

S 12 KA 813/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 813/06

Datum
21.03.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Wird ein konfektionierter Stift verwendet, so liegt insgesamt ein „konfektionierter metallischer Stiftaufbau“ i. S. d. Nr. 1.4 der zahnärztlichen Festzuschuss-Richtlinien und kein „gegossener metallischer Stiftaufbau“ i. S. d. Nr. 1.5 vor. Eine weitergehende Unterscheidung zwischen „Stift“ und „Aufbau“ im Sinne einer Unterscheidung zwischen dem Stift und der Spitze des Stiftes, auf den die prothetische Versorgung aufgebracht wird, nehmen die Leistungslegenden nicht vor. Wird ein konfektionierter Stift verwendet und lediglich die Spitze des Stiftes individuell gegossen, so handelt es sich insgesamt um einen konfektionierten Stiftaufbau.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung des Festzuschusses in den Behandlungsfällen C. und D. im Zeitraum 12/05 in Höhe von 127,53 Euro.

Der Kläger ist als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Mit Heil- und Kostenplan vom 09.12.2005 gliederte der Kläger bei dem bei der Gemünder Ersatzkasse versicherten Patienten D., geb. am XX, Zahnersatz ein. Die Eingliederung erfolgte am 22.12.2005. Bei einer Gesamtsumme von 940,98 Euro bewilligte die Krankenkasse einen Festzuschuss in Höhe von 302,97 Euro.

Mit Heil- und Kostenplan vom 27.09.2005 gliederte der Kläger bei dem bei der AOK Hessen versicherten Patienten C., geb. am XX, Zahnersatz ein. Die Eingliederung erfolgte am 24.11.2005. Bei einer Gesamtsumme von 3.275,45 Euro bewilligte die Krankenkasse einen Festzuschuss in Höhe von 1.179,29 Euro.

Unter Datum vom 20.01.2006 (Bl. 37 der Verwaltungsakte) wandte sich die Beklagte wegen der strittigen Behandlungsfälle an den Kläger und wies darauf hin, Befund Nr. 1.5 sei in Verbindung mit konfektionierten Stiften nicht berechenbar. Der Festzuschuss werde korrigiert. Es werde ggf. um Korrektur der Rechnung an den Patienten gebeten.

Der Kläger erwiderte hierauf unter Datum vom 23.01.2006 (Bl. 38 der Verwaltungsakte), nach Genehmigung des Heil- und Kostenplans sei die Beklagte zu einer Korrektur nicht berechtigt. Die befundbezogenen Festzuschüsse richteten sich allein nach dem klinischen Befund. Die Vermengung mit der Therapie sei abzulehnen.

Unter Datum vom 20.02.2006 (Bl. 50 der Verwaltungsakte) erwiderte die Beklagte hierauf, sie verweise auf die Festzuschuss-Richtlinie A 2, wonach Festzuschüsse erst dann gewährt werden, wenn die auflösenden Befunde versorgt würden. Der vom Kläger hinterfragte Befund Nr. 1.5 sei jedoch nur dann abrechenbar, wenn gemäß der Befundbeschreibung ein gegossener metallischer Stiftaufbau eingegliedert worden sei. Ein solcher Stiftaufbau sei jedoch mit den Anlagen zum Heil- und Kostenplan nicht nachgewiesen. Alternativ seien in beiden Behandlungsfällen in Adhäsivtechnik Glasfaserstifte eingesetzt worden. Für das Eingliedern konfektionierter Stifte sei jedoch nicht Befund Nr. 1.5, sondern nur Befund Nr. 1.4 ansetzbar. Unabhängig von der Therapie solle der Versicherte bei gleichem Befund den gleichen

Festzuschuss erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe jedoch bei der Versorgung endodontisch behandelter Zähne mit Stiftaufbauten eine Differenzierung vorgenommen nach konfektionierten Stiften einerseits und gegossenen Stiften andererseits. Damit sei die Versorgung eines zahnmedizinischen Befundes mit zwei therapieabhängigen Festzuschüssen als Regelversorgung möglich. In diesem Sinne sei die durchgeführte Therapie richtig zu stellen. Eine Genehmigung der Krankenkasse ersetze nicht die Prüfung.

