

**Landgericht Osnabrück**  
Geschäfts-Nr.:  
5 O 1587/00

Verkündet am:  
08.02.2001

**[REDACTED]** Justizangestellte  
als Urkundsbeamtin/beamter der Geschäftsstelle

**Urteil**

**Im Namen des Volkes!**

In dem Rechtsstreit

des Herrn Dr. **[REDACTED]**

**Kläger**

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte **[REDACTED]**  
**[REDACTED]**

Geschäftszeichen: 1 **[REDACTED]**

gegen

Herrn **[REDACTED]**

**Beklagter**

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte **[REDACTED]** und Kollegen, Schloßstraße 26,  
49074 Osnabrück,  
Geschäftszeichen: 1260-00TS45

hat die 5. Zivilkammer des Landgerichts Osnabrück auf die mündliche Verhandlung  
vom 25.01.2001 durch den Richter am Landgericht **[REDACTED]** als Einzelrichter

für **R e c h t** erkannt:

**Die Klage wird abgewiesen.**

**Die Kosten des Rechtsstreits trägt der Kläger.**

**Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 3.600,- DM vorläufig  
vollstreckbar.**

\*\*\*\*\*

### Tatbestand

Der Kläger macht gegen den Beklagten Zahnarzthonorar geltend.

Am 06.11.1998 erschien der Beklagte erstmals in der Praxis des Klägers, einem zugelassenen Kassenarzt. Er stellte sich vor als ehemaliger Leiter eines überregionalen zahntechnischen Labors, der über Kontakte zu Herrn [REDACTED] einem überregional bekannten Zahntechniker, auf den Kläger aufmerksam geworden ist. Der Beklagte legte seine Chip-Karte vor. Sie wies ihn aus als Mitglied der Techniker Krankenkasse.

An jenem Tag unterzeichnete der Beklagte zunächst eine Vereinbarung mit dem Kläger folgenden Inhalts:

„Der Anlass der Behandlung besteht in einer umfassenden parodontologischen Untersuchung und eventuell Weiterbehandlung. Diese Maßnahmen gehen über den Kassenzahnärztlichen Rahmen hinaus.

Das Sozialgesetzbuch V regelt für Kassenpatienten lediglich Maßnahmen, die notwendig, wirtschaftlich und ausreichend sind. Darüber hinausgehende Behandlungen können daher nur über eine private Abrechnung nach der gültigen Gebührenordnung GOZ-88 abgegolten werden.

Eine Erstattung der Kosten seitens ihrer Krankenkasse ist möglicherweise nicht gewährleistet.

Ich erkläre mich als Patient mit diesem Vorgehen einverstanden.“

In einer weiteren Erklärung erklärte sich der Beklagte mit der Weitergabe seiner Daten an das Zahnärztliche Rechenzentrum [REDACTED] einverstanden.

Am 10.11.1998 erstellte der Kläger einen Heil- und Kostenplan (Bl. 84 d.A.) über die geplante Parodontitis-Behandlung. Diese stellte er ihm mit Rechnungen vom 13.01.1999 (Bl. 81 d.A.) sowie 29.03.1999 (Bl. 83 d.A.) in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte über das Zahnärztliche Rechenzentrum [REDACTED]. Die Rechnungen wurden bezahlt.

Am 03.08.1999 erfuhr der Beklagte eine eingehende Beratung durch den Kläger. Dieser erstellte am 25.08.1999 einen privaten Befund- und Behandlungsplan (Bl. 88-90 d.A.) für eine geplante prothetische Zahnbehandlung, die im Wesentlichen 4 Inlays,

4 Kronen, 8 Teilkronen und 1 Veneer umfassen sollte. Dieser wurde offensichtlich vom Beklagten seiner Krankenkasse vorgelegt.

Am 27. und 28.09.1999 erbrachte der Kläger die wesentlichen streitbefangenen leistungsbezogenen Maßnahmen in Form von Präparation der Zähne, Abdrücken, provisorischen Versorgungen, gnathologischen Leistungen (Bl. 95/96 d.A.).

Auf Wunsch des Beklagten erstellte er am 30.09.1999 einen gesetzlichen Befund- und Behandlungsplan (Bl. 91 f d.A.).

Am 18.11.1999 erstellte der Kläger einen privaten Kostenplan (Bl. 97 f d.A.), gekürzt um einen Betrag von 596,75 DM, weil das zu Anfang geplante Veneer am Zahn 23 nicht zur Ausführung gelangt war.

Am 18.01.2000 erfolgte die letzte Prophylaxe und Kontrollbehandlung des Beklagten.

Seine Leistungen stellte der Kläger am 14.02.2000 über einen Betrag in Höhe von 27.130,59 DM (Bl. 14-21 d.A.) in Rechnung.

