

S 12 KA 642/10

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 642/10

Datum

04.02.2011

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 7/11

Datum

24.10.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 56/12 B

Datum

20.03.2013

Kategorie

Gerichtsbescheid

Leitsätze

Ein kieferorthopädischer Vertragszahnarzt hat keinen Anspruch darauf, dass seine Widersprüche gegen die unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Krankenkasse erteilte Genehmigung seiner Reparaturaufträge bzw. Therapieänderungen beschieden werden.

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 643/10](#) u. [S 12 KA 644/10](#)

1. Die Verfahren mit Az.: [S 12 KA 642/10](#), [S 12 KA 643/10](#) und [S 12 KA 644/10](#) werden zur gemeinsamen Entscheidung unter dem führenden Az.: [S 12 KA 642/10](#) miteinander verbunden.

2. Die Klagen werden abgewiesen.

3. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

4. Der Streitwert wird für die verbundenen Verfahren auf 1.685,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von den Beklagten die Bescheidung seiner Widersprüche gegen die Genehmigung seiner Reparaturaufträge bzw. Therapieänderungen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Kläger ist als Zahnarzt für Kieferorthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Der Kläger beantragte zunächst am 07.07.2010 bei dem Sozialgericht Marburg zum Az.: S 12 KA 521/10 ER den Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die Beigeladene für den Behandlungsfall des bei der AOK Hessen versicherten D. X., weil die AOK Hessen die nachträglichen 50 EUR Laborkosten nur unter der Einschränkung "wenn kein Eigenverschulden des Patienten vorliegt" genehmigt habe. Den Antrag zog er am 28.07.2010 wieder zurück.

Der Kläger hat am 23.06.2010 über das SG Gießen die Klagen erhoben. Das SG Gießen hat mit Beschlüssen vom 28.07.2010 zu den Az.: S 14 SV 12/10, S 14 SV 13/10 und S 14 SV 14/10 wegen örtlicher Unzuständigkeit die Klage an das SG Marburg verwiesen.

Der Kläger trägt im Verfahren gegen die Beklagte zu 1) vor, die Beklagte habe am 17.08.2009 die am 13.08.2009 für die Patientin BB beantragten Reparaturen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung genehmigt. Gegen den ihn persönlich betreffenden Teil habe er am 18.08.2009 Widerspruch erhoben. Die Beklagte sei seitdem untätig geblieben. Im Verfahren gegen die Beklagte zu 2) trägt er vor, die Beklagte habe am 27.10.2009 die am 01. und 26.10.2009 für den 1995 geb. Patienten CC beantragten Reparaturen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung genehmigt. Gegen den ihn persönlich betreffenden Teil habe er am 30.10.2009 Widerspruch erhoben. Die Beklagte sei seitdem untätig geblieben. Im Verfahren gegen die Beklagte zu 3) trägt er vor, er habe am 11.07.2009 für die Patienten DD und EE eine Therapieänderung beantragt, die die Beklagte am 18.09.2009 unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung genehmigt habe. Gegen den ihn persönlich betreffenden Teil habe er am 24.09.2009 Widerspruch erhoben. Seither sei die Beklagte untätig geblieben. Für alle Verfahren trägt er weiter vor, der Zweck des Antrags sei es gerade, die Wirtschaftlichkeit der Reparatur feststellen zu lassen. Der Vorbehalt sei wegen [§ 32 Abs. 1 SGB X](#) rechtswidrig. Um Schaden von seinem Vermögen abzuwenden, weigere er sich, die Reparaturen auszuführen. Gegenstand des Verfahrens sei nur die

Rechtswidrigkeit des Vermerks.

Der Kläger beantragt sinngemäß,
die Beklagte zu verurteilen, ihn über seine Widersprüche zu bescheiden.

Die Beklagten beantragen,
die Klagen abzuweisen.