Der Kläger führte hierzu unter Datum vom 12.03.2006 aus (Bl. 53 der Verwaltungsakte), aus der Verwendung von konfektionierten Wurzelkanalstiften bei Stumpfaufbausystemen könne nicht auf konfektionierte oder individuelle Stumpf- oder Stiftaufbauten geschlossen werden. Es gehe um "befundorientierte Festzuschüsse", nicht um "therapieabhängige Festzuschüsse". Bei einem anerkannten Therapieverfahren stehe der gleiche Festzuschuss zu. Die Festzuschuss-Richtlinie A 2 schließe nur die Auszahlung ohne Therapie aus. Beschlüsse seien ihm nicht bekannt und nicht veröffentlicht worden. Individuelle Aufbauten fielen unter FZ 1.5. Für die beiden Behandlungsfälle mache er ein Honorar von 127,53 Euro geltend.

Mit Bescheid vom 13.04.2006 (Bl. 56 der Verwaltungsakte) blieb die Beklagte bei ihrer Rechtsauffassung. Sie setzte den Festzuschuss Nr. 1.5 in den Behandlungsfällen C. und D. ab.

Hiergegen legte der Kläger am 27.04.2006 unter weitgehender Wiederholung seines bisherigen Vorbringens Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.05.2006, zugestellt am 19.05., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung verwies sie unter weitgehender Wiederholung ihrer bisherigen Ausführungen auf die Festzuschuss-Richtlinien.

Hiergegen hat der Kläger am 14.06.2006 die Klage erhoben.

Zur Begründung trägt er ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, Die Beklagte kürze den Zuschuss, der dem Patienten gegenüber der Krankenkasse zustehe aufgrund der Genehmigung, zu seinen Lasten. Im Fall D. betrage die Minderung 66,31 Euro, im Fall C. 61,22 Euro.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 13.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.05.2006 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die angefochtenen Bescheide und führt weiter aus, sie sei zu einer sachlich-rechnerischen Berichtigung berechtigt. Die Befunde für die Festzuschüsse setzte der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Der Festzuschuss sei unabhängig von der Art und Weise der Versorgung. Der KZV obliege im Rahmen der Regelversorgung die Sicherstellung. Mehrleistungen seien dem Versicherten als Privatleistung in Rechnung zu stellen. Der Festzuschuss sei abzuziehen. Ihre Zuständigkeit folge aus [§§ 75, 106a SGB V](#) und § 19 BMV-Z/§ 12 EKV-Z.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 13.04.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.05.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung ist § 19 BMV-Z (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 1995, Az: [6 RKa 30/94](#), [SozR 3-5525 § 32 Nr. 1](#) = [NZS 1996, 134](#) = Breith 1996, 280 = USK 95120, juris Rdnr. 12; BSG, Urteil vom 28. April 2004, Az: [B 6 KA 19/03 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urteil vom 30. Juni 2004, Az: [B 6 KA 34/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 93, 69](#) = [SGB 2004, 474](#) = [GesR 2004, 522](#) = [MedR 2005, 52](#) = [NZS 2005, 549](#), juris Rdnr. 17) bzw. § 12 I 1 EKV-Z (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 1998, Az: [B 6 KA 34/97 R](#), [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = USK 98155, juris Rdnr. 13; BSG, Urteil vom 28. April 2004, Az: [B 6 KA 19/03 R](#), aaO.; BSG, Urteil vom 30. Juni 2004, Az: [B 6 KA 34/03 R](#), aaO.). Diese Befugnis ist im Einklang mit der Gewährleistungspflicht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Danach hat grundsätzlich die KZV die Aufgabe, die von den Vertragszahnärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtig zu stellen.

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 01. Juli 1998, Az: [B 6 KA 48/97 R](#) - BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) S 43 = Breith 1999, 659 = USK 98163, juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege

der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der KV auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der überhöht erbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen - unabhängig von ihrer Menge - kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den KVen ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer bestimmten EBM-Ä-Position beruht und darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschluss vom 6. September 2000, Az: [B 6 KA 17/00 B](#), juris Rdnr. 8).

Bei der Abrechnung des Festzuschusses handelt es sich um einen Leistungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die von deren Sicherstellungsauftrag (vgl. [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) erfasst wird.

Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung nach den gesetzlichen Vorgaben befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) für die Fälle vorzusehen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Die Satzungen haben eine Erstattung der bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 für die Fälle vorzusehen, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird (vgl. [§ 55 SGB V](#) in der ab 02.01.2005 geltenden Fassung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezzahnung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln ([§ 56 Abs. 1 und 2 SGB V](#)).

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz v. 14.11.2003, [BGBl I 2190](#), i. d. F. des Gesetzes v. 15.12.2004 zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, [BGBl I 3445](#), vorgenommene Umgestaltung wurde zurückgenommen auf einen Anspruch des Versicherten auf einen befundbezogenen Festzuschuss, dessen Höhe sich nach den Kosten für prothetische Regelversorgungen richtet, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach Maßgabe des [§ 56 SGB V](#) festlegt. Zweck der Neugestaltung in der ursprünglichen Fassung einer obligatorischen, durch einen Pauschalbeitrag der Versicherten finanzierten Satzungsversicherung war es, in Verbindung mit anderen Maßnahmen die Leistungen bei Zahnersatz in die Eigenverantwortung der Versicherten zu übertragen. Dass demgegenüber durch das Gesetz v. 15.12.2004 die Versorgung mit Zahnersatz wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, die Satzungsversicherung rückgängig gemacht und der Festbeitrag der Versicherten durch einen zusätzlichen, einkommensabhängigen prozentualen Beitrag ersetzt wurde, beruht auf der Ansicht der Bundestagsmehrheit, dass ein Pauschalbeitrag zu hohe Verwaltungskosten verursacht hätte und dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung wesensfremd wäre (vgl. Kasseler Kommentar-Höfler, SGB V, § 55, Rdnr. 7 f.). Mit dem Gesetz sollte die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes rückgängig gemacht werden. Die Versorgung mit Zahnersatz solle Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Am Umfang des Leistungsanspruchs (Festzuschusskonzept des GKV-Modernisierungsgesetzes) sollte festgehalten werden (vgl. Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung v. 30. 09. 2004, [BT-Drucks. 15/3865, S. 1](#); Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN v. 06. 09. 2004, [BT-Drucks. 15/3681, S. 4](#)).

In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die

Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. Der Bundesmantelvertrag regelt auch das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans, insbesondere muss aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht ([§ 87 Abs. 1a SGB V](#)).

Nach der Anlage 3 zum BMV-Z bzw. Anlage 4 zum EKV-Z - Vereinbarung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 87 Abs. (1a) SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz - bewilligt die Krankenkasse bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen (s. Nr. 5 der Anlage). Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden mit dem HKP/Teil 1 nach Eingliederung der Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV abgerechnet. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen (vgl. Nr. 7 a) der Anlage).

Nach dem Grundsatz des [§ 87 Abs. 1a S. 8 SGB V](#) rechnet der Vertragszahnarzt nach Abschluss der Behandlung die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit der KZV ab. Es besteht daher eine Honorarforderung des Vertragszahnarztes, die er gegenüber der KZV geltend macht. Nach Abschluss der Behandlung bedeutet, dass die Behandlung vollständig beendet, der Zahnersatz eingesetzt und damit die Leistung erbracht ist. Eingeschlossen in diese Abrechnung sind die Kosten der Regelversorgung, nicht dagegen die Mehrkosten. Lediglich in Höhe der genannten Leistungen kann ein Anspruch des Vertragszahnarztes gegen die KZV entstehen. Nicht mit der KZV abgerechnet werden neben den Mehrkosten des [§ 55 Abs. 4 SGB V](#) (Wahl eines über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatzes) nach der ausdrücklichen Bestimmung in § 87 Abs. 1a S. 8 die Fälle des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#), also die Erstattung der bewilligten Festzuschüsse für die Fälle, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Die Abrechnung gegenüber der KZV erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ([§ 87 Abs. 2 SGB V](#)), nicht nach der GOZ (vgl. Höfler, aaO., RdNr. 61-63).

Bei der beanstandeten Leistung handelt es sich auch um einen Teil einer Regelversorgung.

Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach [§§ 55, 56 SGB V](#) zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinien) vom 3. November 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 S. 24463, in Kraft getreten am 1. Januar 2005 (im Folgenden: FZRI) sind die nach dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B dieser Festzuschuss-Richtlinien nur ansetzbar, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind die Inhalte der Leistungsbeschreibungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen berücksichtigt worden. Bei der Feststellung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z.B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann (Teil A Nr. 1 FZRI). Die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind gegenüber dem Versicherten für diejenigen Leistungen, die der Regelversorgung entsprechen, nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) und auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II - 2004) abzurechnen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, gilt als Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten die Gebührenordnung für Zahnärzte. Wählen Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung nach § 55 Abs. 5 SGBV, gilt als Abrechnungsgrundlage ebenfalls die Gebührenordnung für Zahnärzte. Für die Ausnahmefälle gemäß Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinien (zahnbegrenzte Einzelzahnücke, atrophierter Kiefer) bilden BEMA und BEL II weiterhin die Abrechnungsgrundlage (Nr. 8 FZRI).

Maßgebend für die Bestimmung des Festzuschusses für die vom Kläger erbrachten und abgerechneten Leistungen in den beiden strittigen Behandlungsfällen war Nr. 1.4 FZRI und nicht die vom Kläger veranschlagte Nr. 1.5 FZRI.

Die vom Kläger abgerechnete Leistung setzt als Befunde nach Nr. 1.5 FZRI voraus: "Endodontisch behandelter Zahn mit Erfordernis eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn". Die Regelversorgung umfasst als zahnärztliche Leistungen die "Nr. 18b Gegossener Stiftaufbau, zweiseitig" und die "Nr. 21 Prov. Krone mit Stiftverankerung". Für die zahntechnischen Leistungen umfasst sie: "0010 Modell, 0051 Sägemodell, 0052 Einzelstumpfmödel, 0053 Modell nach Überabdruck, 0060 Zahnkranz, 0070 Zahnkranzsockeln, 0120 Mittelwertartikulator, 1033 Stiftaufbau einarbeiten, 1040 Modellation gießen, 1050 Stiftaufbau, 9330 Versandkosten, Material: NEM, Verbrauchsmaterial Praxis".

Demgegenüber setzt Nr. 1.4 FZRI als Befunde voraus: "Endodontisch behandelter Zahn mit Erfordernis eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn". Die Regelversorgung umfasst als zahnärztliche Leistungen die "Nr. 18a Konfektionierter Stiftaufbau". Für die zahntechnischen Leistungen umfasst sie "Material: Stift"

Bei beiden Leistungslegenden handelt es sich um therapiebezogene Beschreibungen. Maßgebend ist nicht, was hätte gemacht werden können, sondern welche Leistungen tatsächlich vom behandelnden Zahnarzt erbracht wurden. Die unterschiedliche Höhe beruht hierbei auf dem unterschiedlichen Leistungsumfang und damit Kosten eines Versicherten. Zur Abgrenzung der beiden Leistungslegenden kommt es auf die Auslegung der Begriffe "konfektionierter metallischer Stiftaufbau" und "gegossener Stiftaufbau" an. Wird, wie hier vom Kläger, ein konfektionierter Stift verwendet, so liegt insgesamt ein "konfektionierter metallischer Stiftaufbau" vor. Eine weitergehende Unterscheidung zwischen "Stift" und "Aufbau" im Sinne einer Unterscheidung zwischen dem Stift und der Spitze des Stiftes, auf den die prothetische Versorgung aufgebracht wird, nehmen die Leistungslegenden nicht vor. Wird ein konfektionierter Stift verwendet und lediglich die Spitze des Stiftes individuell gegossen, so handelt es sich insgesamt um einen konfektionierten Stiftaufbau. Die insoweit fachkundig mit einer Vertragszahnärztin und einem Vertragszahnarzt besetzte Kammer geht davon aus, dass dieses Verständnis von Stift, Stiftaufbau bzw. konfektioniertem und gegossenem Stiftaufbau in der Zahnärzteschaft als hauptsächlichem Adressaten der FZRI eindeutig vorherrschend ist. Dem Kläger hätte es daher oblegen, die entsprechend höheren Kosten seinen Patienten in Rechnung zu stellen. Von daher hat die Beklagte zu Recht die Abrechnungen des Klägers berichtigt.

Im Ergebnis war die Klage daher als unbegründet abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 193, 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Berufung war nach [§§ 143, 144 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12