

## L 8 KA 6/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

8

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 5004/08 Z

Datum

19.01.2011

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KA 6/11

Datum

09.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Keine Verwendung von Festzuschüssen für implantologische Vorleistungen

1. Die Regelung über die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen in der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 03.11.2004 und in der Zahnersatz-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 08.12.2004 ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar.

2. Das Gesetz lässt es nicht zu, einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuzuordnen, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorzusehen, sondern den Festzuschuss für eine andere Regelversorgung heranzuziehen.

3. Festzuschüsse dürfen nur für zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden, die im Rechtssinne Zahnersatz ist. Dazu gehört zwar die Suprakonstruktion. Nicht dazu gehören aber die für die Suprakonstruktion notwendigen implantologischen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten, implantatbedingte Verbindungselemente.

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. Januar 2011 aufgehoben, der Bescheid der Beklagten vom 14. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Januar 2008 abgeändert und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin weitere 473,97 EUR zu erstatten.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Außergerichtliche Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 473,97 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung von implantatgestütztem Zahnersatz um implantologische (Vor-)Leistungen.

Die beigeladene Vertragszahnärztin gliederte am 09.11.2006 einem bei der klagenden Krankenkasse Versicherten gemäß Heil- und Kostenplan (HKP) vom 18.09.2006 eine vollkeramische Krone als Suprakonstruktion auf einem Implantat im Bereich des Zahns 12 ein. Als Regelversorgung hatte sie im HKP eine dreigliedrige Brücke im Bereich der Zähne 11 bis 13 eingetragen. Die Klägerin hatte unter dem 18.10.2006 einen Ausnahmefall gemäß Nr. 36 (Buchst. a) der Zahnersatz-Richtlinie (vom 08.12.2004 in der ab 01.04.2006 geltenden Fassung) sowie einen Härtefall gemäß § 55 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannt und doppelte Festzuschüsse gemäß Befund B Nr. 2.1 der Festzuschuss-Richtlinie vom 03.11.2004 (in der ab 01.04.2006 geltenden Fassung) für den Zahn 12 sowie gemäß Befund B Nr. 2.7 Festzuschuss-Richtlinie für die Zähne 11, 12 und 13 (insgesamt 801,62 EUR) bewilligt. Die Beigeladene rechnete gegenüber der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung am 09.11.2006 wie folgt ab: (Zeile 1) ZA-Honorar BEMA 13,75 EUR (Zeile 3) ZA-Honorar GOZ 164,49 EUR (Zeile 4) Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl. 595,04 EUR (Zeile 5) Mat.- und Lab.-Kosten Praxis 15,49 EUR (Zeile 7) Gesamtsumme 788,77 EUR Die beigefügte Rechnung des zahntechnischen Labors wies folgende Positionen auf: Nr. 0221 (Hilfsteil in Abdruck) 2,89 EUR Nr. 0223 (Zahnfleischmaske) 14,69 EUR Nr. 0002 (Modell aus Superhartgips) 9,56 EUR Nr. 0402 (Modellmontage) 7,01 EUR Nr. 2031 (Individualisierung Implantataufbau) 43,92 EUR Nr. 2971 (Aufwand auf Implantat bei Suprakonstruktion) 20,59 EUR Nr. 2028 (Rocera Scannen) 12,46 EUR Nr. 2612 (Mehrflächige Verblendung aus Keramik) 78,50 EUR Nr. 0701 (Versand) 13,80 EUR Nr. 9810 (Camlog Abdruckpfosten) 44,94 EUR Nr. 9811 (Camlog Laborimplantat) 18,19 EUR Nr. 9682 (Camlog Keramikabutment) 222,56 EUR Nr. 8401 (Procera Käppchen) 67,00 EUR

Gesamtsumme 556,11 EUR + MWSt. 38,93 EUR Rechnungsbetrag 595,04 EUR

Unter dem 16.01.2007 beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Berichtigung dieser Abrechnung der Beigeladenen um 473,97 EUR (angegebener Grund: "Ausnahmeindikation s. HKP"). Mit Bescheid vom 14.08.2007 erteilte die Beklagte der Klägerin eine Gutschrift in Höhe von 109,88 EUR aufgrund verschiedener Berichtigungen anderer Zahnersatz-Abrechnungen des Monats November 2006. Die Berichtigung der Abrechnung der Beigeladenen lehnte die Beklagte jedoch mit der Begründung ab, Suprakonstruktionen seien in den in der Zahnersatz-Richtlinie beschriebenen Ausnahmefällen Gegenstand der Regelversorgung. Hier habe ein Ausnahmefall gemäß Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie vorgelegen, sodass ein Anspruch auf den Festzuschuss nach den Befunden B Nr. 2.1 und B Nr. 2.7 Festzuschuss-Richtlinie bestanden habe. Die für solche Fälle vorgesehene Regelversorgung sei eine nach BEMA (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) und BEL II (Bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen) abzurechnende Suprakonstruktion als vestibulär verblendete Krone gewesen. Darüber sei die tatsächliche Versorgung mit einer vollkeramischen Krone hinausgegangen, da letztere nach Nr. 20 Zahnersatz-Richtlinie nur metallische Kronen umfasse. Diese gleichartige Versorgung sei zutreffend nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) und BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste zahntechnischer Leistungen) abgerechnet worden. Die Beigeladene habe die angegebenen Kosten der Behandlung (788,77 EUR) auch in vollem Umfang abrechnen dürfen, da sie noch unter dem bewilligten Festzuschuss (801,62 EUR) gelegen hätten.