Die Beklagten zu 1) und 2) sind der Auffassung, ein für den Kläger widerspruchsfähiger Bescheid sei nicht ergangen. Die Entscheidung entfalte Wirkung nur gegenüber dem Versicherten. Dies hätten sie dem Kläger erläutert. Der Versicherte habe keinen Widerspruchsbeseid erbeten. Es liege in der Natur der Sache, dass ein komplexer kieferorthopädischer Behandlungsfall in seiner Gesamtheit erst nach Abschluss hinreichend gewürdigt werden könne. Da eine Kostenzusage insbesondere bei Nachanträgen den Anspruch auf eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Rechtsprechung des SG Marburg ausschließe, sehe sie sich in besonders gelagerten Fällen veranlasst, eine Einschränkung auf Nachanträgen anzubringen. Sie teile diese Auffassung nicht in Gänze. Jede Nachgenehmigung nach Aktenlage sei im Grunde genommen eine Entscheidung ins Blaue, oder sie müsse eine Begutachtung durchführen, was verwaltungsökonomisch nicht machbar sei. Nur bei häufigeren Nachanträgen behalte sie sich nach Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten eine Einzelfallentscheidung vor. Bei dem Kläger machten sie seit Jahren die Erfahrung, dass Nachanträge überhand nähmen. 6 oder mehr Nachanträge pro Fall seien die Regel und nicht die Ausnahme. In Hessen sei dies die einzige Praxis. Meistens gehe es um sich lösende Brackets. Klärungsversuch seien wegen fehlender Auskünfte des Klägers fehlgeschlagen. Auch Mitteilungen nach § 16 BMV-Z, die einen Hinweis auf ein Fehlverhalten des Patienten liefern könnten, seien in den meisten Fällen unterblieben. Die Ursache müsse daher bei dem Kläger liegen. Sie versuche seit Jahren, hierüber mit dem Kläger ein Gespräch zu führen. Von daher mute der Vorhalt "Untätigkeit" sonderbar an.

Die Beklagte zu 3) führt aus, sie habe mehrere Nachanträge des Klägers unter dem Vorbehalt der Wirtschaftlichkeitsprüfung genehmigt. Nach dem der Kläger erklärt habe, er habe die Reparaturmaßnahmen nicht durchgeführt, habe sie weitere Nachanträge nicht bewilligt. Verlängerungsanträge vom 18.12.2009 habe sie nach dem Gutachterverfahren abgelehnt. Anfragen zur derzeitigen Versorgung und Therapie seien unbeantwortet geblieben. Es liege in der Natur der Sache, dass ein komplexer kieferorthopädischer Behandlungsfall in seiner Gesamtheit erst nach Abschluss hinreichend gewürdigt werden könne. Sie akzeptiere im Regelfall 2 bis 3 Nachanträge. Bei dem Kläger habe sie die Erfahrung gemacht, dass 7 bis 10 Nachanträge je Fall die Regel seien. Gesprächsangebote habe der Kläger kategorisch abgelehnt.

Die Beigeladene hat sich schriftsätzlich nicht zum Verfahren geäußert und keine Anträge gestellt.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 19.01.2011 einen Erörterungstermin abgehalten. Hierzu wird auf die Niederschrift verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verfahrensakten zu den Az.: S 12 KA 521/10 ER und S 12 KA 414/07 bzw. L 4 KA 11/08 B ER Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu im Erörterungstermin angehört.

Die Klagen sind unzulässig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erlass der Widerspruchbescheide.

Voraussetzung für die Erhebung einer Untätigkeitsklage wegen Nichterteilung eines Widerspruchbescheides ist, dass überhaupt ein statthafter Widerspruch vorliegt. Statthaftigkeit liegt nur vor, wenn der Kläger sich gegen einen ihm gegenüber ergangenen oder ihn rechtlich beschwerenden Verwaltungsakt wendet. Hieran fehlt es in allen drei Verfahren.