Da der Eigenanteil des Beklagten durch dessen private Krankenkasse gezahlt wurde, erfolgte am 02.05.2000 auf die Rechnung vom 14.02.2000 eine Teilzahlung in Höhe von 11.011,16 DM.

Gleichwohl erging am 09.05.2000 - auf Antrag des Klägers vom 08.05.2000 - durch das Amtsgericht Hagen Mahnbescheid in Höhe des Rechnungsbetrages.

Die Parteien streiten darüber, ob zwischen ihnen ein privater Zahnarztvertrag zustande gekommen ist. Darüber hinaus macht der Beklagte Mängel geltend.

Der Kläger behauptet, der Beklagte habe sich zu Beginn der Behandlung bei ihm als freiwilliges Mitglied der [REDACTED] Krankenkasse vorgestellt. Die von ihm unterzeichnete Erklärung vom 06.11.1998 würde sich auch auf die Behandlung beziehen, deren Vergütung er nunmehr verlangt. Die Behandlung des Beklagten sei nicht unterbrochen gewesen. Die Heil- und Kostenpläne seien nach der GOZ erstellt worden. Die Parodontitis-Behandlung sei ebenfalls nach privaten GOZ-Sätzen abgerechnet worden.

Die angesetzten Beträge und der Zeitaufwand seien angemessen, die Arbeiten insgesamt mangelfrei.

Nachdem der Kläger den weitergehenden Antrag aus dem Mahnbescheid zurückgenommen hat, beantragt er nunmehr,

den Beklagten zu verurteilen, an ihn 16.118,93 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 15.03.2000 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er rügt die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts und behauptet, der Kläger habe ihn als Kassenpatienten behandelt. Er habe ihn von Anfang an darauf hingewiesen, dass er eine Behandlung als Pflichtmitglied der [REDACTED] Krankenkasse wünsche. Dazu habe er ihm gleich zu Beginn seine Versicherungsverträge vorgelegt. Auch die Parodontitis-Behandlung sei über die Krankenkasse abgerechnet worden. Die von ihm unterzeichnete Vereinbarung vom 06.11.1999 umfasse lediglich diese Behandlung, keineswegs aber die im Anschluss daran erfolgte prothetische Behandlung durch den Kläger.

Als Mangel macht er geltend, im Bereich des linken Oberkiefers habe der Kläger die Arbeiten nicht mit Hilfe eines sog. Artikulators hergestellt. Deswegen seien die Bissverhältnisse zwischen Ober- und Unterkiefer nicht exakt, was zu Schmerzen führen würde.

Das Gericht hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 16.11.2000 (Bl. 128 d.A.) Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf das Protokoll der Sitzung vom 14.12.2000 (Bl. 141 ff d.A.).

#### Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet.

Dem Kläger steht kein Anspruch auf Zahlung des verlangten Honorars gemäß § 611 BGB gegen den Beklagten zu.

Er hat nicht beweisen können, dass zwischen ihm und dem Beklagten ein privatrechtlicher Dienstvertrag zustande gekommen ist.

Unstreitig ist der Kläger Kassen(vertrags-)Arzt und der Beklagte war zur Zeit der Behandlung - unabhängig davon als was er sich bei dem Kläger vorgestellt hat - tatsächlich bei der ██████████ Krankenkasse pflichtversichert gewesen.

Da die Krankenkassen ihren Versicherten nicht Kostenersatz, sondern unmittelbar die Heilmaßnahmen schulden, und da zur Erfüllung dieser Pflicht die Kassen zugunsten ihrer Mitglieder Verträge mit der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung geschlossen haben, ist der Kassenpatient selbst in der Regel nicht Schuldner des ärztlichen Vergütungsanspruchs. Bei der Behandlung eines Kassenpatienten erwirbt der Arzt einen Anspruch gegen die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, welche die ihr von der Sozialversicherung gezahlten Gesamtvergütung nach den erbrachten Leistungen an die Ärzte weiterleitet (vgl. AG Köln NJW 1990, 2939; Muckel JuS 1999, 946, 947; Krauskopf in Handbuch des Arztrechtes, 2. Auflage, § 25 Rz. 5 ff). Ausnahmen von diesem Dienst- und Sachleistungsprinzip sind jedoch möglich. So hatten ab dem 01.07.1997 bis zum 01.01.1999 auch Kassenpatienten die Möglichkeit, anstelle der Sachleistung Kostenerstattung bis zur Grenze der Vergütung zu wählen, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dadurch wurde der Kassenpatient zwar nicht zum Privatpatienten, aber der Arzt erwarb gegen ihn einen direkten Anspruch (Noftz in Hauk/Haines, SGB-Kommentar, § 13 Rz. 23; Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, 8. Auflage, Rz. 48).