Die Klägerin legte am 31.08.2007 gegen diesen Bescheid Widerspruch ein. Zwar treffe zu, dass eine gleichartige Versorgung durchgeführt worden sei und dass der Versicherte bei einer solchen Versorgung aufgrund eines Härtefalls Anspruch auf den doppelten Festzuschuss habe. Jedoch gehörten implantologische Leistungen und implantatbedingte Leistungen wie Implantataufbauten, prothetische Aufbaupfosten, implantatbedingte Verbindungselemente usw. auch in den Ausnahmefällen nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie nicht zur Regelversorgung. Diese Leistungen müssten vom Versicherten getragen werden. Hier habe die Prüfung der Material- und Laborkosten ergeben, dass implantologische Leistungen – z.B. ein Laborimplantat und ein Keramikabutment – in einem Umfang von 473,97 EUR abgerechnet worden seien. Dieser Betrag sei ihr – der Klägerin – gutzuschreiben.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18.01.2008 zurück. Die Abrechnung der zahntechnischen Leistungen und Materialien entspreche in vollem Umfang den Bestimmungen des BEL II-2006. In einem Gemeinsamen Rundschreiben zur Einführung des BEL II-2006 hätten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen erläutert, mit den §§ 4, 5 BEL II-2006 sei klargestellt, dass auch die Kosten für Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente neben den im BEL aufgeführten Positionen abgerechnet werden dürften und dass nur eine Rechnung über alle tatsächlich erbrachten Leistungen auszustellen sei. Des Weiteren ergebe sich aus den Ausfüllhinweisen in der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum HKP für prothetische Leistungen (in der ab 01.07.2005 geltenden Fassung), dass der Vertragszahnarzt bei der Rechnungslegung in Spalte V, Zeile 4 des HKP die tatsächlich entstandenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB in einer Gesamtsumme einzutragen habe. Die von der Klägerin verlangte "willkürliche" Kürzung der Material- und Laborkosten widerspreche den vereinbarten Grundsätzen der Rechnungslegung und der Systematik des Festzuschussystems. Daraus dass nach Nr. 38 Zahnersatz-Richtlinie implantologische Leistungen nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehörten, folge lediglich, dass für diese Leistungen keine Festzuschüsse zu bestimmen und für sie dementsprechend auch keine Leistungspositionen in das BEL II aufzunehmen seien.

Am 20.02.2008 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Dresden (SG) erhoben. Da auch im Ausnahmefall nach Nr. 36 Buchst. a Zahnersatz-Richtlinie implantologische Leistungen – anders als die Suprakonstruktion – nicht der Regelversorgung zuzurechnen seien, hätten diese nicht zu ihren Lasten abgerechnet werden dürfen. Letzteres sei nur unter den Voraussetzungen des [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) möglich, die hier aber nicht vorlägen. Aus untergesetzlichen Bestimmungen könne sich nichts anderes ergeben. [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) gewähre dem Versicherten im Härtefall lediglich die Differenz zwischen dem Festzuschuss und den für die Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten begrenzt auf den doppelten Festzuschuss. Die implantologischen Leistungen habe der Versicherte mithin selbst zu tragen.

Die Beklagte hat erwidert, nach der Systematik des Festzuschussystems sei der Anspruch des Versicherten nicht leistungsbezogen, sondern befundorientiert. Unbestritten sei, dass implantologische Leistungen nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehörten; dies habe jedoch keinen Einfluss auf die Rechnungslegung. Auf [§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) könne sich die Klägerin nicht stützen. Es komme durchaus vor, dass der doppelte Festzuschuss für eine gleichartige Versorgung auskömmlich sei. Dass dies insbesondere in den Fällen des Nr. 36 Buchst. a Zahnersatz-Richtlinie möglich sei, ergebe sich daraus, dass der Festzuschuss nach den Kosten einer dreigliedrigen Brücke ermittelt worden sei.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat mit Schreiben vom 13.12.2010 ausgeführt: Soweit nach A Nr. 7 Festzuschuss-Richtlinie bei der Erstversorgung, der Erneuerung und der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen für implantologische Leistungen keine Festzuschüsse ansetzbar seien, bedeute dies für die Fälle des Nr. 36 Buchst. a Zahnersatz-Richtlinie nur, dass als Regelversorgung nicht eine Versorgung mit einem Implantat vorgesehen werden dürfe. Dagegen dürfe diese Bestimmung nicht als Abrechnungsvorschrift missverstanden werden. Wie die tatsächliche Versorgung im Einzelfall aussehe und wie diese abzurechnen sei, sei gerade nicht Gegenstand der Festzuschuss-Richtlinie.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 19.01.2011 abgewiesen und die Berufung zugelassen. Die Beklagte habe über den Antrag der Klägerin auf sachlich-rechnerische Richtigstellung gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) durch Verwaltungsakt entscheiden dürfen. Sie habe diesen Antrag auch zu Recht abgelehnt. Auf Grundlage der [§§ 55, 56 SGB V](#), der Zahnersatz-Richtlinie und der Festzuschuss-Richtlinie sowie unter Berücksichtigung der Anerkennung eines Härtefalls nach [§ 55 Abs. 2 SGB V](#) sei dem Versicherten ein Festzuschuss in Höhe von 801,62 EUR bewilligt worden, den die Beigeladene nach [§ 87 Abs. 1a Satz 7 SGB V](#) bei der Beklagten habe abrechnen müssen. Die unter diesem Betrag liegenden tatsächlichen Kosten der Versorgung des Versicherten in Höhe von 788,77 EUR seien auch vollständig abrechenbar gewesen. Für die Kürzung dieses Betrags um die Kosten der implantologischen Leistungen bestehe keine Rechtsgrundlage. Fraglich sei bereits, ob Nr. 38 Zahnersatz-Richtlinie und gleichlautend A Nr. 7 Festzuschuss-Richtlinie, wonach implantologische Leistungen aus der Regelversorgung mit Suprakonstruktionen ausgeschlossen seien, im Einklang mit höherrangigem Recht stehe. Ungeachtet dessen widerspreche die von der Klägerin befürwortete Kürzung der Systematik der seit 01.01.2005 geltenden Regelungen über den Festzuschuss. Demnach sei der Versicherte nicht auf die Regelversorgung festgelegt. Er könne auch einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz wählen, ohne den nach der Regelversorgung bemessenen Festzuschuss zu verlieren. Die

tatsächlich durchgeführte Versorgung solle also nach dem Willen des Gesetzgebers auf die Höhe des dem Versicherten zu gewährenden Festzuschusses keine Auswirkungen haben. Auf [§ 55 Abs. 2 SGB V](#) und den dort verwendeten Begriff der tatsächlichen Kosten könne eine Kürzung der abgerechneten Leistungen ebenfalls nicht gestützt werden. Ebenso wenig rechtfertige [§ 55 Abs. 4 SGB V](#) rechtfertige eine Kürzung.