Ist ein Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsakts ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht beschieden worden, so ist die Klage nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsakts zulässig. Liegt ein zureichender Grund dafür vor, dass der beantragte Verwaltungsakt noch nicht erlassen ist, so setzt das Gericht das Verfahren bis zum Ablauf einer von ihm bestimmten Frist aus, die verlängert werden kann. Wird innerhalb dieser Frist dem Antrag stattgegeben, so ist die Hauptsache für erledigt zu erklären ([§ 88 Abs. 1 SGG](#)). Das gleiche gilt, wenn über einen Widerspruch nicht entschieden worden ist, mit der Maßgabe, dass als angemessene Frist eine solche von drei Monaten gilt ([§ 88 Abs. 2 SGG](#)). Vor Erhebung der Anfechtungsklage sind Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsakts in einem Vorverfahren nachzuprüfen ([§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Durch Klage kann die Aufhebung eines Verwaltungsakts oder seine Abänderung sowie die Verurteilung zum Erlass eines abgelehnten oder unterlassenen Verwaltungsakts begehrt werden. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, ist die Klage zulässig, wenn der Kläger behauptet, durch den Verwaltungsakt oder durch die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsakts beschwert zu sein ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)).

Der Kläger kann sich aber nicht gegen einen ihn beschwerenden Verwaltungsakt wenden. Die vom Kläger angeführten "Genehmigungen" können unter Beachtung des Empfängerhorizonts mit spezifisch vertragszahnärztlichem Verständnis mangels Regelung gegenüber dem Kläger nicht als Verwaltungsakt i.S.d. § 31 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren – SGB X verstanden werden.

Adressat der Genehmigungen mit dem vom Kläger angegriffenen Vorbehalt ist in rechtlicher Hinsicht allenfalls der Versicherte und nicht der Kläger. Der Kläger wird als vertragszahnärztlicher Behandler nur mittelbar betroffen und hat – abgesehen von der u. U. zulässigen Beantragung des Gutachterverfahrens – kein eigenes Recht zur Anfechtung.

Das Recht auf eine bestimmte zahnärztliche Leistung kommt nur Versicherten zu. Nur Versicherte haben einen Anspruch auf Krankenbehandlung, die auch die zahnärztliche Behandlung umfasst (§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V). Hierzu gehört auch die kieferorthopädische Versorgung. Versicherte haben Anspruch auf

kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht (§ 29 Abs. 1 SGB V). Der Vertragszahnarzt ist nur zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags berechtigt und verpflichtet (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, entsprechend dem Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse, auch die kieferorthopädische Behandlung (§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Der Übergang des vertragszahnärztlichen Versorgungsauftrags von der Krankenkasse (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V) auf die Kassenzahnärztliche Vereinigung (§ 75 Abs. 1 SGB V) hat aber zur Folge, dass zwischen der Krankenkasse und dem Vertragsbehandler keine unmittelbaren rechtlichen Beziehungen bestehen. Zwischen beiden steht die Kassenzahnärztliche Vereinigung, so dass unmittelbare Rechtsbeziehungen nur zwischen Versichertem und Krankenkasse, Krankenkasse und Kassenzahnärztlicher Vereinigung sowie Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Vertragszahnarzt bestehen. Genehmigungen, die die Krankenkasse zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Versicherten erteilt, ergehen in rechtlicher Hinsicht nur diesem gegenüber. Werden sie durch die rechtlichen Vorgaben konstitutiv ausgestaltet, so handelt es sich für den Vertragsbehandler um eine Leistungsvoraussetzung. Die Genehmigung hat ihm gegenüber nur eine Wirkung im Sinne eines Rechtsreflexes, greift aber nicht unmittelbar in seine Rechtsstellung ein, da er nur zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt ist, also nur die Leistungen erbringen darf, auf die der Versicherte einen Anspruch hat. Ferner hat eine solche Genehmigung u. U. die Begründung von Vertrauensschutz hinsichtlich der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zur Folge.