So ist zwischen den Parteien offenbar hier verfahren worden. Sie haben zu Beginn der Behandlung am 06.11.1998 die entsprechende Vereinbarung getroffen.

Die Vereinbarung gilt nach Auffassung des Gerichts nicht nur für die (abgeschlossene) Parodontitis-Behandlung, sondern auch - wie bereits der Wortlaut zeigt - für eventuelle Weiterbehandlungen. Eine solche ist Gegenstand der mit Rechnung vom 14.02.2000 geltend gemachten Leistungen. Dieses ergibt sich auch aus den eingereichten Behandlungsunterlagen (Karteiblättern). Aus ihnen ist keineswegs eine 6-monatige Unterbrechung ersichtlich. Des Weiteren heißt es in dem Kostenvoranschlag vom

10.11.1998 (Bl. 84 d.A.): „1. bis 3. Vorbehandlung“. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass sich der Beklagte - insoweit unbestritten - zum Kläger begeben hat aufgrund der Empfehlung durch den Zeugen [REDACTED]. Der Beklagte will wohl nicht ernsthaft behaupten, dass er nur wegen der am 13.01. und 29.03.1999 in Rechnung gestellten Leistungen die Fahrten nach Bielefeld unternommen hat. Es dürfte - wie in der Vereinbarung zum Ausdruck kommt - von vornherein eine Weiterbehandlung ins Auge gefasst worden sein, auf die die getroffene Regelung ebenfalls anzuwenden sein sollte, zumal der Beklagte wusste, dass der Kläger grundsätzlich nur Privatpatienten behandelte. Auch angesichts der dem Beklagten aufgrund seiner ehemaligen beruflichen Tätigkeit unterstellten Kenntnis der Materie konnte er nicht, wie er vorträgt, ernsthaft davon ausgehen, dass die von ihm ausweislich des Heil- und Kostenplans erwünschten Leistungen vom Kläger erbracht würden, ohne dass Zuzahlungen auf ihn zukommen.

Zu keiner anderen Beurteilung führt der Umstand, dass die Parodontitis-Behandlung möglicherweise anders abgerechnet worden ist. Dieses ist offenbar im Zusammenhang damit zu sehen, dass der Beklagte zum damaligen Zeitpunkt die Möglichkeit hatte, von seiner Krankenkasse Kostenerstattung zu verlangen. Auch die Tatsache, dass der Beklagte vor der Behandlung dem Kläger die Chip-Karte der Techniker-Krankenkasse vorgelegt hatte, ändert nichts an der Einschätzung.

Es wäre daher folglich möglich gewesen, dass der Kläger sich direkt wegen seines Honorars an den Beklagten hält. Dieses gilt jedoch nur für den Fall, dass er davon ausgehen durfte, dass der Beklagte freiwillig versichert war. Denn die Vereinbarung vom 06.11.1998 fällt in den Zeitraum, in dem der Status des Patienten für die Abrechnung ärztlicher Leistungen gleichgültig war. Auch der Pflichtversicherte hatte damals Anspruch auf Kostenerstattung. Vor diesem Hintergrund ist diese zwischen den Parteien getroffene Regelung zu sehen. Der Bundestag hat jedoch mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19.12.1998 (BGBl. I. 3853) die Regelung über die Kostenerstattung in § 13 Abs. 2 SGB V erneut geändert. Der Gesetzgeber hat ab dem 01.01.1999 im Wesentlichen den Rechtszustand vor Erlass des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes wieder hergestellt. Danach können nur noch die freiwillig Versicherten Kostenerstattung anstelle von Dienst- und Sachleistung beanspruchen. Mithin hat sich die Rechtslage für den Beklagten erheblich geändert. Er ist wieder in das Sachleistungssystem eingebunden. Auf diese Änderung mußte der Kläger den

Beklagten nur dann nicht hinweisen, wenn er - wie er vorträgt - von dessen Status als Freiwilligversicherten ausgehen durfte, (denn nur in diesem Fall hätte sich für den Beklagten nichts geändert, er hätte nach wie vor die Möglichkeit der Kostenerstattung gehabt).