Mit der am 09.03.2011 eingelegten Berufung macht der Klägerin weiterhin geltend, dass implantologische Leistungen und damit auch die hier streitigen Material- und Laborkosten außer in den Fällen des [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterfielen und daher nicht im Rahmen des Festzuschussystems nach [§§ 55 ff. SGB V](#), insbesondere auch nicht im Rahmen der Härtefallregelung des [§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) übernommen werden könnten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. Januar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 473,97 EUR an die Klägerin zu zahlen,

hilfsweise festzustellen, dass eine Abrechnung von implantologischen Leistungen im Rahmen von [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) unzulässig und durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung richtigzustellen ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die von der Klägerin angestrebte Kürzung weiterhin für systemwidrig. Insbesondere habe der Gesetzgeber es in Kauf genommen, dass in Fällen des [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) eine gleichartige Versorgung günstiger als der doppelte Festzuschuss sein könne und der doppelte Festzuschuss gleichwohl bis zur Grenze der tatsächlichen Kosten unter Einschluss der Mehrkosten der gleichartigen Versorgung gezahlt werden müsse.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat in einer Stellungnahme vom 30.03.2015 u.a. darauf hingewiesen, dass dem [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) nicht zu entnehmen sei, in welchem Umfang Leistungen im Rahmen des Zahnersatzes nach [§§ 55 ff. SGB V](#) zu erbringen seien. Beide Regelungen seien scharf voneinander abzugrenzen.

Die Beigeladene hat nicht Stellung genommen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten vorgelegen. Hier-auf und auf die in der Gerichtsakte enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten samt Anlagen sowie den übrigen Akteninhalt wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der klagenden Krankenkasse hat Erfolg. Zu Unrecht haben das SG die Klage abgewiesen und die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung den Berichtigungsantrag der Klägerin abgelehnt.

1. Über die nach Zulassung durch das SG gemäß [§ 144 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthafte Berufung entscheidet der Senat in der Besetzung nach [§ 33 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 28.04.2004 – [B 6 KA 19/03 R](#) – juris RdNr. 11; Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10](#) – juris RdNr. 10; Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 12) sowie gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung.

2. Die Klage ist zulässig.

a) Richtige Klageart ist die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

Das beruht auf dem in [§ 106a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) geregelten Recht der Krankenkassen, bei der Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigung Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vertrags-(zahn-)ärztlichen Abrechnungen im Sinne des [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zu beantragen. Dieses Antragsrecht ist bei Ersatzkassen – zu denen die Klägerin gehört – in [§ 17 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte/Ersatzkassen \(EKV-Z\)](#); in der seit 2005 geltenden Fassung) weiter konkretisiert. Hält die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Berichtigungsantrag einer Krankenkasse für gerechtfertigt und führt sie daher eine sachlich-rechnerische Richtigstellung gegenüber einem Vertragszahnarzt durch, handelt sie in Form eines Verwaltungsakts gemäß [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Dieselbe Handlungsform steht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegenüber einer Krankenkasse zur Verfügung, wenn sie deren Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung ganz oder teilweise ablehnt (BSG, Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 16). Dass die Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigung trotz des prinzipiellen Gleichordnungsverhältnisses zu den Krankenkassen bei der Durchführung von sachlich-rechnerischen Abrechnungsberichtigungen einer antragstellenden Krankenkasse gegenüber durch Verwaltungsakt entscheiden, ist in der Rechtsprechung geklärt (BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 16 f.; Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 16 ff.). Folglich kann eine Krankenkasse, deren Berichtigungsantrag abgelehnt worden ist, die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung gegenüber der der Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigung im Wege der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage durchsetzen (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 14).

Eine solche Klage kann nicht nur auf die Verpflichtung zur Neubescheidung des Antrags (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 14), sondern auch auf die Verpflichtung zur Erstattung des überzahlten Geldbetrags gerichtet sein (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004 – [B 6 KA 19/03 R](#) – juris RdNr. 14). Im letztgenannten Fall muss die Kassen-(zahn-)ärztliche Vereinigung nicht nur den Berichtigungsantrag zu Unrecht abgelehnt haben, sondern der Krankenkasse gegenüber zudem auf Erstattung des fehlerhaft

abgerechneten Betrages haften. Grundlage einer solchen Haftung ist im Verhältnis zwischen einer Ersatzkasse und einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung § 21 Abs. 3 EKV-Z. Danach haftet die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Rückerstattung einer Überzahlung, wenn aufgrund einer fehlerhaften Abrechnung eines Vertragszahnarztes von einer Ersatzkasse eine Leistung vergütet wurde, auf deren Vergütung kein Anspruch bestand. Nach § 21 Abs. 1 EKV-Z können anerkannte Erstattungsforderungen von der Ersatzkasse bei der nächsten Abrechnung mit der betreffenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgesetzt werden. Sofern in einem Berichtigungsverfahren Streit entsteht, ist die Erstattungsforderung erst dann im Sinne des § 21 Abs. 1 EKV-Z anerkannt, wenn ein entsprechender Verwaltungsakt bestandskräftig oder eine entsprechende gerichtliche Entscheidung rechtskräftig wird. Durch dieses Verfahren wird ein von Abrechnungstreitigkeiten unbelasteter Abrechnungsverkehr zwischen Ersatzkasse und Kassenzahnärztlicher Vereinigung ermöglicht (BSG, Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 19 f.).

Vor diesem Hintergrund ist der Antrag der Klägerin dahingehend auszulegen, dass sie die Abänderung des Bescheids vom 14.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.01.2008 und die Verpflichtung der Beklagten zur Erstattung weiterer 473,97 EUR begehrt.

b) Der Zulässigkeit der am 20.02.2008 erhobenen Klage steht nicht entgegen, dass nach [§ 78 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens nicht erforderlich war, weil die Klägerin ein Versicherungsträger ist. Die Klägerin hat die Klage aufgrund der fehlerhaften Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid vom 14.08.2007, die als Rechtsbehelf (unzutreffend) den Widerspruch benannte, gemäß [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) binnen eines Jahres erheben können. Diese Frist ist gewahrt.

3. Die Klage ist begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtswidrig, soweit er der Klägerin eine weitere Gutschrift in Höhe von 473,97 EUR versagt. Die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung ist verpflichtet, die Abrechnung der beigeladenen Vertragszahnärztin vom 09.11.2006 antragsgemäß sachlich-rechnerisch richtigzustellen und der klagenden Krankenkasse den streitigen Betrag zu erstatten.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin beantragte sachlich-rechnerische Richtigstellung ist [§ 106a Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) i.V.m. § 17 Abs. 1 EKV-Z. Nach [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen in der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung zu prüfen und gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags-(zahn-)ärzte festzustellen sowie diese nötigenfalls richtigzustellen. Dabei ist die Prüfung der Abrechnungen nicht auf die bloße Korrektur von Schreib- oder Rechenfehler beschränkt; vielmehr zielt sie umfassend auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots – abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 23.06.2010 – [B 6 KA 7/09 R](#) – juris RdNr. 26; Urteil vom 10.12.2008 – [B 6 KA 37/07 R](#) – juris RdNr. 15; Urteil vom 05.11.2008 – [B 6 KA 1/08 R](#) – juris RdNr. 10). Das Richtigstellungsverfahren kann von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchgeführt werden (vgl. [§ 106a Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), § 17 Abs. 1 Satz 4 und 5 EKV-Z). Die Kodifizierung der Berichtigungspflicht der Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen in [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) knüpft an entsprechende bundesmantelvertragliche Regelungen an (BSG, Urteil vom 19.10.2011 – [B 6 KA 30/10 R](#) – juris RdNr. 13). Eine solche Regelung findet sich weiterhin in Satz 1 des § 17 Abs. 1 EKV-Z, nach dessen Satz 4 Berichtigungsanträge von Ersatzkassen binnen sechs Monaten nach Eingang der Rechnung geltend zu machen sind.

