auslegung unzugänglich wäre. Besondere Umstände können zu einer anderen Auslegung zwingen.

Auch bei prozessualen Willenserklärungen ist der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften (§ 133 des Bürgerlichen Gesetzbuches -BGB-). Es ist deshalb auch das Gesamtverhalten zu berücksichtigen, wozu Nebenumstände und Vorverhandlungen gehören (Palandt, BGB 40. Aufl 1981, § 133, Anm 2).

Die Beteiligten hatten das Verfahren eine gewisse Zeit nicht betrieben, um den Ausgang eines als "Musterprozeß" angesehenen anderen Verfahrens vor dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen abzuwarten. Als dieser Parallelprozeß für die Beklagte negativ endete und noch dazu eine höchstrichterliche Klärung dort nicht angestrebt worden war, entschloß sie sich, die Rechtsfrage selbst höchstrichterlich entscheiden zu lassen. Eine erneute Überprüfung in der Berufungsinstanz erschien aber angesichts des Ausgangs des Parallelverfahrens nutzlos. Deshalb wählte die Beklagte die Sprungrevision. Dies war der Klägerin bekannt, als sie ihr "Einverständnis" gab. Auch sie konnte nur an einer höchstrichterlichen Klärung interessiert sein. Ihr wirklicher Wille ging also auf eine Revision unter Umgehung der Berufungsinstanz und erschöpfte sich nicht in der Zustimmung zur Antragstellung.

Insofern weicht der hier vorliegende Sachverhalt von dem ab, über den das BSG in den oä Urteilen (SozR 1500 § 161 Nr 3



- 7 -

und 5 und Urteil vom 3. Juni 1981 - 11 RA 4/81 -) entschieden hat. Denn dort ging es jeweils um die Auslegung von Erklärungen in der mündlichen Verhandlung, also vor Verkündung des erstinstanzlichen Urteils.

Die Revision ist unbegründet.

Wenn ein Versicherter einen Vertragszahnarzt aufsucht, um sich einen Zahnersatz oder eine Zahnkrone eingliedern zu lassen, so kommt zwischen beiden ein zivilrechtlicher Vertrag zustande, der den Vertragszahnarzt zu der prothetischen Leistung und den Versicherten zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet.

Erbringt der Vertragszahnarzt eine Teilleistung und vermag er die begonnene Behandlung deshalb nicht abzuschließen, weil der Versicherte die Weiterbehandlung abbricht, so hat der Vertragszahnarzt - jedenfalls unter schuldrechtlichen Aspekten Anspruch darauf, daß ihm die erbrachte Teilleistung vergütet wird. Es stellt sich deshalb schon gar nicht die Frage, ob der Versicherte ihm die Vergütung verweigern darf. Nicht er, sondern allenfalls der Vertragszahnarzt könnte Ansprüche aus einer Vertragsverletzung geltend machen.

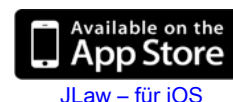
Das kassenzahnärztliche Vertragssystem hat ua die Aufgabe, den Leistungsanspruch des Vertragszahnarztes zu sichern. Die Klägerin als Kassenzahnärztliche Vereinigung verlangt hier nichts anderes als die Vergütung dieser von ihren Zahnärzten erbrachten Teilleistungen.

Anspruchsgrundlage hierfür ist § 5 Satz 1 des Vertrages zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten- und Arbeiterersatzkassen (EKVZ) vom 29. November 1963 idF vom 16. Januar 1975. Danach vergüten die Vertragskassen - dazu gehört auch die Beklagte - die von den Vertragszahnärzten durchgeführten Leistungen nach

- 8 -



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



den Gebührentarifen A, B und D und zahlen die von ihnen bewilligten Zuschüsse zu anderen Leistungen.

Die Beklagte hat die Vergütung dieser Leistungen zu Unrecht abgelehnt. Sie ist nach den vertraglichen Bestimmungen verpflichtet, bewilligte Zuschüsse an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu zahlen, soweit die Leistungen erbracht wurden. Der Kassenzahnarzt rechnet deshalb die zahnprothetischen Leistungen nicht mit der Krankenkasse direkt ab, sondern gibt sie seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung an (§ 11 Nr 2 EKVZ), welche sie wiederum der Vertragskasse übersendet (§ 12 Nr 1 EKVZ). Da die Gründe, die zu dem Abbruch der Behandlungen führten, allein bei den Mitgliedern der Beklagten liegen, darf die Tatsache, daß die geplante Leistung nicht zu Ende geführt worden ist, nicht zu Lasten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und damit letztlich zu Lasten der Vertragszahnärzte gehen. Die Beklagte darf sich deshalb auch nicht zu einer erneuten Zuschußbewilligung berechtigt sehen.