Anders als im Bereich der Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz in der bis Ende 2004 geltenden Fassung des § 30 Abs. 4 Satz 1 bis 5 SGB V ("Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. Aufwendige Versorgungsmittel sollen vor der Genehmigung begutachtet werden."); zur aktuellen Regelung vgl. § 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V) ist bei kieferorthopädischen Leistungen weder die Erstellung eines Heil- und Kostenplans noch dessen vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse gesetzlich vorgeschrieben, obwohl der Gesetzgeber in § 29 Abs. 3 SGB V die Erstellung eines solchen Plans voraussetzt (so auch SG Stade, Urt. v. 01.02.2007 - [S 1 KR 43/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Soweit aus der Verwendung des Begriffs "Behandlungsplan" in § 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V z. T. die Schlussfolgerung gezogen wird, anders als im Fall sonstiger ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlungen werde der Behandlungsanspruch der Versicherten nach § 29 SGB V nicht durch die bloße Behandlungsentscheidung des Kieferorthopäden konkretisiert, sondern erst durch die Bewilligung der Kasse (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 - [L 3 KA 90/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)) oder - noch unter Geltung der Reichsversicherungsordnung - allgemein festgestellt wird, auch den bundesmantelvertraglichen Bestimmungen liege eine der Behandlung vorausgehende Leistungsbewilligung durch die Krankenkassen zugrunde (vgl. BSG, Urt. v. 18.05.1989 - [6 RKA 10/88](#) - [SozR 2200 § 182 Nr. 115](#) = [BSGE 65, 94](#), juris Rdnr. 26), so kann dies hier dahingestellt bleiben, da hierdurch nur das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten betroffen wird. Die Genehmigung der Krankenkasse stellt jedenfalls gegenüber dem Vertragszahnarzt keinen Verwaltungsakt dar (vgl. a. Niggelhoff, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 2008, § 29, Rdnr. 13 unter Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen v. 27.11.1985 - [L 11 Ka 72/84](#)). Nur der Versicherte hat das Recht, einen etwaigen Behandlungsanspruch gegen ihre Krankenkasse auf dem Rechtsweg durchzusetzen (vgl. SG Hamburg, Urt. v. 11.07.2001 - [3 KA 306/97](#) - juris Rdnr. 32).

Soweit die bundesmantelvertraglichen Vorschriften eine Genehmigung vorsehen, wird hierdurch kein Anspruch auf Erlass einer Genehmigung des Vertragszahnarztes begründet.

Im Bundesmantelvertrag – Zahnärzte für den Primärkassenbereich (Stand: 01.07.2010, zitiert nach http://www.kzbv.de/rechtsgrund/BMVZ_20100701.pdf) (im Folgenden: BMV Z) haben die Vertragsparteien vereinbart, dass im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sich die Krankenkassen eines Gutachterverfahrens bedienen können, das in Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrags geregelt wird (Anlagen 6, 9 und 12) (§ 2 Abs. 3 BMV-Z). Nach § 17 "Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung" gilt, dass für den kieferorthopädischen Behandlungsplan Anlage 8 gilt (§ 17 Abs. 1 Satz 4). Nach Anlage 6 zum BMV-Z "Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen" ist vom Zahnarzt vor Beginn der Behandlung anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung der Krankenkasse zu. Entsprechendes gilt bei einem Verlängerungsantrag und einer Therapieänderung. Eine weitere Ausfertigung des Behandlungsplans sendet der Zahnarzt seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu (§ 1 Abs. 1 Anlage 6 zum BMV-Z). Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung sendet die Krankenkasse in der Regel innerhalb von 4 Wochen ein Exemplar des Behandlungsplanes an den Zahnarzt zurück (§ 2 Abs. 1 Anlage 6 zum BMV-Z). Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplanes an den Zahnarzt begonnen werden (§ 2 Abs. 2 Anlage 6 zum BMV-Z). Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 2 Abs. 3 Anlage 6 zum BMV-Z). Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung in der Regel innerhalb von 4 Wochen an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (Kiefermodelle, Röntgen Aufnahmen, ggf. Fotografie, Fernröntgenaufnahme und HNO-Befund) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z (§ 3 Abs. 1 Anlage 6 zum BMV-Z). Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur kassenzahnärztlichen Versorgung hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen (§ 3 Abs. 6 Anlage 6 zum BMV-Z). Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan oder zum Verlängerungsantrag können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen (§ 4 Abs. 1 Anlage 6 zum BMV-Z). In Anlage 8 zum BMV Z haben die Vertragsparteien einen "Kieferorthopädischen Behandlungsplan" vereinbart. Dieser sieht eine "Entscheidung der Krankenkasse" vor, die mit Datum und Stempel der Krankenkasse zu versehen ist. Ferner sieht Anlage 8 zum BMV-Z eine durch den Zahnarzt auszufüllende "Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)" für den Fall vor, dass eine Leistungspflicht nicht vorliegt.