Inwieweit ein Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung formellen Anforderungen genügen muss, bedarf keiner abschließenden Klärung (vgl. dazu Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.07.2014 – [L 9 KA 12/12](#) – juris RdNr. 43 m.w.N.; zur Frist nach § 17 Abs. 1 Satz 4 EKV-Z siehe jedoch BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 18). Der Antrag der Klägerin vom 16.01.2007 entspricht den Anforderungen des § 17 Abs. 1 Satz 4 EKV-Z. Die Klägerin hatte eine sonstige offenbare – d.h. allein aus den Abrechnungsunterlagen ersichtliche – Unrichtigkeit geltend gemacht. Ihr Berichtigungsantrag ging auch binnen der sechsmonatigen Frist am 26.02.2007 und damit fristgerecht ein, nachdem die Abrechnung der Beigeladenen am 09.11.2006 erfolgt war.

Die Beklagte ist zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung vom 09.11.2006 verpflichtet. Zum einen war die Abrechnung deshalb rechtswidrig, weil der Versicherte von der Beigeladenen eine Versorgung erhalten hat, die nur als andersartige Versorgung im Sinne des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) angesehen werden kann. Daher durfte die Beigeladene nicht gemäß [§ 87 Abs. 1a Satz 7 SGB V](#) mit der Beklagten, sondern musste gegenüber dem Versicherten abrechnen. Dies betrifft zwar den gesamten Abrechnungsbetrag (788,77 EUR); der Klägerin kann jedoch nicht mehr als beantragt (473,97 EUR) zugesprochen werden (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2007 – [B 6 KA 29/06 R](#) – juris RdNr. 17). Zum anderen waren in der Abrechnung vom 09.11.2006 implantologische (Vor-)Leistungen enthalten, die keinen Zahnersatz im Rechtssinne darstellen und daher nicht über die Festzuschüsse übernommen werden dürfen. Im Einzelnen gilt Folgendes:

a) Die Leistungspflicht der Krankenkassen bei der Versorgung mit Zahnersatz ist seit 01.01.2005 im Rahmen eines befundbezogenen Festzuschussystems geregelt.

Die Krankenbehandlung, auf die die Versicherten nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch haben, umfasst sowohl die zahnärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#)) als auch die Versorgung mit Zahnersatz ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#)). Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist ([§ 28 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#)); sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden ([§ 28 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#)), nicht aber implantologische Leistungen, es sei denn, es liegt eine der seltenen vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung (näher dazu BSG, Urteil vom 07.05.2013 – [B 1 KR 19/12 R](#) – juris RdNr. 9 ff.) erbringt.

Die Versorgung mit Zahnersatz erfolgt dagegen nach den besonderen Regelungen der [§§ 55 ff. SGB V](#). Bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen – die nicht nur zahntechnische, sondern auch zahnärztliche Leistungen umfasst – haben Versicherte Anspruch auf "befundbezogene Festzuschüsse", wenn eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannt ist ([§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Festzuschüsse umfassen grundsätzlich 50 vom Hundert der nach [§ 57 Abs. 1 Satz 6, Abs. 2 Satz 6](#) und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige "Regelversorgung" ([§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Befunde, nach denen die Festzuschüsse gewährt werden (nachfolgend:

Regelversorgungsbefunde), sind auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien zu bestimmen, wobei dem jeweiligen Befund eine zahnprothetische Regelversorgung zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V). Die Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz bei einem Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören (§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dabei sind die als Regelversorgung zugrunde gelegten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen nach einzelnen Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 SGB V – d.h. nach Positionen des BEMA und des BEL II – getrennt aufzulisten (§ 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V). Die Höhe der Festzuschüsse ergibt sich rein rechnerisch und wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 56 Abs. 4 SGB V im Bundesanzeiger bekanntgemacht.

Die Versicherten sind nicht auf die Regelversorgung festgelegt. Sie können über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen; sie haben in diesem Fall allerdings die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen (§ 55 Abs. 4 SGB V). Die Versicherten können sich auch für einen von der Regelversorgung abweichenden andersartigen Zahnersatz entscheiden; in diesem Fall hat der Vertragszahnarzt unmittelbar mit dem Versicherten abzurechnen und die Krankenkasse hat dem Versicherten den bewilligten Festzuschuss zu erstatten (§ 55 Abs. 5 SGB V). Um einen gleichartigen Zahnersatz handelt es sich, wenn dieser über die Regelversorgung hinaus zusätzliche bzw. höherwertige Versorgungselemente enthält (BT-Drs. 15/1525, S. 92; Niggelhoff in: Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl., § 55 RdNr. 36; z.B. weitere Verbindungselemente oder – wie hier – eine vollkeramische anstelle einer metallischen Krone); andersartige Zahnersatz liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die gewählt wird, die für den jeweiligen Regelversorgungsbefund beschrieben ist (Blöcher in: Hauck/Noftz, Stand 2/2014, SGB V, § 55 RdNr. 43).

In Härtefällen (§ 55 Abs. 2 Satz 1 mit Satz 2 ff. SGB V) haben die Versicherten bei der Wahl der Regelversorgung Anspruch auf vollständige Übernahme der dafür tatsächlich anfallenden Kosten (§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V), bei Wahl einer gleichartigen oder andersartigen Versorgung jedoch nur auf den doppelten Festzuschuss (§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V).

b) Mit diesen gesetzlichen Bestimmungen ist die Regelung über die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen in der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 03.11.2004 und in seiner Zahnersatz-Richtlinie vom 08.12.2004 nicht in vollem Umfang vereinbar.