Die Beklagte hat die einschlägigen Vertragsbestimmungen nicht zutreffend ausgelegt. Die Eingliederung von Zahnersatz und Zahnkronen galt lange Zeit nicht als Teil der zahnärztlichen Behandlung. Das Reichsversicherungsamt (RVA) zählte den Zahnersatz zu den Heilmitteln, sofern er zur Beseitigung oder Linderung einer bestehenden Krankheit, zB eines Magenleidens oder zur Sicherung eines Heilmittels erforderlich war. Ansonsten galt er als Hilfsmittel (GE des RVA Nr 4711 vom 15. November 1933, AN 1934, S IV 8). Erst mit Urteil vom 20. Juli 1966 rückte das BSG von der Meinung des RVA ab, erkannte das Verordnen von Zahnersatz als zahnärztliche Behandlung an und ordnete es der Kassenzahnärztlichen Behandlung zu (BSGE 25, 116 ff). Mit Urteil vom 24. Januar 1974 entschied das BSG (BSGE 37, 74 ff), daß die Vergütung der Zahnärzte für Prothetikleistungen ein unabdingbarer Bestandteil der gesamtvertraglichen Regelung und durch Gesamtverträge iS des § 368g Abs 2 und 3 RVO zu regeln sei. Deshalb



wurde die Versorgung mit Zahnersatz ab dem 1. Januar 1975 in den Bundesmantelvertrag und damit in die Gesamtverträge einbezogen. Auch die Ersatzkassen änderten ihre Verträge zum selben Zeitpunkt. Damit wurde die Eingliederung von Zahnersatz aber nicht zur Sachleistung - wie es die zahnärztliche Behandlung ist -, sondern blieb eine Leistung eigener Art mit Kostenerstattung (BSGE 35, 105 ff), wobei seit dem 1. Juli 1977 eine volle Kostenerstattung nur noch in besonderen Härtefällen möglich ist (§ 182c RVO idF des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes -KVKG- vom 27. Juni 1977, BGBl I, 1069). Das heißt, der Versicherte schließt mit seinem Zahnarzt, der als Vertragszahnarzt zugelassen ist, einen zivilrechtlichen Vertrag über eine zahnprothetische Leistung. Schuldner der Vergütung ist der Versicherte; auf seinen Antrag hin bekommt er allerdings den satzungsgemäßen Zuschuß nach § 182c RVO von seiner Krankenkasse (vgl auch BSGE Bd 37, 74 ff, 78/79). Ziel der kassenzahnärztlichen Vertragsregeln ist es nun, einerseits den zahnärztlichen Bemühungen um eine angemessene Vergütung und andererseits der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen Rechnung zu tragen (BSG 37, 74 ff, 79; - seit dem 1. Juli 1977: ... und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden - siehe § 368g Abs 1 RVO in der Fassung durch Art 1 § 1 Nr 34 KVKG -). Die Zahnärzte werden dadurch gezwungen, ihre Vergütung an festen Sätzen auszurichten, ihnen wird die Vergütung aber andererseits auch garantiert. Die Krankenkasse begrenzt dadurch ihr Kostenrisiko und erhält die Möglichkeit, vor Genehmigung des Zuschusses und auch nach der Eingliederung des Zahnersatzes die Notwendigkeit der prothetischen Leistung nachzuprüfen und zu kontrollieren. Zwischen dem Vertragszahnarzt und der Krankenkasse besteht aber hinsichtlich der Zahlungen keine unmittelbare Rechtsbeziehung (Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: Januar 1981, § 368f, Anm 12a, S 17/1656-1-). Die Brücke zwischen beiden stellt die Kassenzahnärztliche Vereinigung dar, die in eigenem Namen die Zuschüsse entgegennimmt und an die Vertragszahnärzte verteilt.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