Die vorherige Aufstellung eines Behandlungsplans dient zunächst dem Zweck, der Krankenkasse Gelegenheit zu geben, die Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen Maßnahme zu überprüfen und gegebenenfalls einen Gutachter einzuschalten (vgl. SG Hamburg, Urt. v. 11.07.2001 - [3 KA 306/97](#) - juris Rdnr. 27). Indem die Vertragspartner der Bundesmantelverträge die

vorherige Genehmigung der Behandlungspläne bei kieferorthopädischen Maßnahmen durch die Krankenkassen vorgesehen haben, haben sie im Fall der Ablehnung eines ordnungsgemäß begründeten Antrages durch die Krankenkasse die Verantwortung für die dann ausbleibende kieferorthopädische Behandlung dem Vertragszahnarzt genommen und auf die Krankenkasse und die von ihr herangezogenen Gutachter übertragen. Diese Berufsausübungsregelung ist von Rechts wegen nicht zu beanstanden. Namentlich ist sie mit dem Grundrecht des [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#) zu vereinbaren, da sie der Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung und damit der Sicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, mithin einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut, dient und das vorgesehene Gutachterverfahren nicht zuletzt im Hinblick auf die Einholung eines Obergutachtens auf Antrag des betroffenen Vertragszahnarztes hinreichende Gewähr für sachgerechte Entscheidungen bietet (so zutreffend LSG Niedersachsen, Urt. v. 27.06.2001 - [L 3 KA 181/00](#) - juris Rdnr. 26). Das Gutachterverfahren mit dem Ergebnis einer entsprechenden Genehmigung gegenüber dem Versicherten dient maßgeblich auch den Interessen der Versicherten, die davor zu schützen sind, dass sie bereits begonnene Behandlungen auf eigene Kosten fortführen oder abrechnen müssen, weil sich nachträglich herausstellt, dass sie nicht genehmigungsfähig sind (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.09.2006 - [L 3 KA 90/05](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Ausgehend von dieser im Wesentlichen auf dem Bundesmantelvertrag beruhenden Rechtslage, deren Kenntnis auch dem Kläger als Vertragszahnarzt unterstellt werden kann, können die vom Kläger angeführten "Genehmigungen" unter Beachtung des Empfängerhorizonts mit spezifisch vertragszahnärztlichem Verständnis nicht als Verwaltungsakt i.S.d. § 31 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X verstanden werden. Hinzu kommt, dass die Beklagten die "Genehmigungen" nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen haben und die Beklagten zu 1) und 2) kein förmliches Anschreiben mit vollständigem Briefkopf gewählt haben. Die Beklagten zu 3) hat den Kläger zwar förmlich angeschrieben, hat sich aber mit der Formulierung "den beantragten Therapieänderungen stimmen wir zu" ganz an die bundesmantelvertraglichen Vorgaben gehalten. Die Beklagten erkennen damit lediglich an, dass sie zunächst von der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung ausgehen, relativieren diese Aussage aber zugleich, da sie sich eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vorbehalten. Im Ergebnis gestehen sie dem Kläger nur das zu und behalten sich nur das vor, was ohnehin aus den bundesmantelvertraglichen Regelungen folgt.