Nach A Nr. 7 Satz 1 Festzuschuss-Richtlinie sind Suprakonstruktionen in den in den Zahnersatz-Richtlinien genannten Fällen Gegenstand der Regelversorgung. Dies ist nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie der Fall bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkrönt sind (Buchst. a), sowie bei atrophiertem zahnlosen Kiefer (Buchst. b). Für die Erstversorgung bei diesen Befunden wird in Teil B der Festzuschuss-Richtlinie jedoch kein Festzuschuss ausgewiesen – sondern in B Nr. 7.1 ff. Festzuschuss-Richtlinie nur für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen. Stattdessen bestimmt A Nr. 6 Satz 2 Festzuschuss-Richtlinie, dass der Versicherte bei der Erstversorgung mit Implantaten Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation hat, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Sowohl bei der Erstversorgung mit Suprakonstruktionen als auch bei deren Erneuerung und Wiederherstellung gilt, dass Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, weder zur Regelversorgung gehören (Nr. 38 Zahnersatz-Richtlinie) noch hierfür Festzuschüsse ansetzbar sind (A Nr. 7 Festzuschuss-Richtlinie).

Soweit Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinie implantologische Vorleistungen aus der Regelversorgung ausgrenzen, verstößt dies nicht gegen höherrangiges Recht (nachfolgend [1]). Dagegen lässt es das Gesetz nicht zu, einen zahnmedizinischen Befund zwar der Regelversorgung zuzuordnen, für diese Regelversorgung aber keinen eigenen Festzuschuss vorzusehen, sondern den Festzuschuss für eine andere Regelversorgung heranzuziehen. Ausgehend hiervon kann die Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion nur eine andersartige Versorgung im Sinne des § 55 Abs. 5 SGB V sein (nachfolgend [2]).

(1) Das Gesetz unterscheidet zwischen der Suprakonstruktion (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a, § 28 Abs. 2 Satz 1 und 9, § 55 Abs. 1 Satz 1, § 56 Abs. 2 Satz 3, § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2a, § 87 Abs. 1a Satz 1, § 88 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V) und den implantologischen Leistungen (§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V), ohne diese Begriffe zu definieren. Der Genese dieser Vorschriften ist zu entnehmen, dass die Suprakonstruktion nicht das Implantat und die Verbindungselemente erfassen soll, sondern diese zu den implantologischen Leistungen gehören.

Ursprünglich schloss § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V in der ab dem 01.01.1997 geltenden Fassung sowohl implantologische Leistungen als auch die "dazugehörige Suprakonstruktion" (so BT-Drs. 13/4615, S. 9) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aus; er lautete: "Ebenso gehören implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von der Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden."

Bereits zum 01.07.1997 wurde der Ausschluss implantologischer Leistungen in den § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V überführt und zugleich – wenn auch nur für enge Ausnahmefälle (vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 59) – eingegrenzt: "Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 [SGB V] festzulegende Ausnahmehandlungen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt."

Zum 01.01.2000 wurde die Suprakonstruktion im Rahmen der Regelung über den Zahnersatz für weitere Ausnahmefälle in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dazu wurde § 30 SGB V (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung), der damals den Anspruch auf Zahnersatz näher regelte, um folgenden Absatz 1 Satz 5 erweitert: "Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 [SGB V] festzulegenden Ausnahmefällen."

Hierzu heißt es in den Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 14/1245, S. 65): (zu § 28 SGB V) "Die Regelung behält den grundsätzlichen Ausschluss implantologischer Leistungen (Implantate, Implantataufbauten, implantatbedingte Verbindungselemente etc.) aus der gesetzlichen Krankenversicherung bei, läßt aber entsprechend der Neuregelung in § 30 die anteilige Kostentragung der Krankenkasse für die

Suprakonstruktion (implantatgestützter Zahnersatz) in bestimmten Ausnahmefällen zu. Dies bedeutet, daß auch zukünftig Versicherte, die nicht unter die Ausnahmeindikationen fallen, implantologische Leistungen in voller Höhe selbst zu tragen haben." (zu [§ 30 SGB V](#)) "Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird der Anspruch der Versicherten auf zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen in vom Bundesausschuß festzulegenden Ausnahmefällen um die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) erweitert. Damit wird der unbefriedigende Rechtszustand beseitigt, wonach Versicherte, die in bestimmten Fällen statt einer konventionellen Zahnersatzversorgung eine Versorgung mit Implantaten wählen, von ihrer Krankenkasse nicht wenigstens die anteilige Kostentragung für die Suprakonstruktion, das heißt den implantatgestützten Zahnersatz, erhalten. [...] Sämtliche Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc. gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des § 30 Abs. 1."

Damit war klargestellt, dass die Implantate und Verbindungselemente nicht zur Suprakonstruktion gehören und die zugehörigen implantologischen Leistungen in den "Ausnahmefällen" nach [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) (nicht zu verwechseln mit den "Ausnahmeindikationen" nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#)) vom Versicherten zu tragen waren.

Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass mit Einführung des Festzuschusssystems zum 01.01.2005 ([§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) blieb unverändert) den Begriffen der Suprakonstruktion und der implantologischen Leistungen eine andere bzw. neue Bedeutung zukommen sollte. Im Gegenteil heißt es in den Gesetzesmaterialien zu [§ 55 SGB V](#) (BT-Drs. 15/1525, S. 91): "Nach Absatz 1 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Satzungsleistung anbieten, die auch Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) beinhaltet. Für implantologische Leistungen gilt weiterhin § 28 Abs. 2."

Die Formulierung "weiterhin" zeigt – auch wenn [§ 28 SGB V](#) und [§§ 55 ff.](#) SGB V eigenständige Regelungsbereiche bilden – eindeutig auf, dass nach dem Willen des Gesetzgebers die Begriffe der Suprakonstruktion und der implantologischen Leistungen wie bisher verstanden werden sollen.

Diesem gesetzlichen Begriffsverständnis entspricht es, wenn Nr. 38 Zahnersatz-Richtlinie bestimmt, dass sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehören. Denn Gegenstand der Regelversorgung mit Zahnersatz können nur die Suprakonstruktionen, nicht aber die implantologischen Leistungen sein, da das Gesetz nur erstere zum Zahnersatz zählt (vgl. 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V) nicht aber letztere (vgl. [§ 28 Abs. 1 Satz 9 SGB V](#)). Gehören implantologische Leistungen nicht zum Zahnersatz, dürfen für diese auch keine Festzuschüsse angesetzt werden, da diese nur für die Versorgung mit Zahnersatz bestimmt sind (vgl. [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Dem entspricht es, wenn A Nr. 7 Festzuschuss-Richtlinie sowohl bei der Erstversorgung mit Suprakonstruktionen wie auch bei deren Erneuerung und Wiederherstellung den Ansatz von Festzuschüssen für die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente ausschließt. Soweit Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinie auf diese Weise implantologische Leistungen aus der Regelversorgung mit Zahnersatz ausgrenzen, verstößt dies nicht gegen höherrangiges Recht.