Die Beweisaufnahme hat jedoch die Behauptung des Klägers nicht bestätigt. Zwar haben die Zeugen [REDACTED] und [REDACTED] bekundet, der Beklagte habe sich zunächst, d.h. 1998, als freiwillig Versicherter bei der [REDACTED] Krankenkasse vorgestellt. Die Zeugin [REDACTED] bekundete aber gleichfalls, dass sie mit dieser Krankenkasse telefonischen Kontakt hatte und ihr anlässlich dieses Telefonates, das etwa 3 - 4 Wochen vor der Behandlung am 27. und 28.08.1999 stattgefunden hatte, ihr mitgeteilt worden war, dass der Beklagte dort pflichtversichert sei. Dieses Wissen muß sich der Kläger gemäß § 166 BGB zurechnen lassen. Die Zeugin schilderte weiter, dass daraufhin ein geänderter Heil- und Kostenplan zur Vorlage bei der Krankenkasse erstellt worden sei. Das aber bedeutet, der Kläger hat bei Beginn der Behandlung, die er im vorliegenden Rechtsstreit honoriert verlangt, gewusst, dass der Beklagte nicht, wie angeblich von ihm vorgegeben, freiwillig versichert war, sondern dass er als Pflichtmitglied bei der [REDACTED] Krankenkasse geführt wurde. Das aber hätte ihn dazu veranlassen müssen, von der Behandlung solange Abstand zu nehmen, bis die [REDACTED] Krankenkasse den der Behandlung zugrunde liegenden Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Der Kläger als Zahnarzt war vor Beginn der geplanten Behandlung in der Lage, die von ihm zu erbringenden Leistungen zu überblicken. Er war dem Beklagten gegenüber verpflichtet, das Honorar, das für seine ärztliche Leistungen anfallen wird, so genau wie möglich im Vorhinein aufzuschlüsseln. Erst dadurch wird der Patient in die Lage versetzt, seine Entscheidung zu treffen, ob er die Behandlung von diesem Arzt in der vorgesehenen Art und Weise durchführen lassen will. Der Beklagte konnte darauf vertrauen, dass ihm Höhe und Art der Abrechnung der zu erbringenden Leistungen vor Beginn der Behandlung mitgeteilt werden. Gegen diese ihm aus dem Dienstvertrag obliegende Pflicht hat der Kläger verstoßen. Beginnt der Zahnarzt mit der Behandlung, bevor der gesetzliche Krankenversicherer eine Entscheidung getroffen hat, so handelt er vertragswidrig, weil er damit dem Kassenpatienten im Fall der Ablehnung des Heil- und Kostenplanes eine Behandlungsleistung aufdrängt, für die dieser einen Zuschuss möglicherweise nicht

erhält. In diesem Fall behandelt der Zahnarzt auf eigenes Risiko und verliert damit den Honoraranspruch gegen seinen Patienten.

Aus diesem Grunde war die Klage abzuweisen.

Die Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 91, 709 ZPO.





Dr. (Toennes) Rechtsanwalt  
Postfach 11 02 41  
60037 Frankfurt a. M.  
Telefon (069) 456 12 34  
Telefax (069) 456 12 34

NJW-Rechtsprechungs-Report  
- Zivilrecht -  
Schriftleitung  
Postfach 11 02 41

60037 Frankfurt a. M.

23.02.2001 ts/mi

**Urteil Landgericht Osnabrück vom 08.02.2001, Az.: 5 O 1587/00**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt erhalten Sie die Kopie eines Urteils des Landgerichts Osnabrück vom 08.02.2001, in dem nach diesseitiger Auffassung eine entscheidende Rechtsfrage im Verhältnis zwischen Zahnarzt und gesetzlich krankenversichertem Patienten beantwortet wird.

Der Leitsatz könnte lauten:

"Beginnt der Zahnarzt mit der prothetischen Versorgung eines Patienten, bevor der gesetzliche Krankenversicherer eine Entscheidung über einen vorgelegten Heil- und Kostenplan getroffen hat, so handelt er vertragswidrig, weil er damit dem Kassenpatienten im Falle der Ablehnung des Heil- und Kostenplanes eine Behandlungsleistung aufdrängt, für die dieser einen Zuschuß möglicherweise erhält. In diesem Fall behandelt der Zahnarzt auf eigenes Risiko und verliert damit den Honoraranspruch gegen seinen Patienten."

Ich stelle eine Veröffentlichung der Entscheidung anheim und bitte um gelegentliche Rückäußerung.

Mit freundlichem Gruß

(Toennes) Rechtsanwalt

Dr. (Toennes) Rechtsanwalt  
Postfach 11 02 41  
60037 Frankfurt a. M.  
Telefon (069) 456 12 34  
Telefax (069) 456 12 34

Dr. (Toennes) Rechtsanwalt  
Postfach 11 02 41  
60037 Frankfurt a. M.  
Telefon (069) 456 12 34  
Telefax (069) 456 12 34

Dr. (Toennes) Rechtsanwalt  
Postfach 11 02 41  
60037 Frankfurt a. M.  
Telefon (069) 456 12 34  
Telefax (069) 456 12 34