Dieses System umfaßt alle erbrachten zahnärztlichen Leistungen, sowohl die abgeschlossenen als auch die nur teilweise erbrachten. Denn die kassenzahnärztlichen Regelungen bezwecken, den Zahnärzten das Vergütungsrisiko abzunehmen, wenn sie mängelfreie Leistungen erbracht haben. Deshalb sieht § 11 Nr 2 EKVZ vor, daß nicht abgeschlossene Leistungen abgerechnet werden können, wenn sie wegen Ausbleibens oder der Weigerung der Kranken nicht zu Ende geführt werden konnten. Diese Regelung bezieht sich auch auf prothetische Leistungen. Dabei spielt es keine Rolle, daß der Zuschuß erst nach ausdrücklicher Bewilligung gezahlt wird, im Gegensatz zur Abrechnung bei anderen Sachleistungen. Denn die Beklagte hat sich in dem Vertrag mit der Klägerin verpflichtet, die zahnprothetischen Leistungen in Höhe der bewilligten Zuschüsse wie die übrigen Sachleistungen abzurechnen.

Dem einzelnen Vertragszahnarzt erwächst aus der Zuschußbewilligung kein zusätzlicher Anspruch. Deshalb hängt die Abrechnung auch nicht vom Abschluß der Gesamtbehandlung ab. Die Krankenkasse bewilligt den Zuschuß vielmehr allein ihren Mitgliedern gemäß § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d RVO iVm § 182c RVO. An diese Bewilligung ist sie auch hinsichtlich der bereits entstandenen Kosten gebunden, wenn das Mitglied die zahnprothetische Behandlung abbricht. Die nachträgliche Aufhebung des Verwaltungsaktes, mit dem der Zuschuß bewilligt worden ist, wäre für die Vergangenheit nicht möglich (vgl die ab 1. Januar 1981 geltenden §§ 44 bis 49 SGB X iVm der Übergangsregelung in Art II § 40 Abs 2 Satz 1 und 2). Denn die Bewilligung des Zuschusses ist durch den Behandlungsabbruch nicht rechtswidrig geworden. Nur für die Zukunft könnte die Kasse eine Weiterbehandlung eventuell ablehnen bzw verweigern. Dabei könnte man auch daran denken, die ab dem 1. Januar 1976 geltenden §§ 60 ff SGB I über die Mitwirkungspflichten der Versicherten heranzuziehen.



Der Vermerk der Beklagten auf den Heil- und Kostenplänen, wonach sie den Zuschuß unter der Voraussetzung gewähre, daß der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert werde, kann allenfalls Bedeutung für solche Fälle erlangen, in denen die Behandlung über sechs Monate hinweg andauert; er kann uU den Zahnarzt zwingen, solche Fälle anzuzeigen und die Verzögerung zu begründen. Dieser Vermerk will aber in erster Linie die Vertragszahnärzte in die Pflicht nehmen und unwirtschaftliche Verzögerungen verhindern. Darum geht es hier aber nicht; denn die hier in Frage stehenden Vertragspflichten wurden allenfalls von den Versicherten, nicht aber von den Vertragszahnärzten verletzt.

Die Beklagte kann den Zuschuß auch nicht in Höhe der für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes entstandenen Gebühren verweigern. Denn nach § 182c RVO sind alle Kosten der prothetischen Versorgung und Behandlung zuschußfähig. Die Regelung in § 9 Nr 7 EKVZ, wonach der Vertragszahnarzt für die Aufstellung des Heil- und Kostenplanes eine Vorauszahlung vom Versicherten verlangen kann, die bei Ausführung der prothetischen Versorgung zurückgezahlt wird, soll lediglich verhindern, daß der Vertragszahnarzt das Vergütungsrisiko bei nicht genehmigten oder der Krankenkasse nicht vorgelegten Plänen trägt. Dies hat das SG in seinem Urteil zu Recht betont. In diesen Fällen soll sich der Zahnarzt durch eine Vorauszahlung des Versicherten absichern können.

Die Beklagte muß hier andere Mittel wählen, um ihre versicherten Mitglieder bei Bewährung von Zuschüssen zu prothetischen Leistungen zu kostenbewußterem Verhalten zu bewegen.

Die Revision konnte deshalb keinen Erfolg haben; sie war als unbegründet zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus den §§ 183, 193 SGG.