(2) Soweit Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinie die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen aber bei bestimmten Befunden der zahnprothetischen Regelversorgung zuordnen, für diese jedoch keine eigenen Festzuschüsse vorsehen, sondern die Festzuschüsse für eine andere Regelversorgung heranziehen, sind sie mit dem Gesetz nicht vereinbar.

Nach A Nr. 7 Satz 1 Festzuschuss-Richtlinie i.V.m. Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie sind Suprakonstruktionen bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken mit gesunden Nachbarzähnen (Buchst. a) sowie bei atrophiertem zahnlosen Kiefer (Buchst. b) Gegenstand der Regelversorgung. Beide Fälle gehen auf die Gesetzesmaterialien zur erstmaligen Einbeziehung von Suprakonstruktionen in die damals noch in [§ 30 SGB V](#) geregelte Versorgung mit Zahnersatz zurück; dort heißt es (BT-Drs. 14/1245, S. 65): "Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, daß unter Beachtung der Grundsätze von medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen nur bei Einzelzahnlücken zum Beispiel im Fall von kariesfreien Nachbarzähnen und im jugendlichen Gebiß sowie beim atrophierten zahnlosen Kiefer vorliegen."

Für die Erstversorgung bei diesen beiden Befunden weist Teil B der Festzuschuss-Richtlinie jedoch keine Festzuschüsse aus – sondern nur für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen (B Nr. 7.1 ff. Festzuschuss-Richtlinie). Dies ist kein Versehen. Denn A Nr. 6 Satz 2 Festzuschuss-Richtlinie bestimmt, dass der Versicherte bei der Erstversorgung mit Implantaten Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation hat, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Damit wird nicht allein verlautbart, dass der Versicherte statt der für einen bestimmten Befund vorgesehene konventionelle Regelversorgung einen implantatgestützten Zahnersatz wählen kann und gleichwohl den für diesen Befund vorgesehenen Festzuschuss erhält. Dies versteht sich im befundbezogenen Festzuschusssystem von selbst, weil der Festzuschuss nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall abstellt, sondern auf die zahnprothetische Regelversorgung bei einem bestimmten Befund (Altmiß in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl., § 55 RdNr. 34). Ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren, kann sich der Versicherte statt für diese Regelversorgung für jede andere Versorgungsform entscheiden, sofern diese einer anerkannten Methode entspricht (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 92). Bei dieser anderen Versorgungsform handelt es sich dann allerdings um eine andersartige Versorgung im Sinne des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#). Sinn und Zweck des Satzes 2 von A Nr. 6 Festzuschuss-Richtlinie ist es nicht, dessen Satz 1 aufzuheben und die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen in den Fällen der Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie zu einer andersartigen Versorgung zu erklären. Sinn und Zweck von A Nr. 6 Satz 2 Festzuschuss-Richtlinie ist es vielmehr, die Festzuschüsse für die konventionelle Regelversorgung bei der gleichen Befundsituation zu Festzuschüssen für den implantatgestützten Zahnersatz bei den Befunden nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie zu erklären. Damit wird die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen in diesen Fällen wie eine Regelversorgung behandelt, obwohl für sie keine eigenen Festzuschüsse vorgesehen sind.

Dies lässt sich mit dem Gesetz nicht vereinbaren. Nach dem Gesetz ist einem Befund nur eine zahnprothetische Regelversorgung zuzuordnen ([§ 56 Abs. 1, Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)), für die auf der Grundlage einer Auflistung der für den jeweiligen Befund notwendigen zahnprothetischen Leistungen ([§ 56 Abs. 2 Satz 3](#) und 10 SGB V) ein Festzuschuss zu ermitteln ist ([§ 55 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. [§ 57 Abs. 1 Satz 6, Abs. 2 Satz 6](#) i.V.m. [§ 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V](#)). Dem widerspricht A Nr. 6 Festzuschuss-Richtlinie, wenn danach zwar bei zwei Befunden die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen Gegenstand der Regelversorgung sein soll (Satz 1), für diese Befunde aber keine eigenen Festzuschüsse ermittelt werden sollen, sondern die Festzuschüsse für andere – und damit konventionelle – Regelversorgungen gelten sollen (Satz 2). Dies widerspricht nicht nur dem Gesetz, sondern führt – wie der vorliegende Fall zeigt – auch zu erheblichen praktischen Problemen. Denn ist für die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen bei den Befunden nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie kein eigener

Festzuschuss zu ermitteln, gibt es dafür auch keine einschlägige Auflistung der Regelversorgungsleistungen nach [§ 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V](#). Dann stellt sich aber die Frage, welches die "für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten" im Sinne des [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) sein sollen, wenn es nicht nur keine Auflistung der für den angeblich der Regelversorgung zugeordneten implantatgestützten Zahnersatz notwendigen Leistungen gibt, sondern auch noch die Festzuschüsse anderer Regelversorgungen herangezogen werden (hier die vestibulär verblendete dreigliedrige Brücke gemäß B Nr. 2.1 und B Nr. 2.7 Festzuschuss-Richtlinie), die mit der angeblichen Regelversorgung (hier vestibulär verblendete Krone als Suprakonstruktion) und deren Kosten wenig zu tun haben.

Deswegen kann es sich bei der Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion auch in den Ausnahmefällen nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie nicht um eine Regelversorgung handeln, sondern dies nur bei der Erneuerung oder Wiederherstellung einer Suprakonstruktion nach B Nr. 7.1 ff. Festzuschuss-Richtlinie der Fall sein. Ist eine Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion beabsichtigt, sind mithin unabhängig von den Ausnahmefällen nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie die Regelversorgungsbefunde maßgebend, die für eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz vorgesehen sind. Für die Ausnahmefälle nach Buchst. a der Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie sind dies die Befunde B Nr. 2.1 Festzuschuss-Richtlinie (zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn) und für die Ausnahmefälle nach Buchst. b die Befunde B Nr. 4.2 und B Nr. 4.4 Festzuschuss-Richtlinie (zahnloser Ober- bzw. Unterkiefer). Gegenüber den darin vorgesehenen Regelversorgungen (dreigliedrige Brücke, gewöhnliche Vollprothese) stellt die Versorgung mit einer Suprakonstruktion eine andersartige Versorgung im Sinne des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) dar.