In den Fällen der Beklagten zu 1) und 2) war im Übrigen bereits der Antrag des Klägers unzulässig. Nach den dargelegten bundesmantelvertraglichen Regelungen ist der Behandlungsplan nur für die Therapie, deren Verlängerung und deren Änderung zu erstellen, nur in diesen Konstellationen ist das Genehmigungsverfahren mit der Möglichkeit eines Gutachterverfahrens zu beantragen. In den Fällen der Beklagten zu 1) und 2), in denen es sich lediglich um Reparaturen handelt, ist ein solches - förmliches - Verfahren überhaupt nicht vorgesehen. Der Kläger erkennt, dass er als Vertragsbehandler grundsätzlich auch für die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit seiner zahnärztlichen Behandlung verantwortlich ist, was die Kammer mit ihm und den übrigen Beteiligten im Erörterungstermin eingehend besprochen hat. Das Genehmigungsverfahren mit der Möglichkeit eines Gutachterverfahrens nimmt ihm in den genannten Konstellationen einen Teil der Verantwortung gegenüber den Krankenkassen dann ab, wenn eine Genehmigung erteilt wird. Die Genehmigung schafft aber einen Vertrauenstatbestand nur in einem begrenzten Umfang und schließt eine nachträgliche Prüfung nicht grundsätzlich aus.

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nur insoweit ausgeschlossen, wie die Wirtschaftlichkeit schon im Genehmigungsverfahren zu prüfen ist und nach den gemachten Angaben geprüft werden kann. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen grundsätzlich alle Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Gesetz schreibt in [§ 106 SGB V](#) eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit ausdrücklich vor. In untergesetzlichen Normen ist ein Ausschluss der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nur zulässig, soweit diese oder andere Normen eine vorherige Prüfung der Wirtschaftlichkeit vorsehen. Ein so begrenzter Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung kann es für den kieferorthopädischen Bereich z. B. nicht rechtfertigen, der Genehmigung eine stillschweigende betragsmäßige Begrenzung der genehmigten Laborkosten zu entnehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.09.1993 - [14a RKA 9/92](#) - [SozR 3-5555 § 13 Nr. 1](#) = USK 93148, juris Rdnr. 20). § 2 Abs 3 der Anlage 6 zum BMV-Zahnärzte (Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen) schließt die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nur hinsichtlich der geplanten Behandlungsmaßnahme aus, nicht aber hinsichtlich der tatsächlich ausgeführten Maßnahme, soweit diese vom Behandlungsplan abweicht (vgl. BSG, Urt. v. 05.08.1992 - [14a/6 RKA 61/91](#) - USK 92162, juris Rdnr. 23; s. a. BSG, Urteil vom 05.08.1992 - [14a/6 RKA 17/90](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 12](#) = USK 92196, juris Rdnr. 39). Die Bewilligung kann nur Ansprüche im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auslösen. Mit ihr ist nicht eine kieferorthopädische Behandlung als solche, sondern die Behandlung durch einen bestimmten, in das System der Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen Zahnarzt zugesprochen. Nur dieser ist nach [§ 95 Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. dem von ihm aufgestellten und von der Krankenkasse genehmigten Behandlungsplan gehalten, die Behandlung wirklich durchzuführen, und hat eventuelle Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Vorschriften gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und damit mittelbar nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) auch gegenüber der Krankenkasse zu verantworten (vgl. BSG, Urt. v. 18.01.1996 - [1 RK 22/95](#) - [SozR 3-2500 § 29 Nr. 3](#) = [BSGE 77, 227](#) = NZS 1996, 390 = Breith 1996, 833 = SGB 1997, 123, juris Rdnr. 16).

Hierauf hat die Kammer den Kläger im Übrigen im Wesentlichen bereits im Beschluss v. 14.12.2007 - S 12 KA 414/07 ER - hingewiesen.

Im Ergebnis waren die Klagen daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Zur Streitwerthöhe hat die Kammer bereits im Beschluss über die vorläufige Festsetzung Ausführungen gemacht. Der Streitwert war nach Abschluss des Verfahrens in gleicher Höhe festzusetzen, da sich neue Gesichtspunkte nicht ergeben haben. Der jetzt festgesetzte Wert ist daher gleich hoch wie der vorläufig festgesetzte Wert. Nach Verbindung der Verfahren waren die Einzelwerte zu addieren. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved
2013-06-18