Offen bleiben kann, ob es dem Gemeinsamen Bundesausschuss überhaupt möglich ist, für die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen gesetzeskonform Regelversorgungsbefunde im Sinne des [§ 56 Abs. 1, Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) – etwa die Ausnahmefälle nach Nr. 36 Zahnersatz-Richtlinie – zu definieren. Dies würde nicht allein dazu führen, dass es Befunde gäbe, für die als Regelversorgung kein konventioneller Zahnersatz mehr vorgesehen wäre, sondern allein implantatgestützter Zahnersatz. Vielmehr würde sich dann auch die Frage stellen, ob die zahnmedizinisch notwendigen implantologischen (Vor-)Leistungen Gegenstand der Regelversorgung sein können und in die Auflistung nach [§ 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V](#) aufgenommen werden müssen. Dies bestimmt sich nach [§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#), wonach sich die Regelversorgung an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren hat, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen zahnprothetischen Versorgung bei dem Regelversorgungsbefund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Im (zahn-)medizinischen Sinne sind die implantologischen (Vor-)Leistungen sicher für eine Erstversorgung mit Suprakonstruktionen notwendig. Für deren Einbeziehung spräche auch der Zweck der Härtefallregelung in [§ 55 Abs. 2 SGB V](#). Denn diese soll sicherstellen, dass jede Regelversorgung dem Versicherten im Härtefall eine für ihn kostenfreie Behandlung ermöglicht (vgl. Altmiks in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl., § 55 RdNr. 87). Eine Regelversorgung, die nur einen Teil der notwendigen Behandlung abdeckt, wäre damit nicht vereinbar. Gegen eine Einbeziehung spricht allerdings, dass sie eine Kehrtwende im Vergleich zur Rechtslage vor der Einführung des Festzuschussystems und eine gravierende Ausweitung der Leistungsansprüche bedeutete, für die es nicht nur keinerlei Anhalt in den Gesetzesmaterialien gäbe, sondern die im Gegenteil der darin enthaltenen Aussage widerspräche, dass für implantologische Leistungen "weiterhin" (nur) § 28 Abs. 2 (Satz 9) SGB V gelten solle ([BT-Drs. 15/1525, S. 91](#)). Vor diesem Hintergrund ließe sich [§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) dahin auslegen, dass nicht alle zahnmedizinisch notwendigen Leistungen Gegenstand der Regelversorgung sein können, sondern nur die zahnmedizinisch notwendigen Leistungen, die im Rechtssinne zur Versorgung mit Zahnersatz gehören. Nicht umgangen werden könnte das Problem dadurch, dass den Versicherten das Recht eingeräumt würde, sich bei einem Regelversorgungsbefund für die Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion gleichwohl für eine konventionelle Regelversorgung zu entscheiden. Denn die Grundidee des Festzuschussystems besteht darin, dass dem Versicherten bei Vorliegen eines bestimmten Regelversorgungsbefunds unabhängig von der tatsächlichen Versorgung ein bestimmter Festzuschuss gewährt wird (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 91](#)). Dem stünde es entgegen, wenn ein Versicherter bei ein und demselben Befund zwischen mehreren Regelversorgungen und mehreren Festzuschüssen wählen könnte.

Im Ergebnis kann es sich nach der gegenwärtigen Fassung der Festzuschuss-Richtlinie bei der Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion, die hier durch die Beigeladene bei dem Versicherten erbracht wurde, nur um eine andersartige Versorgung im Sinne des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) handeln. Als andersartige Versorgung hätte die Beigeladene den vorliegenden Behandlungsfall aber überhaupt nicht nach [§ 87 Abs. 1a Satz 7 SGB V](#) gegenüber der Beklagten abrechnen dürfen.

c) Zu keinem für die Beklagte günstigeren Ergebnis führt die Bewilligung des Festzuschusses durch die Klägerin.

Nach [§ 87 Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) bewilligt die Krankenkasse bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit die Festzuschüsse nach [§ 55 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) entsprechend dem im HKP ausgewiesenen Befund. Anders als im früheren Recht ([§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung) ist eine Genehmigung des HKP nicht mehr ausdrücklich vorgeschrieben. Gleichwohl geht das BSG davon aus, dass die Bewilligung des Festzuschusses auch die Genehmigung des HKP mit umfasst (BSG, Urteil vom 07.05.2013 – [B 1 KR 5/12 R](#) – juris RdNr. 11 ff.; ebenso Blöcher in: Hauck/Noftz, Stand 2/2014, SGB V, § 55 RdNr. 166 ff.; Wagner in: Krauskopf, Stand 10/2014, [§ 55 SGB V](#) RdNr. 27). Das BSG (Urteil vom 07.05.2013 – [B 1 KR 5/12 R](#) – juris RdNr. 18) unterscheidet sogar zwischen vier Verfügungssätzen: 1. der Bewilligung des Festzuschusses als solchem (vgl. [§ 55 Abs. 1 SGB V](#)), 2. der Erhöhung des Festzuschusses (vgl. [§ 55 Abs. 2 SGB V](#)), 3. der Genehmigung von Art und Umfang der Regelversorgung (Einstufungserüst) und 4. der Genehmigung der tatsächlich beabsichtigten Zahnersatzversorgung (durch Bezugnahme auf den HKP). Die rechtliche Qualifikation der vom Vertragszahnarzt nach dem HKP beabsichtigten Versorgung als Regelversorgung, gleichartige Versorgung oder andersartige Versorgung ist dagegen nicht Gegenstand der Entscheidung der Krankenkasse nach [§ 87 Abs. 1a Satz 6 SGB V](#). Zudem entfaltet diese Entscheidung nur gegenüber dem Versicherten unmittelbare Rechtswirkung. Nicht dagegen wird mit ihr auch die vertragszahnärztliche Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit der genehmigten Versorgung mit Wirkung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung festgelegt (Blöcher in: Hauck/Noftz, Stand 2/2014, SGB V, § 55 RdNr. 177); denn dafür fehlt der Krankenkasse die Regelungsbefugnis (vgl. BSG, Urteil vom 03.12.1997 – [6 RKA 40/96](#) – juris RdNr. 27).

Selbst wenn es sich anders verhielte und hier mit der Festzuschussbewilligung die tatsächlich beabsichtigte Versorgung gegenüber dem Versicherten verbindlich als gleichartige Versorgung qualifiziert und die Krankenkasse an diese Entscheidung auch gegenüber Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung gebunden wäre, änderte dies im vorliegenden Fall nichts daran, dass die in der Abrechnung der Beigeladenen vom 09.11.2006 enthaltenen implantologischen zahntechnischen Leistungen nicht über die Festzuschüsse hätten abgerechnet werden dürfen. Denn Festzuschüsse dürfen nur für zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden, die im Rechtssinne zum Zahnersatz gehören.

Unmaßgeblich sind dabei die von Krankenkassen- und Leistungserbringerverbänden vereinbarten Abrechnungsvorschriften, auf die sich die Beklagte beruft. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen wollten mit den §§ 4, 5 BEL II-2006 klarstellen, dass auch die Kosten für Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente neben den im BEL aufgeführten Positionen abgerechnet werden dürften und dass nur eine Rechnung über alle tatsächlich erbrachten prothetischen Leistungen auszustellen sei. Nimmt man hinzu, dass nach den Ausfüllhinweisen in der von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung zum HKP (in der ab 01.07.2005 geltenden Fassung) der Vertragszahnarzt bei der Rechnungslegung im HKP die tatsächlich entstandenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB in einer Gesamtsumme einzutragen hat, so spricht dies in der Tat dafür, dass über die Festzuschüsse auch implantologische Leistungen abrechenbar sind. Ob dies rechtens ist, beurteilt sich jedoch nicht allein nach den untergesetzlichen Abrechnungsvorschriften, da diese ihrerseits mit dem höherrangigem Recht vereinbar sein müssen. Und das Gesetz schließt die Verwendung der Festzuschüsse für implantologische Leistungen aus.

Dies ergibt sich nicht schon aus dem von der Klägerin herangezogenen [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#). Dort ist zwar davon die Rede, dass in Härtefällen Anspruch auf einen doppelten Festzuschuss besteht, "höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten". Tatsächlich entstanden sind aber bei einer Erstversorgung mit Suprakonstruktionen auch die Kosten für die implantologischen Vorleistungen. [§ 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) ist ohnehin sehr unglücklich formuliert: Dort wird zunächst in Härtefällen den Versicherten bei Wahl der Regelversorgung ein Anspruch auf den doppelten Festzuschuss eingeräumt, sodann wird dieser für den Fall, dass er nicht ausreichen sollte, auf die tatsächlich anfallenden Kosten erhöht und für den Fall, dass er nicht ausgeschöpft werden muss, auf die tatsächlich entstandenen Kosten begrenzt. Es spricht einiges dafür, dass unter den "tatsächlich entstandenen Kosten" dasselbe wie unter den "tatsächlich angefallenen Kosten" zu verstehen ist; und diese müssen nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes "für die Regelversorgungsleistungen" angefallen sein. Bei – wie hier – gleich- oder andersartigen Versorgungslösungen ist dies jedoch wenig ergiebig.

Dass die Festzuschüsse nur für zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden dürfen, die im Rechtssinne zum Zahnersatz gehören, ergibt sich nicht erst aus der Härtefallregelung in [§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), sondern bereits aus der Grundregelung in [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Auch wenn es dort heißt, dass Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse "bei" einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz besteht, so ist dies doch nicht nur Anlass für eine Leistung, deren Verwendung im freien Belieben der Versicherten steht. Vielmehr stehen den Versicherten die Festzuschüsse nur "für" eine Versorgung mit Zahnersatz zur Verfügung. Der Festzuschuss darf daher nicht für irgendwelche zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden, die anlässlich einer zahnprothetischen Versorgung erbracht werden, sondern nur für Leistungen des Zahnersatzes. Zahnmedizinisch mögen die implantologischen Leistungen zur Befestigung der Suprakonstruktion notwendig sein und insoweit die konventionelle Befestigung eines entsprechenden Zahnersatzes (z.B. die Brückenpfeiler) ersetzen. Rechtlich zählen aber – wie bereits ausgeführt wurde – implantologische Leistungen nicht zur "Versorgung mit Zahnersatz" ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V](#)), sondern allein die Suprakonstruktion. Dem steht die von der Beklagten hervorgehobene Stelle in den Gesetzesmaterialien nicht entgegen, wonach sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können sollen, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren ([BT-Drs. 15/1525, S. 92](#)). Denn damit sollten nur die allgemeinen Grundsätze des Festzuschussystems erläutert werden, ohne dass ausdrücklich ein Bezug zu Suprakonstruktionen und implantologischen Leistungen hergestellt war. Zu diesen findet sich in den Materialien einzig die Aussage, dass "für implantologische Leistungen [ ...] weiterhin § 28 Abs. 2 [SGB V]" gelte ([BT-Drs. 15/1525, S. 91](#)). Diese macht deutlich, dass es auch nach Einführung des Festzuschussystems – entsprechend der Rechtslage zu [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung – beim Ausschluss der Zuschussfähigkeit implantologischer Leistungen im Falle der Versorgung mit Suprakonstruktionen bleiben sollte.

d) Die Beklagte hat der Klägerin aufgrund der Unrichtigkeit der beanstandeten Abrechnung den geltend gemachten Korrekturbetrag unabhängig davon zu erstatten, ob die Beklagte ihrerseits gegenüber der Beigeladenen eine Berichtigung der Abrechnung (noch) vornehmen könnte. Letzteres könnte hier fraglich sein, da die Verdrängung des [§ 45 SGB X](#) durch die Vorschriften über die sachlich-rechnerische Richtigstellung (dazu Engelhard in: Hauck/Noftz, Lfg. 1/2014, SGB V, § 106a RdNr. 30a m.w.N.) möglicherweise nicht greift, weil die hier streitigen Material- und Laborkosten Leistungen darstellen, die keinen Einfluss auf die Honorarverteilung haben (vgl. dazu Clemens in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl., § 106a RdNr. 192 und RdNr. 206 ff. m.w.N.; Seifert in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 106a RdNr. 14). Ungeachtet dessen sehen § 21 Abs. 1 und 3 EKV-Z (dazu oben unter 2.) keinen Vorbehalt dergestalt vor, dass der Erstattungsanspruch der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Falle fehlerhafter Abrechnungen die Möglichkeit eines Rückgriffs gegen den Vertragszahnarzt voraussetzt (zu einem weiteren solchen Fall BSG, Urteil vom 11.02.2015 – [B 6 KA 15/14 R](#) – juris RdNr. 13). Dies hat die Beklagte auch nicht behauptet.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Kosten der Beigeladenen sind nach [§ 162 Abs. 3 VwGO](#) nicht erstattungsfähig, da sie keinen Antrag gestellt hat (vgl. BSG, Urteil vom 31.05.2006 – [B 6 KA 62/04 R](#) – juris RdNr. 19).

III.

Die Revision war wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

IV.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Dr. Wahl Kirchberg Stinshoff  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
FSS

Saved  
2016-03-16